



**Indagine conoscitiva sui bisogni di assistenza
domiciliare delle persone ultrasessantacinquenni**

Progetto *La Terra che cura*

A cura di :

Cristina Gagliardi, Flavia Piccinini, Georgia Casanova, Marco Socci, Paolo Fabbietti e Giovanni Lamura

Indice

1. Introduzione dello studio (a cura della Cooperativa La Sorgente)
 - 1.1. La Cooperativa Sociale La Sorgente
 - 1.2. Il Progetto *La Terra che cura*
 - 1.3. Adattamento dell'analisi alle limitazioni legate al Covid-19
2. Aspetti metodologici
3. Risultati
 - 3.1. Sezione quantitativa
 - 3.1.1. Il contesto territoriale di riferimento
 - 3.1.2. Caratteristiche degli intervistati
 - 3.1.3. Bisogni degli intervistati e servizi e supporto
 - 3.1.4. Condizioni e bisogni a seguito della pandemia da COVID-19
 - 3.1.5. Sezione informazioni su coabitazione assistita
 - 3.2. L'indagine qualitativa
 - 3.2.1. Profilo del territorio e dell'anziano che ci vive
 - 3.2.2. Il bisogno degli anziani
 - 3.2.3. L'anziano non autosufficiente: soluzioni di cura e bisogno rilevato
 - 3.2.4. L'anziano autosufficiente: i bisogni e le risposte attive
 - 3.2.5. Effetto pandemia COVID-19 sul bisogno del territorio
 - 3.2.6. Spunti di innovazione/proposte
 - 3.2.7. La condivisione a supporto del vivere a casa
4. Conclusioni
5. Appendice: Box Le interviste semi strutturate: le domande

1. Introduzione dello studio (a cura della Cooperativa La Sorgente)

1.1. La Cooperativa Sociale La Sorgente

La Sorgente Società Cooperativa Sociale, nasce in Valle d'Aosta nel 1990, per incentivare sul territorio una cultura che miri a realizzare strategie e servizi che favoriscano concrete risposte di solidarietà in grado di incrementare i livelli di coesione sociale e processi di consapevolezza e partecipazione dei cittadini.

La Cooperativa promuove l'inserimento e l'integrazione nella realtà sociale e lavorativa di persone in condizioni di marginalità di diverso grado e tipologia, individuando strumenti concreti per il superamento di varie forme di discriminazione. La Cooperativa opera in molteplici aree di intervento:

Prima infanzia e famiglia. La Sorgente, attiva in questo settore sin dal 1993 grazie ad un'intensa collaborazione con gli enti locali del territorio, ha acquisito e consolidato nel corso del tempo una significativa esperienza realizzando un insieme di servizi socio-educativi. L'accompagnamento al percorso di crescita psico-fisica dei bambini, il sostegno alla genitorialità e il potenziamento dei legami tra i servizi e le realtà sociali, culturali ed educativi del territorio sono le linee guida che orientano l'agire della cooperativa nella prima infanzia. In questo ambito la cooperativa offre servizi di intermediazione tra famiglie e baby sitter, asili nido ed emporio solidale.

Immigrazione. Il lavoro che La Sorgente porta avanti nel delicato settore dell'immigrazione mira all'inclusione sociale dei migranti attraverso l'interazione e il dialogo tra popolazione straniera, comunità locale, istituzioni, enti e servizi del territorio, nella convinzione che solo individuando strumenti di reciproca lettura e comprensione dei diversi codici culturali si possa contribuire a raggiungere elevati livelli di coesione sociale. In questo ambito la cooperativa offre servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, accompagnamento legale per stranieri, mediazione interculturale, contrasto al caporalato e supporto ai migranti occupati in agricoltura.

Lavoro. La Sorgente è ente accreditato a livello nazionale per l'intermediazione lavorativa dal 2012. Attraverso questo servizio ci si propone di promuovere l'educazione al valore personale e sociale del lavoro e incrementare il mercato lavorativo. In questo ambito la cooperativa offre consulenza sia per le persone disoccupate che inoccupate (accoglienza, informazione, accompagnamento e orientamento) sia per le aziende (ricerca e selezione del personale, attivazione di tirocini, consulenze e monitoraggio).

Anziani. A partire dalla metà degli anni '90 La Sorgente estende il suo impegno all'area anziani attraverso la gestione di alcuni servizi differenziati con attenzione alla cura della persona. L'assistenza attenta e qualificata nei confronti della persona anziana, il mantenimento di legami con il suo contesto territoriale, familiare e relazionale e lo sviluppo di interazioni con le comunità rappresentano gli elementi fondamentali su cui si basa l'operato della cooperativa. In questo ambito La Sorgente offre servizi di intermediazione tra famiglie e badanti, *zona sollievo* per ospitare anziani il tempo necessario per permettere al *caregiver* di riposarsi dalle attività di cura e strutture di co-abitazione.

La Sorgente nel 2016 apre una sede operativa nelle Marche; inizialmente si occupa esclusivamente di accoglienza aprendo un primo Centro di Accoglienza Straordinaria a Montelparo (FM), destinato a nuclei familiari richiedenti asilo politico e successivamente uno a Santa Vittoria in Matenano (FM) e uno a Morrovalle (MC) rivolti a uomini singoli.

La cooperativa inizia ad instaurare diverse collaborazioni sia con le pubbliche amministrazioni che accolgono i centri che con la popolazione e le aziende, per garantire un percorso di inserimento sociale ed economico ai beneficiari accolti: nasce gradualmente la volontà di poter essere più attivi nel territorio portando alle comunità competenze e servizi già consolidati in Valle d'Aosta.

Nel 2019 la Cooperativa, grazie ad una collaborazione con l'Associazione Wega e la Cooperativa sociale Eureka, partecipa al bando POR MARCHE FESR 2014/2020 ASSE 8 – OS 22 - AZIONE 22.1 –INTERVENTO 22.1.1., e il progetto proposto: “La Terra che cura” viene approvato dalla Regione Marche.

1.2. Il Progetto *La Terra che cura*

Il territorio di riferimento del progetto si trova all'interno dell'area del cratere e comprende parte del Parco Nazionale dei Monti Sibillini, le alte valli dell'Aso e del Tenna.

La continua diminuzione della popolazione residente, la struttura demografica nettamente sbilanciata sulle persone anziane, la scarsa dinamicità dei movimenti migratori unita ai danni che ha comportato il sisma del 2016, hanno fatto sì che gli anziani che vivono all'interno del territorio continuino a vivere una maggiore difficoltà rispetto al resto della popolazione a causa delle criticità legate alla permanenza in luoghi e spazi che hanno subito profondi mutamenti rispetto al passato, rendendo particolarmente difficile la loro quotidianità.

Gli obiettivi principali del progetto a cui la Cooperativa La Sorgente vuole rispondere sono due:

- valorizzare, grazie a nuovi contenuti multimediali, il patrimonio artistico, culturale e paesaggistico del territorio attraverso la collaborazione degli anziani e delle comunità;
- ampliare le attività della cooperativa, attraverso nuovi servizi sociali, di supporto e cura innovativi, finalizzati all'inclusione sociale e alla promozione dell'invecchiamento attivo, rendendo il territorio più inclusivo per la popolazione anziana residente e più attrattivo per i turisti di terza età (*silver tourism*).

La Sorgente ha cercato di rispondere a questi obiettivi attraverso una serie di attività:

Ti racconto una storia. Oltre ai servizi di assistenza e aiuto un altro dei bisogni che si possono riscontrare fra gli anziani è la voglia di potersi incontrare e parlare con qualcuno per contrastare l'isolamento in cui spesso si trovano. Una delle esigenze del territorio è quella di fare in modo che certe storie e certi saperi non vengano persi ma che anzi vengano resi fruibili anche ad altri.

Tra i significati della parola *curare* vi è il *riconoscere importanza a qualcuno*. "Ti racconto una storia" è un laboratorio in cui l'operatore si apre alla complessità della vecchiaia, si mette in posizione di ascolto e coglie le storie che riaffiorano dal passato, mettendo l'anziano in veste di agente partecipe e protagonista del vivere sociale.

La pratica narrativa è il tentativo di mettere un freno al diffuso isolamento in cui molti anziani si sono trovati, soprattutto dopo il sisma del 2016, cercando di creare uno spazio non solo fisico ma emotivo, uno *spazio di prossimità* in grado di instaurare un nesso tra narrazione e cura.

Ti racconto La storia. La cooperativa, attraverso supporti tecnologici digitali, grazie al coinvolgimento degli anziani e facendo leva sulla bellezza naturale e sulla ricchezza del patrimonio culturale di questi territori, ha realizzato a Montelparo e a Servigliano due percorsi itineranti finalizzati ad attrarre turisti. Attraverso il supporto di visori innovativi è possibile vedere delle immagini e ascoltare la storia del paese raccontata dagli abitanti, vivendo così un'esperienza di condivisione, in cui il turista non è un estraneo, ma un cittadino temporaneo.

Social Infopoint. Denominato “La porta dei Sibillini” e situato a Servigliano, è uno spazio per informazioni, servizi e attività per turisti e locali over 65, all'interno del quale sono installati supporti tecnologici digitali con contenuti turistici legati al territorio dei Sibillini.

Incontri Info-formativi. La cooperativa attraverso il progetto intende favorire l'implementazione di servizi di cura per la popolazione anziana e dei loro *caregiver*, utilizzando le competenze acquisite con l'esperienza nel territorio valdostano e integrandole con le specifiche istanze territoriali. Da questa esigenza sono stati proposti due incontri informativi, “Il valore del lavoro domestico” e “Cohousing sociale. Esperienze a confronto e prospettive future”, rivolti alle realtà che lavorano all'interno dei servizi territoriali.

Analisi dei bisogni di assistenza domiciliare delle persone ultrasessantacinquenni. L'analisi dei bisogni è stata svolta in collaborazione con l'I.N.R.C.A., Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). In linea con gli obiettivi del progetto, l'indagine ha l'obiettivo di studiare e analizzare il contesto territoriale e in particolare i bisogni di assistenza domiciliare della popolazione anziana. Lo scopo è di valutare un'implementazione dei servizi attualmente attivi o l'attivazione di servizi non ancora presenti ma adeguati a rispondere alle esigenze rilevate.

1.3. Adattamento dell'analisi alle limitazioni legate al Covid-19

L'Indagine conoscitiva sui bisogni di assistenza domiciliare delle persone ultrasessantacinquenni è stata svolta dalla Cooperativa Sociale La Sorgente, in collaborazione con il Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento (CRESI) dell'INRCA di Ancona, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (<https://www.inrca.it>) che opera con finalità assistenziali e di ricerca scientifica nel campo della longevità e della fragilità dell'anziano. La ricerca è stata condotta nell'ambito del Progetto "La terra che Cura", finanziato con POR MARCHE FESR 2014/2020 - ASSE 8 -OS22 - AZIONE 22.1 INTERVENTO 22.1.1 SOSTEGNO ALLO SVILUPPO E ALLA VALORIZZAZIONE DELLE IMPRESE SOCIALI NELLE AREE COLPITE DAL TERREMOTO.

Il progetto "La Terra che Cura" è stato ideato e progettato prima dell'emergenza sanitaria tuttora in corso, perciò nell'attuazione delle attività previste è stata necessaria una modifica delle modalità di azione.

Individuare le persone da intervistare in un momento storico in cui l'incontro con gli anziani è molto più difficile, essendo una delle fasce più a rischio. Nonostante questo, grazie al coinvolgimento di diverse realtà territoriali, la cooperativa è stata in grado di individuare persone disponibili a rispondere al questionario, che è stato somministrato per via telefonica invece che personalmente.

Per alcuni versi, la modalità telefonica ha costituito un limite, soprattutto perché non è stato possibile incontrare le persone intervistate e conoscerle di persona. Allo stesso tempo, però, ci ha permesso di entrare, anche se per poco tempo, nella quotidianità delle persone e per molti di loro è stata una bella occasione di socialità.

Questo elemento ha permesso di fare una riflessione ulteriore sull'isolamento delle persone anziane, già caratteristica della vita nei paesi delle aree interne, ma ulteriormente accentuata dal distanziamento sociale dell'ultimo anno.

2. Aspetti metodologici

L'IRCSS-INRCA, sulla base delle esigenze conoscitive della Cooperativa "La Sorgente", ha predisposto gli strumenti di ricerca dello studio, consistenti in un questionario finalizzato ad identificare i bisogni degli anziani attraverso test validati e domande finalizzate ad avere una quantificazione dei servizi da loro utilizzati, e una intervista qualitativa finalizzata ad identificare tramite le testimonianze di stakeholders qualificati l'organizzazione dei servizi sul territorio e le eventuali esigenze degli anziani ivi residenti. La rilevazione dei dati quantitativi è stata svolta dal personale della Cooperativa "La Sorgente" nei mesi di novembre 2020 - marzo 2021, attraverso la somministrazione telefonica di un questionario quantitativo rivolto ad anziani over 65, che hanno fornito le risposte personalmente o, in caso di difficoltà a rispondere, con l'aiuto dei familiari/caregivers. Gli anziani disponibili ad effettuare le interviste sono stati individuati tramite contatti locali (responsabili di associazioni e referenti dei servizi sociali). L'elaborazione e la verifica della qualità dei dati raccolti, attraverso l'analisi incrociata delle variabili e il controllo dei dati anomali, sono state curate dai ricercatori dell'IRCCS INRCA. Le interviste qualitative a testimoni privilegiati sono state effettuate da ricercatori IRCCS-INRCA. Gli intervistati sono stati selezionati in considerazione della rilevanza del loro ruolo e della conoscenza dei territori in cui si è svolto lo studio e delle problematiche degli anziani che ci vivono, coinvolgendo operatori dei servizi a livello di ambito territoriale sociale, esponenti di istituzioni pubbliche (inclusi decisori pubblici) e delle associazioni locali di volontariato, nonché le rappresentanze sindacali del territorio. Infine, sono stati intervistati alcuni volontari, residenti nel territorio di indagine, che hanno partecipato a un recente studio regionale sulla rilevazione dei bisogni degli anziani non autosufficienti nella Regione Marche (<https://www.inrca.it/inrca/News2.asp?ID=331>) in qualità di intervistatori, e che, collaborando a tale studio, hanno avuto modo di incontrare direttamente molti anziani, divenendo testimoni privilegiati degli interessi di questo target di popolazione. Nel complesso, sono stati intervistati 11 testimoni privilegiati e, nel rispetto della normativa vigente in tema di privacy, le interviste qualitative sono state anonimizzate e numerate da 1 a 11.

Il box in Appendice riporta l'elenco delle domande effettuate nelle interviste qualitative.

3. Risultati

3.1. Sezione quantitativa

3.1.1. Il contesto territoriale di riferimento

L'indagine è stata realizzata nel territorio dell'Unione Montana dei Sibillini (tra le Province di Ascoli Piceno e Fermo) e i Comuni ricadenti nell'area del cratere sismico venutosi a determinare nel 2016 nella Provincia di Fermo, o ad esso limitrofi. Complessivamente i Comuni coinvolti nel presente studio sono stati 13, di cui 7 aderenti all'Unione Montana dei Sibillini (Amandola, Comunanza, Force, Montefalcone Appennino, Montelparo, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo), con una popolazione residente complessiva nell'intera area di 26.781 unità al 1° gennaio 2020 (Tab.1). La maggior parte dei Comuni considerati consta di meno di 3.000 abitanti (fa eccezione il Comune di Montegiorgio in Provincia di Fermo più densamente popolato), e nel suo insieme il territorio d'indagine è caratterizzato dalle problematiche tipiche delle aree interne, nelle quali la distanza dai centri di offerta di servizi essenziali (istruzione, salute, mobilità), l'invecchiamento della popolazione, e l'emigrazione della popolazione in età attiva hanno contribuito a definire un quadro di declino demografico che si è consolidato nel corso degli ultimi anni.

Tabella 1. Popolazione residente nei 13 Comuni coinvolti nello studio, al 1 gennaio 2020

Amandola	3.443
Belmonte Piceno	614
Comunanza	3.010
Falerone	3.249
Force	1.235
Grottazzolina	3.273
Montefalcone Appennino	395
Montegiorgio	6.597
Monteleone di Fermo	366
Montelparo	732
S.Vittoria in Matenano	1.286
Servigliano	2.249
Smerillo	332
Totale	26.781

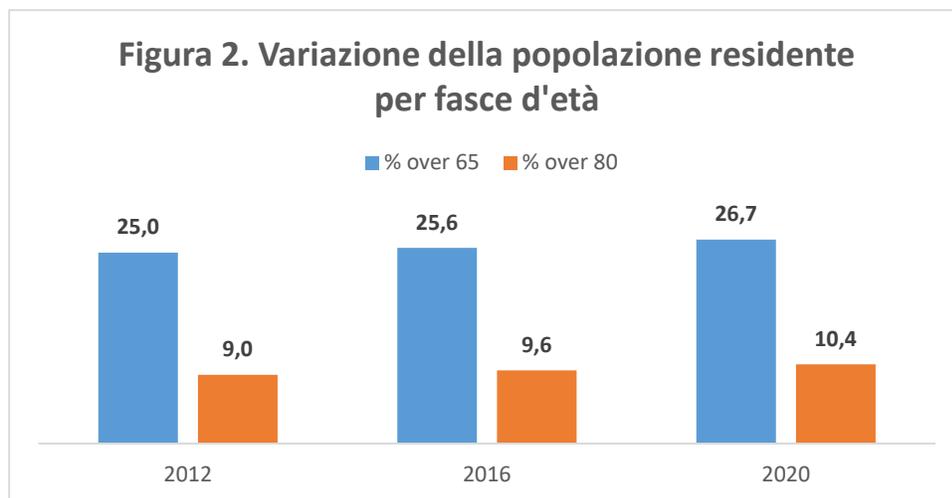
Fonte: Demo Istat 2020

In particolare, esaminando l'andamento della popolazione residente nei 13 Comuni, si rileva come tale territorio nel periodo 2012-2020 (Figura 1) ha conosciuto un progressivo calo della popolazione, più accentuato nel periodo successivo all'evento sismico del 2016, in cui la popolazione residente è diminuita complessivamente di 1.228 unità (mentre nel quadriennio precedente 2012-2016 la perdita si attestava sulle 508 unità). È possibile quindi affermare che il terremoto abbia portato a conseguenze sul piano demografico che hanno enfatizzato il processo di spopolamento già in atto.



Nostra elaborazione su
dati Demo Istat

Nello stesso periodo, inoltre, è andata progressivamente aumentando la componente anziana della popolazione in tali Comuni, che se nel 2012 era composta per il 25% da persone con più di 65 anni, al 1° gennaio 2020 contava un 26,7% di over 65 (di cui il 10,4% con più di 80 anni), ad indicare una progressiva senilizzazione della popolazione residente (Figura 2).



3.1.2. Caratteristiche degli intervistati

Complessivamente le interviste realizzate sono state 74 distribuite nei 13 Comuni considerati (Tab. 2).

Tabella 2. Distribuzione interviste per Comune

Comune	Frequenza	%
Amandola	9	12.2
Belmonte Piceno	4	5.4
Comunanza	5	6.8
Falerone	2	2.7
Force	1	1.4
Grottazzolina	11	14.9
Montefalcone Appennino	9	12.2
Montegiorgio	6	8.1
Monteleone di Fermo	2	2.7
Montelparo	5	6.8
S.Vittoria in Matenano	8	10.8
Servigliano	7	9.5
Smerillo	5	6.8
Totale	74	100.0

Data l'esiguità delle interviste realizzate rispetto alla numerosità della popolazione oggetto d'indagine, le indicazioni emerse nel presente studio, pur rappresentando una fotografia

dell'esistente, non risultano generalizzabili in senso di rappresentatività statistica rispetto alla popolazione anziana del territorio nel suo complesso. Rispetto ai risultati di seguito riportati, quindi, si raccomanda di approfondire la conoscenza delle specifiche situazioni e le caratteristiche della popolazione anziana residente, facendo riferimento ai referenti istituzionali di ciascun Comune.

Tabella 3. Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati

	Frequenza	%
Sesso (femmina)	38	51.4
Indennità di accompagnamento (sì)	7	9.5
Età (anni) * media	79.2	7.7
Stato civile		
<i>Coniugato/a o in coppia convivente/di fatto</i>	42	56.8
<i>Separato/a, divorziato/a</i>	1	1.4
<i>Vedovo/a</i>	26	35.1
<i>Celibe/Nubile</i>	5	6.8
Titolo di studio		
<i>Nessun titolo</i>	6	8.1
<i>Licenza elementare</i>	28	37.8
<i>Licenza media</i>	21	28.4
<i>Diploma di scuola superiore</i>	15	20.3
Impiego prevalente nel corso della vita		
<i>Lavoratore/trice dipendente nel settore privato</i>	22	30.1
<i>Lavoratore/trice dipendente nel settore pubblico</i>	14	19.2
<i>Lavoratore/trice autonomo/a</i>	13	17.8
<i>Casalinga/o</i>	17	23.3
<i>Altro</i>	7	9.6

*Per questa variabile i valori sono espressi come media e deviazione standard

Passando ad analizzare le caratteristiche socio-demografiche del campione intervistato (Tab. 3), dal punto di vista del genere i rispondenti si presentano equamente suddivisi tra maschi (48,6%) e femmine (51,4%), con un'età media complessiva di 79,2 anni. Solo il 9,5% degli intervistati risulta titolare di un'indennità di accompagnamento (misura che, come è noto, viene attribuita solo a quei soggetti che risultano completamente dipendenti dall'aiuto altrui per le attività della vita quotidiana), ad indicare la presenza limitata nel campione di soggetti in condizione di invalidità grave. Per quanto riguarda lo stato civile, il campione è costituito per il 56,8% da coniugati, e per

il 35,1% da persone vedove, mentre risultano meno presenti nubili/celibi (6,8%) e separati/divorziati (1,4%). I soggetti senza titolo di studio o con la sola licenza elementare costituiscono il 45,9%¹ del campione, mentre il 28,4% presenta un livello di istruzione media e il 20,3% un'istruzione superiore. Per quanto riguarda l'occupazione svolta dagli intervistati durante la vita lavorativa, la percentuale più cospicua riguarda il lavoro dipendente nel settore privato (30,1%), seguono il lavoro dipendente nel settore pubblico (19,2%), e il lavoro autonomo (17,8%), mentre il 23,3% del campione è composto da chi ha svoto attività di casalinghe/i. I soggetti intervistati rappresentano quindi l'intero ventaglio delle tipologie lavorative, con una prevalenza del settore privato (lavoratori autonomi e dipendenti privati) e delle/i casalinghe/i.

Tabella 4. Condizioni abitative degli intervistati

	Frequenza	%
Con chi vive		
Da solo/a	18	24.3
Con il coniuge/partner (senza altre persone conviventi)	36	48.6
Con altri famigliari (figli, altri parenti)	18	24.3
Con un'assistente famigliare a pagamento (ed eventuali altre persone)	2	2.7
Totale persone conviventi		
1	18	24.3
2	44	59.5
3	4	5.4
4 o +	8	10.8
Titolo di godimento dell'abitazione		
Proprietà	67	90.5
Affitto	2	2.7
Altro	5	6.8

¹ Si ricorda a questo proposito che l'obbligo scolastico fino ai 14 anni è stato formalmente introdotto con la riforma della scuola media del 1962, che ha dato il via alla scolarizzazione di massa nel nostro paese. Per maggiori informazioni sul livello di istruzione nella popolazione italiana e marchigiana ultra 65enne, cfr. i dati del sistema di sorveglianza Passi D'Argento: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/socio>.

Per quanto riguarda la tipologia di convivenza (Tab. 4), la situazione familiare preponderante è quella che vede convivere l'anziano con il coniuge/partner (48,6%), a seguire troviamo la convivenza con altri familiari, in particolare figli (24,3%), e gli anziani che vivono da soli (24,3%). La coabitazione con l'assistente familiare a pagamento interessa un numero limitato di casi (si tratta di due rispondenti), presumibilmente perché il campione è composto da soggetti in buone condizioni di salute che non necessitano di prestazioni domestiche o assistenziali, o che soddisfano tali esigenze all'interno del nucleo familiare. Rispetto alla dimensione del nucleo familiare, circa un quarto dei rispondenti (24,3%) riferisce di vivere da solo, il 59,5% vive in un nucleo composto da due persone, mentre i nuclei composti da tre persone o più costituiscono il 16,2% del totale. Possiamo presumere che gli anziani che vivono in nuclei familiari di dimensioni ridotte (ad es. coppie di coniugi anziani o anziani soli) siano potenzialmente più esposti al rischio di non ricevere il supporto di cui necessitano in caso di bisogno rispetto ai nuclei familiari più numerosi, e siano anche maggiormente vulnerabili al rischio di isolamento sociale, per cui sarà importante tenere conto di questi elementi nella progettazione di futuri interventi loro rivolti. Per quanto riguarda la condizione abitativa, la grande maggioranza (nove intervistati su dieci) vive in una abitazione di proprietà, mentre appaiono residuali le soluzioni in affitto, o di altro tipo (come ad esempio l'usufrutto di immobili di propri familiari).

Tabella 5. Adattamento dell'ambiente domestico

	Non è necessario	No, ma sarebbe utile	Si	Totale
Modifiche in bagno	87.7	6.8	5.5	100.0
Corrimani	68.5	5.5	26.0	100.0
Dispositivi di allarme	75.3	11.0	13.7	100.0
Vani delle porte allargati	97.3	1.4	1.4	100.0
Modifiche in cucina	97.3	0.0	2.7	100.0
Altri accorgimenti	94.4	4.2	1.4	100.0

Per quanto riguarda l'esistenza o la necessità di eventuali accorgimenti o adattamenti all'interno dell'abitazione che possano favorire lo svolgimento delle attività quotidiane (Tab. 5), in generale si riscontra uno scarso interesse verso questo tipo di soluzioni da parte degli intervistati, che nella

maggior parte dei casi ritiene questi interventi non necessari. Tra coloro che riferiscono di aver adottato uno o più degli ausili menzionati, i più diffusi risultano essere la presenza di corrimani all'interno dell'abitazione (26%) e l'utilizzo di dispositivi di allarme (13,7%). Sempre i dispositivi di allarme inoltre, sono ritenuti potenzialmente utili dall'11% dei soggetti che ne sono sprovvisti, insieme alle modifiche in bagno (6,8%), all'utilizzo dei corrimani (5,5%) o di 'altri accorgimenti' quali montascale e tapparelle elettriche (4,2%).

I dati evidenziano quindi che la maggior parte degli intervistati possiede una varietà di ausili piuttosto limitata per la propria casa, e mostra anche scarso interesse o necessità ad acquisirli. Sarebbe da approfondire – aspetto che il presente studio non ha potuto prendere in esame – se questo atteggiamento sia dovuto alla scarsa conoscenza della utilità degli ausili come supporto alla vita autonoma, oppure sia attribuibile ad una effettiva non necessità di questo tipo di interventi. Potrebbe essere utile per il futuro fornire loro (e in generale alla popolazione anziana residente nell'area) maggiori informazioni sui possibili interventi di adattamento domestico a supporto dell'autonomia abitativa e sulle agevolazioni fiscali disponibili per questo scopo².

Tabella 6. Grado di sicurezza nella propria abitazione

	Frequenza	%
Molto sicuro	35	47.9
Abbastanza sicuro	35	47.9
Abbastanza insicuro	3	4.2
Totale	73	100.0

Per quanto riguarda la sicurezza della propria abitazione (Tab. 6), il 95,8% degli intervistati riferisce di sentirsi sicuro (47,9%) o abbastanza sicuro (47,9%) all'interno della stessa, confermando quindi la percezione di vivere in un ambiente sicuro e adeguato ai propri bisogni individuali. Solo un numero limitato di intervistati (tre rispondenti) fa riferimento a sentimenti di insicurezza domestica, motivati principalmente dalla presenza di barriere architettoniche

² Ad esempio, il cosiddetto Superbonus al 110% previsto nella Legge di bilancio 2021 (L. 30 dicembre 2020, n. 178) che estende la possibilità di effettuare interventi finalizzati alla rimozione delle barriere architettoniche (ampliamento porte, rifacimento scale e ascensori, ecc.) anche agli over 65, a patto che tali interventi siano accompagnati da interventi di efficientamento energetico delle abitazioni.

all'interno dell'abitazione (scale), da un peggioramento dello stato di salute (abbassamento della vista) o dal timore di intrusioni esterne (finestre non adeguate). Questi dati – se letti insieme a quelli presentati nella tabella precedente – sembrerebbero rivelare uno scenario positivo. Tuttavia una riflessione circa la sicurezza in casa merita di essere fatta, non solo riguardo a coloro che hanno dichiarato di non sentirsi sicuri in casa, ma anche rispetto a quella maggioranza che ha dichiarato di sentirsi “abbastanza sicuro” (47,9%). Come discusso nella tabella precedente, potrebbe essere utile, in un'ottica preventiva, informare questi anziani circa le principali norme di sicurezza da adottare in casa (ad esempio, come mettere in sicurezza la cucina, cosa fare per prevenire le cadute, ecc.) e gli strumenti, tecnologici e non, utili a migliorare accessibilità e sicurezza dell'ambiente domestico.

Tabella 7. Percezione soggettiva della salute

	Frequenza	%
Eccellente/Molto buona/Buona	41	68.9
Discreta	22	29.7
Cattiva	1	1.4
Totale	74	100.0

Passiamo ad esaminare lo stato di salute percepita (Tab. 7). La maggior parte dei rispondenti, pari a quasi il 70% del totale, ritiene “eccellente” il proprio stato di salute, mentre circa il 30%, quindi un terzo del campione intervistato, giudica il proprio stato di salute “discreto”.

La percezione del proprio stato di salute è considerata una dimensione importante della qualità della vita. Possiamo quindi affermare che questo campione di anziani non presenta particolari problemi di salute e in genere di qualità della vita, affermazione che possiamo correlare anche ai risultati esposti in seguito. Tuttavia bisogna considerare che esiste sul territorio considerato una fascia di popolazione anziana in condizioni di salute peggiori, anziani con patologie croniche e non autosufficienti, i cui bisogni andrebbero sondati in una fase successiva della ricerca e/o di futuri studi.

Nella tabella 8 viene proposta una classificazione delle risposte in merito alle capacità individuali di svolgere diverse attività di base della vita quotidiana (ADL: Activities of Daily Living)³, secondo la cosiddetta “scala di Barthel”, uno strumento internazionalmente validato. Le attività considerate comprendono il riuscire ad alimentarsi, a prendersi cura di sé, a muoversi in casa, e l’assenza di incontinenza urinaria e/o fecale. I dati evidenziano che la maggior parte degli intervistati presenta un lieve livello di non autosufficienza, mentre un numero veramente esiguo ricade nelle categorie caratterizzate da un più contenuto grado di autonomia.

Tabella 8. Grado di dipendenza funzionale (scala di Barthel)

Grado di dipendenza	Frequenza	%
Grave	1	1.4
Moderata	8	10.8
Lieve	65	87.8
Totale	74	100.0

Tabella 9. Capacità di svolgere le attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

Attività strumentali della vita quotidiana che svolge	Frequenza	%
Nessuna	2	2.8
Solo una, ma con aiuto	2	2.8
Quattro o più, con o senza aiuto	68	94.4
Totale	72	100.0

Ad integrazione delle informazioni fornite dalla scala di Barthel, nella Tabella 9 viene indicato il grado di abilità del campione nello svolgere le attività “strumentali” della vita quotidiana IADL:

³ La scala di Barthel misura le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana, come ad esempio la capacità di alimentarsi, vestirsi, gestire l’igiene personale, lavarsi e la mobilità (spostarsi dalla sedia al letto, deambulare in piano, salire e scendere le scale). Un punteggio globale più elevato indica maggiore autosufficienza, ed è generalmente associato ad una maggiore probabilità di essere in grado di vivere a casa in maniera autonoma. Una categorizzazione spesso utilizzata è quella che distingue quattro livelli di dipendenza: 0-20 punti: totale; 21-60 punti: grave; 61-90: moderata; 91-99: lieve. Per il riferimento bibliografico della validazione italiana della scala cfr. Galeoto G., Lauta A., Palumbo A., Castiglia S.F., Mollica R. et al. (2015) The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validation. International Journal of Neurology and Neurotherapy, 2:028 (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/formazione-allutilizzo-delle-scale-in-ambito-riabilitativo-per-la-compilazione-della-scheda-di-dimissione-ospedaliera-sdo-2013-anno-2017/the-barthel-index-italian-translation-adaptation-and-validation-galeoto-lauta-palumbo-castiglia-mollica-santilli-sacchetti>).

Instrumental Activities of Daily Living)⁴. Queste concernono funzioni complesse (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono), che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma. Date le caratteristiche degli intervistati, la quasi totalità non presenta problemi nello svolgimento di queste attività.

Tabella 10. Deterioramento delle capacità cognitive

SPMSQ Test – livello di deterioramento		Frequenza	%
	Deterioramento assente o lieve (fino a 4 punti)	72	97.3
	Deterioramento moderato (da 5 a 7 punti)	1	1.4
	Deterioramento grave (8 o più punti)	1	1.4
	Totale	74	100.0

Un'altra componente importante per comprendere le condizioni della popolazione anziana non autosufficiente è costituita dalle sue capacità cognitive (Tabella 10). Utilizzando il cosiddetto test di Pfeiffer (anche noto come Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)⁵, si è cercato di valutare la presenza di eventuali disturbi dell'efficienza intellettuale e di deterioramento cognitivo. I dati mostrano che la quasi totalità dei rispondenti si colloca nella classe con deterioramento cognitivo assente o con sintomi lievi. Questo aspetto dello stato di salute si correla agli altri indicatori sopra esposti che evidenziano la condizione di indipendenza funzionale del campione considerato, che pertanto suggerisce, come implicazioni di policy, una tipologia di

⁴ Le IADL valutano il grado di autonomia di un soggetto sulla base di una scala di sette item (uno per ogni aspetto funzionale). Per ogni item la risposta può andare da zero (in caso di totale incapacità) a due (per chi è autonomo), con un punteggio complessivo che può quindi variare da 0 a 14 punti (minore è il punteggio finale, maggiore è il grado di compromissione dell'autonomia del soggetto). Per dettagli si rimanda alla sezione 3.3.3 in Sansoni J., Marosszeky N., Fleming G., Sansoni E. (2010) Selecting tools for ACAT assessment: a report for the Expert Clinical Reference Group, Aged Care Assessment Program, Department of Health and Ageing, Centre for Health Service Development, University of Wollongong (<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1471&context=ahsri>).

⁵ Lo Short Portable Mental Status Questionnaire o Test di Pfeiffer è composto da dieci domande, di cui sette sono focalizzate sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante), due valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre), uno valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale). Il punteggio totale viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta, per un totale che può andare da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo). La capacità di risposta alle domande varia in base al livello di istruzione, per cui il totale viene corretto rispetto al grado di scolarità del rispondente. Per il riferimento bibliografico cfr. Pfeiffer E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American geriatrics Society, vol.23, n.10, pagg. 433-441 (http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/declino/scheda_PFEIFFER.pdf).

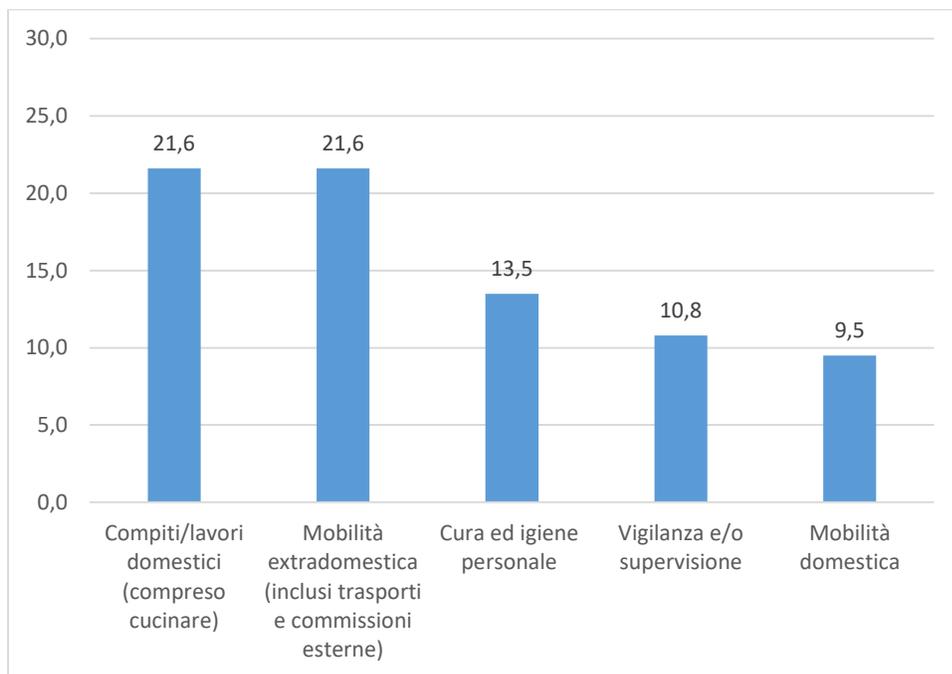
interventi da mettere in campo in grado di fornire un sostegno mirato a sostenere il benessere e la qualità della vita di questi soggetti, per lo più in salute e cognitivamente abili. La già ricordata non rappresentatività del campione tuttavia implica un ampliamento dell'indagine, mirato a raccogliere informazioni circa le necessità degli anziani non autosufficienti e non cognitivamente integri presenti nel territorio considerato.

3.1.3. Bisogni degli intervistati e servizi e supporto

Una sezione dello studio è stata dedicata all'individuazione delle aree di maggior bisogno e supporto di cui necessitano gli anziani intervistati (Fig. 3)⁶. I dati mostrano che lo svolgimento dei lavori domestici (inclusa la cottura dei pasti), al pari della mobilità extradomestica (incluso il trasporto dell'anziano ad eventuali visite mediche e lo svolgimento di commissioni varie) sono i bisogni e le aree di intervento richiesti da più di un quinto degli anziani.

Figura 3. Attività per le quali l'anziano ha bisogno d'aiuto (%)

⁶ Le cinque aree di bisogno qui individuate coincidono con quelle indicate dalla proposta formulata nell'ambito del Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021 recentemente adottato dal governo italiano (cfr. in particolare pag. 18 dell'Allegato A del DPCM approvato il 21 novembre 2019: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/04/20A00639/sg>). Questo anche al fine di poter facilitare un'eventuale sperimentazione della loro applicazione nel contesto marchigiano.



La cura e igiene personale, i compiti di vigilanza e supervisione, come era da aspettarsi, sono richiesti da una percentuale esigua, così come anche il sostegno per gli spostamenti all'interno dell'ambiente domestico, in linea con le caratteristiche degli anziani intervistati, che per la grande maggioranza, come già evidenziato, risultano autosufficienti.

Tabella 11. Da chi riceve aiuto per svolgere le diverse attività? (%)

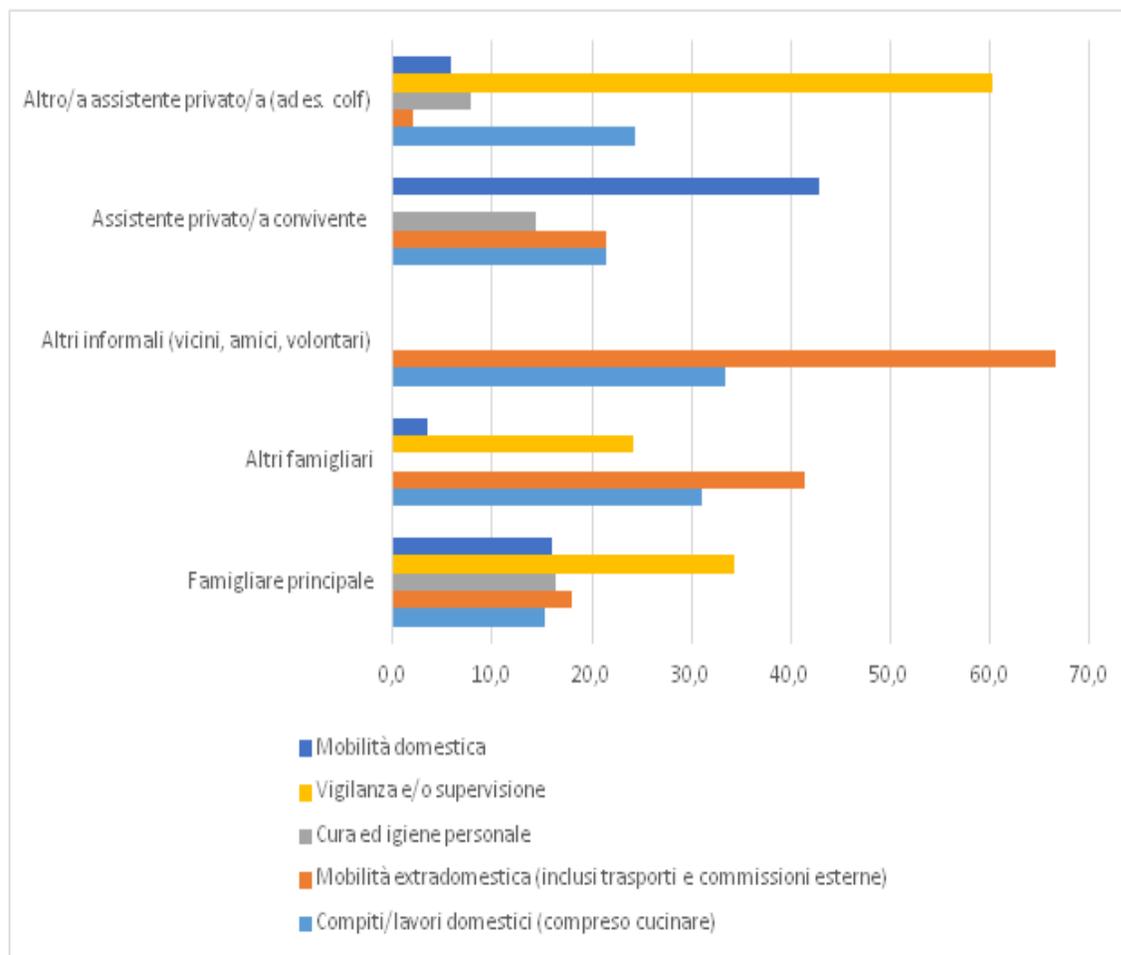
	Famigliare principale	Altri famigliari	Altri informali (amici, vicini, famigliari)	Assistente privato/a convivente	Altro assistente privato/a (ad es. colf)	Operatori del Comune	Operatori della ASL	Totale
Compiti/lavori domestici (compreso cucinare)	28,6	21,4	7,1	7,1	35,7	0,0	0,0	100
Mobilità extradomestica (inclusi trasporti e commissioni esterne)	41,2	41,2	5,9	5,9	5,9	0,0	0,0	100
Cura ed igiene personale	54,5	18,2	0,0	9,1	18,2	0,0	0,0	100
Vigilanza e/o supervisione	55,6	11,1	0,0	11,1	22,2	0,0	0,0	100

Mobilità domestica	44,4	22,2	0,0	11,1	22,2	0,0	0,0	100
--------------------	------	------	-----	------	------	-----	-----	-----

Per quanto riguarda il ruolo svolto dalle diverse figure disponibili nel fornire sostegno nei vari ambiti di bisogno (Tab. 11), la famiglia è il punto principale di riferimento in tutti gli ambiti, dai lavori domestici all'igiene personale, dalla mobilità, alla vigilanza, rispetto ai quali i famigliari vengono menzionati come erogatori di aiuto nella quasi totalità dei casi. Il servizio pubblico non interviene nel supporto delle esigenze quotidiane degli intervistati, in forza del fatto che si tratta di anziani in condizioni di autosufficienza.

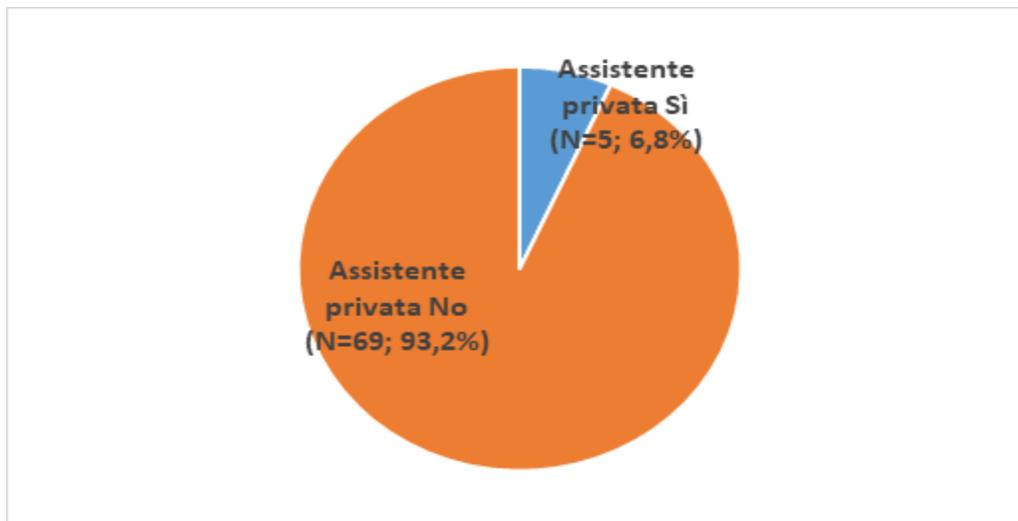
La figura 4 integra le informazioni precedenti con il quadro dell'intensità (in termini di ore di sostegno fornite) dell'intervento erogato dalle varie figure di supporto rispetto ai diversi tipi di aiuto. I famigliari si occupano un po' di tutto; il famigliare/caregiver principale svolge prevalentemente attività di vigilanza, mentre gli altri famigliari svolgono maggiormente attività domestiche e si occupano della mobilità extradomestica. Supporto per la mobilità esterna e nei lavori domestici sono attività tipiche del supporto fornito da amici e dal vicinato, o da associazioni di volontariato.

Figura 4. Ore a settimana svolte dalle varie figure nelle diverse attività



Nel caso di presenza di un assistente privato o di una badante convivente, le attività preminenti riguardano la vigilanza e la mobilità domestica; in questi casi si tratta di anziani con un livello di autosufficienza più basso, che richiedono in misura maggiore un'assistenza specifica in relazione ai deficit motori e/o cognitivi che individualmente manifestano.

Figura 5. Viene aiutato da un'assistente privata a pagamento?



Come accennato precedentemente (Fig. 5), tra gli intervistati il ricorso all'assistente familiare a pagamento appare estremamente limitato (interessa solo il 6,8% degli intervistati, pari a 5 rispondenti), presumibilmente perché, come detto, si tratta di soggetti in buone condizioni di salute, che non necessitano di supporti esterni per la gestione delle attività quotidiane o non presentano bisogni assistenziali tali da rendere necessaria un'assistenza continuativa.

Tabella 11. Utilizzo dei servizi

Oltre all'assistenza da famigliari/badanti, nell'ultimo anno ha utilizzato altri servizi, ad esempio del Comune, della ASL o privati?	
Tipo di servizio	Si, l' ho usato (%)
Ambulatoriale	
Medico di base	78.4
Medico specialista	41.9
Infermiere	2.7
Terapista riabilitativo	6.8
Assistente sociale	0.0
Altro	0.0
Domiciliare	
Infermiere	4.1
Terapista riabilitativo	4.1
Cura personale	0.0
Cura della casa	0.0
Pasti a domicilio	0.0

Altro	1.4
Altro servizio	
Trasporto	2.7
Centro diurno	0.0
Altro	0.0
Privato (a pagamento)	
Medico specialista	14.9
Infermiere	0.0
Terapista riabilitativo	5.4
Colf (domestico/a)	4.1
Residenza temporanea	1.4
Altro	1.4

Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari e socio-assistenziali di cui si è beneficiato nell'ultimo anno (Tab. 11), una prima osservazione in merito concerne il fatto che l'unico servizio realmente capillare e in grado di raggiungere il 78,4% di questa popolazione riguarda i medici di medicina generale, che rappresentano quindi il principale punto di riferimento sanitario per la maggior parte dei rispondenti. A seguire troviamo il medico specialista, sia in ambito pubblico (41,9%), che privato (14,9%), e, a una certa distanza, il terapista riabilitativo, utilizzato dal 9,5% dei rispondenti (di questi, il 5,4% vi ricorre in forma privata a pagamento) e l'infermiere, utilizzato dal 6,8% degli intervistati (nel 4,1% dei casi in forma domiciliare). Nessuno degli intervistati riferisce di aver usufruito di servizi di assistenza domiciliare (cura della persona, cura degli ambienti, interventi volti a favorire la socializzazione, ecc.) - che come noto si rivolgono ad anziani non autosufficienti - né ha avuto contatti con l'assistenza sociale, a conferma della condizione di relativo benessere degli anziani intervistati. Emerge quindi un quadro in cui l'utilizzo dei servizi, ad eccezione dell'assistenza di primo livello fornita dal medico di medicina generale, appare limitato, probabilmente perché, come più volte ribadito, si tratta di soggetti in buone condizioni di salute o che ricevono l'aiuto di cui necessitano per la gestione della routine domestica da fonti differenti da quelle formali.

3.1.4. Condizioni e bisogni a seguito della pandemia da COVID-19

Come noto, la pandemia da COVID-19 ha colpito particolarmente, sia in Italia che a livello internazionale, la popolazione anziana e specie gli individui anziani con malattie preesistenti e

concomitanti. La pandemia e le connesse misure di contenimento (ad es. lockdown, misure di distanziamento fisico, ecc.) messe in campo dal Governo per fronteggiarne le conseguenze sulla popolazione hanno avuto in genere un notevole impatto su diversi aspetti della vita delle persone anziane, delle loro famiglie e dei caregivers, sia in Italia che in Europa (Eurocarers/IRCCS INRCA, 2021, in corso di pubblicazione).

Tabella 12. Aspetti della vita dei rispondenti che hanno subito un miglioramento, peggioramento o che non hanno registrato mutamenti a seguito dell'epidemia da COVID-19

	Peggiorata	Rimasta uguale	Migliorata	Totale
Senso di sicurezza nella sua abitazione	5.6	93.0	1.4	100.0
Condizioni di salute fisica	9.9	87.3	2.8	100.0
Condizioni emotive o psicologiche	49.3	49.3	1.4	100.0
Capacità cognitive (memoria, etc.)	12.7	85.9	1.4	100.0
Stato di salute nel complesso	5.6	91.5	2.8	100.0
Qualità della vita (umore, energie, calma)	47.9	50.7	1.4	100.0
Rapporti tra famigliari	14.1	77.5	8.5	100.0
Rapporti con i vicini di casa	16.9	80.3	2.8	100.0
Rapporti con amici e conoscenti	29.6	64.8	5.6	100.0
Situazione economica	4.2	95.8	0.0	100.0
Assistenza ricevuta dal medico di base	15.5	80.3	4.2	100.0
Servizi sanitari in generale (non COVID)	25.4	73.2	1.4	100.0
Approvvigionamento di farmaci	1.4	93.0	5.6	100.0

Servizi sociali ricevuti dal Comune	4.2	93.0	2.8	100.0
-------------------------------------	-----	------	-----	--------------

Tra gli anziani partecipanti allo studio (svolto durante il periodo di emergenza sanitaria), a seguito della pandemia da COVID-19, emerge come in genere la loro condizione rispetto a diversi aspetti della loro vita è rimasta sostanzialmente inalterata (Tab. 12). Tuttavia, la pandemia ha avuto un impatto negativo su alcuni specifici aspetti della vita dei rispondenti e in particolare è stato segnalato un peggioramento delle condizioni emotive e psicologiche (49,3%), della qualità della vita (ad es. umore, energie, ecc.; 47,9%), dei rapporti con amici e conoscenti (29,6%) e per quanto riguarda fruizione e/o accesso ai servizi sanitari non connessi all'emergenza COVID-19 (25,4%). Seppur in maniera più limitata, gli anziani hanno anche dichiarato di avere subito un peggioramento dei rapporti con i vicini di casa (16,9%) o con i propri famigliari (14,1%), o relativamente all'assistenza ricevuta dal medico di base (15,5%), alle proprie capacità cognitive (12,7%) e condizioni di salute fisica (9,9%). Nel complesso, pertanto, la pandemia ha impattato negativamente in quattro principali ambiti della vita dei rispondenti (qualità della vita in generale, condizioni emotive e psico-fisiche, relazioni interpersonali, servizi sanitari), a conferma del fatto che anche all'interno del campione, l'emergenza COVID-19 non è stata immune da conseguenze a livello personale. Solo quote limitate di rispondenti hanno segnalato che a seguito della pandemia la loro condizione personale ha subito un miglioramento in alcuni ambiti (ad es. nei rapporti con i famigliari: 8,5%, nei rapporti con amici e conoscenti e relativamente all'approvvigionamento di farmaci: 5,6% in entrambi i casi).

Tabella 13. Percezione del supporto a disposizione dei rispondenti in caso di bisogno

	Frequenza	%
Supporto debole	12	19.0
Supporto moderato	28	44.4
Supporto forte	23	36.5
Totale	63	100.0

Attraverso l'utilizzo di una scala validata a livello internazionale⁷, che misura il sostegno che si ritiene di poter ottenere da famigliari, vicini e altre persone circostanti, è stato possibile analizzare il grado di supporto sociale di cui possono usufruire gli anziani intervistati (Tab. 13). I dati evidenziano che circa l'80% dei rispondenti dichiara di poter contare su un livello medio-alto di supporto; in particolare, il 44,5% può godere di un supporto moderato e oltre una persona intervistata su tre (36,5%) di un forte sostegno da parte della propria rete sociale. Di converso, il 19% del campione ritiene di poter contare su un debole supporto sociale. Questo risultato è coerente con i dati relativi al sostanziale supporto fornito dai famigliari, che implica una percezione positiva della rete sociale di supporto a cui fare riferimento in condizioni di bisogno, come evidenziato in precedenza; va sottolineato anche che, data la percezione positiva delle condizioni di salute degli intervistati, possiamo presumere che la necessità di supporto sia moderata e quindi possa avere un soddisfacimento adeguato da parte dei famigliari.

Tabella 14. Aiuti aggiuntivi ricevuti dalla rete sociale durante il periodo di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19, a supporto delle esigenze assistenziali dei rispondenti

	Frequenza	%
No	47	71.2
Sì, da famigliari	15	22.7
Sì, da vicini	1	1.5
Sì, da volontari	2	3.0
Sì, da amici	1	1.5
Totale	66	100.0

Il 71,2% dei rispondenti non ha ricevuto aiuti aggiuntivi durante il periodo di emergenza dovuta alla pandemia da COVID-19 a supporto delle loro esigenze assistenziali (Tab. 14), aspetto che

⁷ Si tratta della Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3), scala costituita da 3 item che indagano 3 aree diverse: 1) la facilità con cui si può ottenere aiuto dai propri vicini di casa (scala 1-5); 2) il numero di persone sufficientemente vicine su cui si può contare in caso di problemi (scala 1-4); 3) l'interesse dimostrato dagli altri rispetto a sé (scala 1-5). Un punteggio 3-8 indica un supporto debole, 9-11 un supporto moderato e 12-14 un supporto forte. Per dettagli: Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, Ayuso-Mateos JL, Page H, Dunn G, ODIN Group. Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006 Jun;41(6):444-51.

probabilmente, anche in questo caso, può essere connesso alle complessive buone condizioni di salute degli anziani coinvolti nello studio, come emerso in precedenza in questo report. Tra coloro che invece hanno ottenuto un sostegno aggiuntivo per fronteggiare le loro necessità di assistenza durante la crisi sanitaria, prevale l'aiuto fornito da famigliari (22,7%), mentre poco diffuso risulta il supporto integrativo di volontari (3%), amici e vicini (1,5% in entrambi i casi).

Tabella 15. Strumenti o tecnologie utilizzati dai rispondenti nel periodo di emergenza sanitaria dovuta al COVID-19

In questo periodo di emergenza sanitaria dovuta al coronavirus ha utilizzato, o utilizza i seguenti strumenti o tecnologie? (possibili più risposte)	Uso	Non uso
Telefono cellulare	71,1	28,9
Smartphone	54,2	45,8
PC	12,3	87,7
Tablet	4,2	95,8
Social media (Facebook, WhatsApp, Instagram, Twitter, ecc.)	29,8	70,2
Altro (ad es. telefono fisso, TV)	8,2	91,8

Durante il periodo di emergenza pandemica, gli anziani intervistati hanno utilizzato o utilizzano diversi strumenti e/o tecnologie (Tab. 15). Tra questi, emergono soprattutto il telefono cellulare (71,1%) e lo smartphone (54,2%), mentre circa un terzo del campione (29,8%) ha usato o usa i social media, e più limitate sono le quote di rispondenti che sono ricorsi o ricorrono all'utilizzo di personal computer (PC) (12,3%), tablet (4,2%) o altri strumenti o tecnologie (8,2%). Questi dati, e in particolare il relativo livello medio-basso di utilizzo di PC e tablet rispetto ad altri strumenti, permettono di ipotizzare, all'interno del campione, una non elevata digitalizzazione e poca familiarità verso alcune tecnologie meno fruibili dagli anziani, come ad esempio il PC.

Tra gli anziani che hanno utilizzato o utilizzano le tecnologie o gli strumenti menzionati nella domanda precedente, emerge come il telefono cellulare (70,3%), i social media (54,4%) e lo smartphone (42,4%) vengono usati soprattutto per stare in contatto con famigliari, parenti o amici non conviventi (Tab. 16), permettendo così di mantenere, seppur in forma virtuale, relazioni sociali

in tempi di misure restrittive e distanziamento fisico volte a limitare sensibilmente i contatti tra le persone non appartenenti allo stesso nucleo familiare.

Tabella 16. Motivazioni per l'utilizzo degli strumenti o tecnologie durante l'emergenza COVID-19 (possibili più risposte)

	Informazioni su attualità ed emergenza sanitaria (%)	Stare in contatto con familiari/parenti/ amici non conviventi (%)	Contattare personale e servizi sanitari (%)	Informazioni su patologie personali e/o di miei familiari (%)	Svago (%)	Altro
Telefono cellulare	2,0	70,3	15,2	6,8	3,8	2,0
Smartphone	19,9	42,4	12,5	5,0	17,5	2,6
PC	55,3	11,4	0,0	0,0	22,0	11,4
Tablet	33,3	33,3	0,0	0,0	33,3	0,0
Social media (Facebook, WhatsApp, Instagram, Twitter, ecc.)	22,8	54,4	9,1	0,0	9,1	4,7
Altro (ad es. telefono fisso, TV)	32,9	32,9	17,1	0,0	17,1	0,0

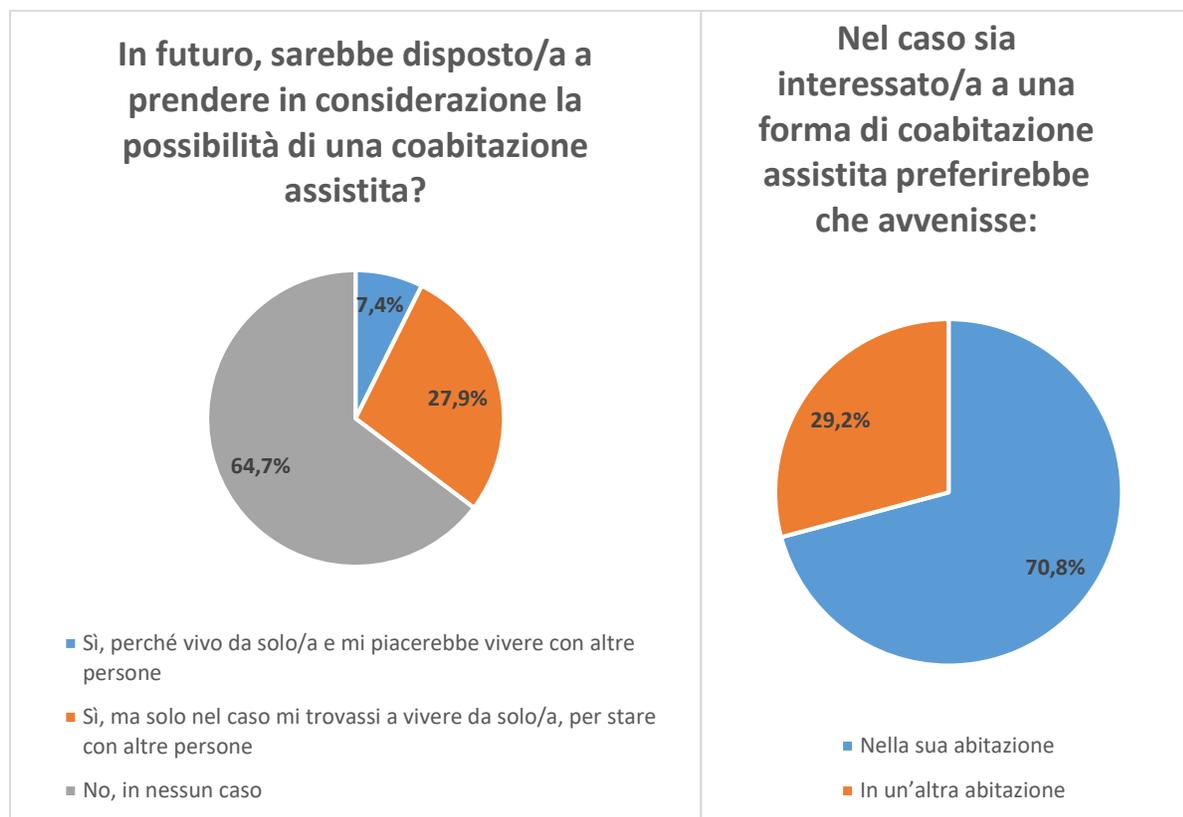
Quanti usano il PC, lo fanno prevalentemente per ottenere informazioni sull'attualità e sull'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia (55,3%). Tra i rispondenti che utilizzano il tablet si osservano le stesse quote (pari a un terzo del totale) di quanti vi ricorrono per informarsi sui fatti di attualità e sull'emergenza COVID-19, per rimanere in contatto con persone non conveni, e per svago, motivazione quest'ultima, indicata in modo apprezzabile anche da coloro che utilizzano il PC (22%), lo smartphone o altri strumenti/tecnologie (circa il 17% in entrambi i casi). Tra quanti dichiarano di usare le tecnologie per contattare personale e servizi sanitari, prevalgono gli individui che usano altri strumenti e tecnologie "tradizionali" (17,1%; seguiti da chi ricorre al telefono cellulare e allo smartphone: 15,2% e 12,5%, rispettivamente), anche se in questo gruppo di soggetti le motivazioni più diffuse che spingono al loro utilizzo sono ottenere informazioni sulla pandemia

e sull'attualità e rimanere in contatto con famigliari, parenti o amici non conviventi (un terzo di tali rispondenti in entrambi i casi). Gli unici anziani che hanno dichiarato - seppur con percentuali molto contenute - di usare strumenti e tecnologie per cercare/ottenere informazioni su patologie personali e/o di famigliari sono quanti utilizzano il telefono cellulare (6,8%) e lo smartphone (5%). La quota più elevata di chi indica altre motivazioni per l'impiego di strumenti e tecnologie è riscontrabile tra quanti usano il PC (11,4%). Dal quadro emerso si può sostenere che vi è una serie di ragioni che stimolano i rispondenti a fare uso di strumenti e tecnologie, anche se le principali risultano il cercare/ottenere informazioni sui fatti di attualità e sull'emergenza pandemica e il desiderio di rimanere in contatto con persone non conviventi, seguiti dalla volontà di cercare momenti e forme di svago.

3.1.5. Sezione informazioni su coabitazione assistita

La figura 6 evidenzia una limitata apertura da parte degli anziani intervistati alla coabitazione con altre persone quale soluzione abitativa futura, infatti il 65% degli intervistati risponde negativamente alla domanda. Il restante 35% ha manifestato una maggiore apertura alla possibilità di coabitare.

Figura 6 Disponibilità alla coabitazione assistita da parte dei rispondenti

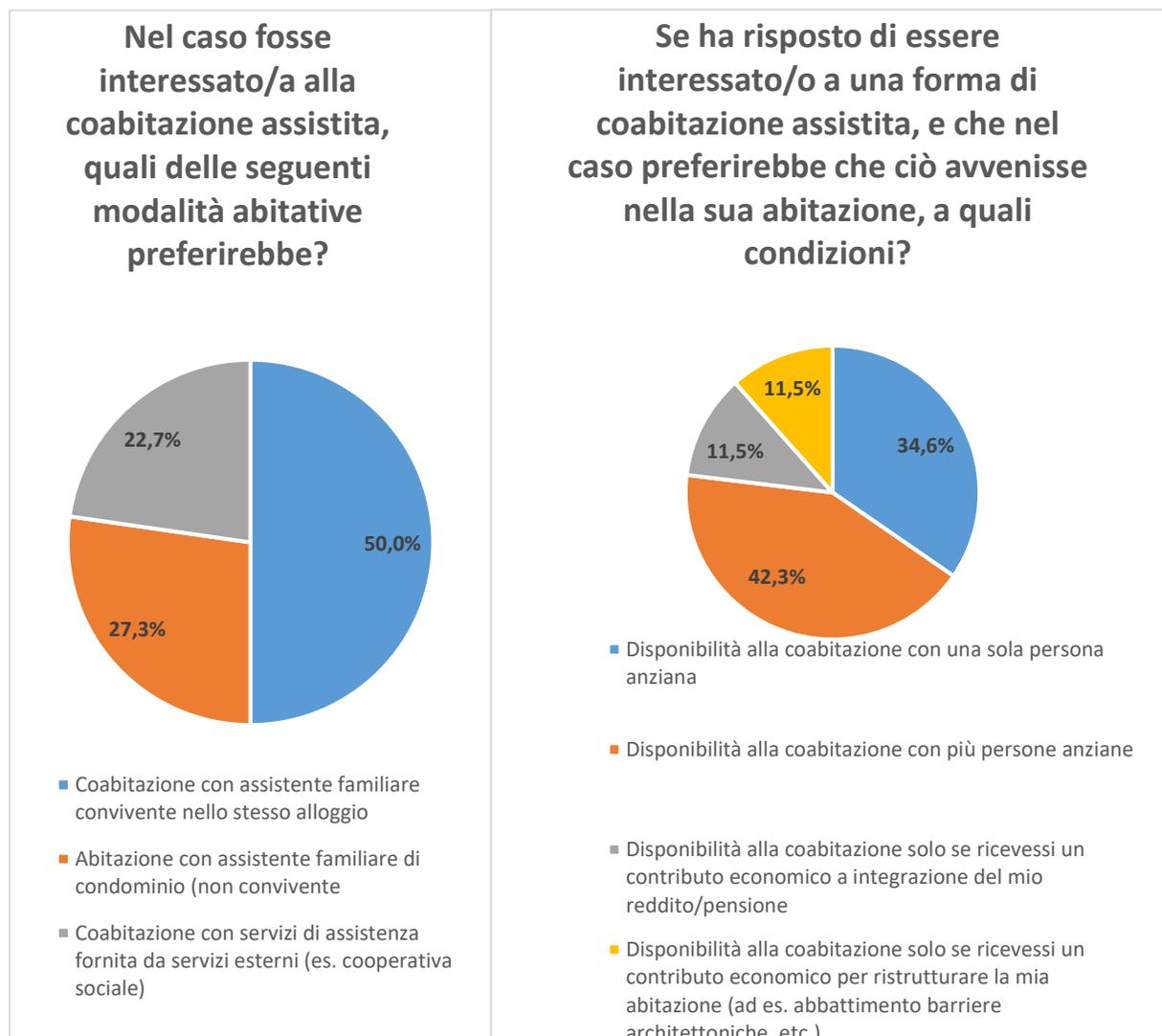


La conoscenza pregressa sembra quindi essere una condizione importante che condiziona la decisione finale sulla disponibilità a tale modalità abitativa. Inoltre, 7 anziani intervistati su 10 disponibili a coabitare vorrebbero rimanere nella loro abitazione, e quindi eventualmente accogliere in casa altri individui, ma non spostarsi dalla loro casa. La figura 8 evidenzia come chi manifesta disponibilità alla coabitazione, preferirebbe farlo con più di una persona (42%) o con una sola persona (35%). La possibilità di ottenere un rimborso economico non sembra funzionare da stimolo alla condivisione abitativa: quasi il 12% dei rispondenti vorrebbero un rimborso a integrazione del proprio reddito, e altrettanti vorrebbero un rimborso per l'adeguamento della loro abitazione.

La figura 7 a questo proposito mette bene in evidenza come la decisione di coabitare nasce da un potenziale bisogno di assistenza. La coabitazione con altri anziani e assistente familiare in

appartamento è l'opzione scelta dal 50% degli anziani disponibili, a cui si aggiunge il 23% che indica un'opzione di assistente familiare condiviso/a non convivente, ma di condominio.

Figura 7: Modalità preferite di coabitazione assistita da parte dei rispondenti



3.2. L'indagine qualitativa

Complessivamente sono state effettuate 11 interviste semi-strutturate, coinvolgendo 13 stakeholders del territorio. Le interviste sono state oggetto di analisi e sintesi seguendo quattro principali direttive di indagine evidenziate dagli obiettivi di ricerca: il profilo del territorio e dell'anziano che ci vive; il bisogno degli anziani (autosufficienti e non autosufficienti); la condivisione abitativa e non solo come strategia di vita a casa; e alcuni spunti e proposte per l'innovazione dei servizi. A ciò si aggiunge il tema dell'emergenza COVID-19, emerso spontaneamente nell'effettuazione delle interviste. Vista la rilevanza del tema e del momento storico, in fase di analisi dei dati si è deciso di dedicare uno spazio di riflessione specifico all'impatto dell'emergenza COVID-19 all'interno della riflessione sul bisogno dell'anziano.

3.2.1. Profilo del territorio e dell'anziano che ci vive

Come già anticipato nelle parti precedenti di questo rapporto, il territorio di riferimento dell'indagine è vasto, pertanto la struttura amministrativa dei servizi risulta articolata e frammentata, comprendendo numerosi piccoli Comuni oltre a due capoluoghi di Provincia, facenti capo a differenti ambiti territoriali sociali e distretti sanitari. Ciò determina una parallela frammentazione e diversificazione del profilo del territorio sia in termini di offerta di servizi sia in termini di bisogno rilevato:

“(...) Questo distretto che comprende due aree Vaste dell'ASUR (...), siccome stiamo al confine tra la Provincia di Fermo e quella di Ascoli, però a livello di distretto socio-sanitario è unico, per cui comprende due territori, quelli dell'area vasta 4 che fanno riferimento a Fermo, e quelli dell'area vasta 5 che fanno riferimento ad Ascoli, e quindi alcuni servizi dell'ambito sono integrati, cioè è unico, non c'è una separazione tra territori (...) Poi nell'ambito socio-sanitario interviene l'ambito sociale”. [Int.1]

Alla struttura amministrativa e gestionale si aggiungono anche le Unioni Montane che mettono in condivisione i servizi tra piccoli comuni. Elemento che viene valorizzato come un punto di forza organizzativo:

“(…) È rimasta questa Unione che comprende 5 Comuni dell’ascolano e 6 del fermano. Non si è toccato nulla dopo la separazione delle due Province. (...) lasciare le cose come stavano perché due piccole realtà se le tagliamo in due diventano come? Piccolissime. Non hanno senso né di esistere, né di essere interessanti per le istituzioni per poter dare qualcosa (...)”. [Int.4]

A seguito degli eventi sismici del 2016 e dello spopolamento delle aree interne della Regione, si assiste a una presenza considerevole di persone in età avanzata che necessitano di assistenza e servizi specifici sia per esigenze di salute, che per necessità connesse alla vita quotidiana (la spesa, le pratiche burocratiche, la posta).

Il territorio è segnato anche dalla ridotta disponibilità e accessibilità di strutture sanitarie di prossimità:

“(…) in passato prima della riforma dell’ASUR qui ad Amandola c’era un distretto sanitario, ora non c’è più. Quindi oggi noi ci troviamo con un ospedale di Amandola - che era quello che sopperiva un po’ alle necessità dei paesi montani - terremotato. Non c’è più l’ospedale. Sono riusciti nel tempo a recuperare un po’ di zone, dalla parte nuova dell’ospedale e hanno riaperto un piccolo pronto soccorso, la radiologia, un paio di studi medici...ma comunque i reparti veri e propri non ci sono. Hanno cominciato a costruire l’ospedale nuovo, ma mancano ancora le fondamenta dopo quattro anni e mezzo. Da premettere che i soldi c’erano (...). Cioè, qui uno per fare qualcosa, minimo se va bene ti devi spostare di 20, 25 km andata e ritorno. Il problema è questo. Leggermente più fortunati sono quelli che stanno nei centri più grandi, anche se anche loro soffrono di certe carenze. (...)”. [Int.4]

Infine anche la copertura dei medici di famiglia viene sottolineata come una criticità del territorio:

(...) “Non è che siano molti per coprire tutti questi paesi, sono 6 o 7 e si devono alternare. Se c’è il medico di Amandola che un giorno si dedica a fare i prelievi per l’AVIS, deve chiamare il sostituto. Quindi il suo collega deve coprire anche i suoi, perché è assente per altre funzioni (...) Anche i medici lamentano il continuo correre di qua e di là. Perché hanno un sacco di mutui”.

[Int.4]

Dal punto di vista demografico, le interviste sottolineano la forte presenza di anziani sul territorio, che in alcuni casi, spesso nei Comuni più piccoli, risultano essere la fascia di popolazione predominante:

“(...) dei 3.300 abitanti (...) gli anziani sono la maggioranza, credo un 70% della popolazione, ma abbiamo avuto anche dei centenari”; [Int.8] *“(...) su 11 comuni di riferimento saranno 12mila o 12imila500 gli anziani ... una buona parte della popolazione insomma, gli anziani hanno la prevalenza, saranno circa il 70%”;* [Int.1] *“Qui la percentuale di persone anziane è molto alta;* [Int.4] *“(...) “la nostra popolazione dei 14 comuni di competenza è una popolazione prettamente anziana.”* [Int.9]

La concentrazione di anziani causata dagli eventi calamitosi del 2016 ha segnato il territorio anche dal punto di vista sociale:

“(...) Specialmente dopo il terremoto i giovani... parecchi se ne sono andati e i vecchi sono rimasti (...)” [Int.4]

Ma anche in questo caso la situazione diverge da Comune a Comune:

“(.) le persone anziane che vivono sul territorio non sono molte e sono tutte autosufficienti” [Int.2]

“(...) Nel nostro territorio gli anziani sono attivi e partecipano in maniera attiva alla famiglia e danno un contributo in quanto nonni e contano molto sia dal punto di vista economico e di struttura della famiglia” [Int.10]

Altro punto caratterizzante il territorio nell’ambito di supporto alla popolazione anziana è la centralità della famiglia come principale fonte di supporto:

“le persone un po’ più allettate ma per lo più in questi casi vivono in famiglia (...);” [Int.2] *“(...) Siccome il paese nostro è ancora un paese dove il senso di umanità, di appartenenza alla famiglia è forte, insomma i famigliari diciamo se ne fanno carico [della cura degli anziani] anche se poi c’hanno il lavoro, ecc. (...).”* [Int.3]

Una dimensione familiare che diventa comunitaria, che comporta una forte personalizzazione del servizio territoriale:

“(...) soprattutto nei comuni più piccoli, dove tutti si conoscono, e gli stessi operatori dei servizi e delle istituzioni sono soggetti conosciuti e vicini. “(...) mi conoscono tutti, tutti hanno il mio telefono, mi hanno chiamato anche il giorno di Natale per essere aiutati (...)”. [Int.2,8]

3.2.2. Il bisogno degli anziani

La percezione generale sulla copertura dei bisogni degli anziani diverge in base al punto di osservazione del tema. Gli operatori dei servizi manifestano una certa soddisfazione della tenuta di sistema:

“(...) In realtà sugli anziani siamo abbastanza coperti (...) [Int.2]; “(...) I servizi sono abbastanza buoni, soprattutto quelli domiciliari, poi ora la situazione è più complessa ma l'essenziale riusciamo a coprirlo” [Int. 1]

Al contrario, gli intervistati portatori del punto di vista del cittadino evidenziano maggiormente le zone grigie di non copertura delle esigenze – spesso inesprese - di cura e assistenza degli anziani soprattutto: *“(...) Spesso queste persone [anziane] non sanno neanche di poter usufruire dei servizi. Poi c'è questa sorta di non chiedere, perché tanto poi si sa che non viene dato niente, e quindi poi non chiedono (...) perché spesso si tratta di persone di 80, 90 anni che non hanno quella sfrontatezza di andare a chiedere, cioè quella dignità per cui il problema ce l'hanno ma cercano di risolverlo personalmente” (...).* [Int.3]

Alcune interviste accennano a una necessità di una maggiore pianificazione da parte delle istituzioni locali: *“(...) talvolta le istituzioni faticano a produrre un piano specifico per i bisogni delle persone anziane.* [Int.3]

3.2.3. L'anziano non autosufficiente: soluzioni di cura e bisogno rilevato

Il primo risultato che le interviste fa emergere è che gli anziani autosufficienti vivono in famiglia: *“(...) Non abbiamo tanti anziani non autosufficienti nel nostro Comune, ma quelli che ci sono vivono in famiglia, in caso contrario abbiamo optato per un servizio a domicilio.* [Int.2]

Le interviste sottolineano inoltre, come i servizi di supporto maggiore alla non autosufficienza sono i servizi standard domiciliari, ADI e SAD:

“(...) A domicilio quelli che hanno una maggiore assistenza... abbiamo il SAD che in base alle esigenze eroga l’assistenza, e va in base ai bisogni della persona, igiene e cura della persona, va una/due volte alla settimana, poi l’ambito manda l’ADI”; [Int.1,2,3]. Anche se faticano a coprire il bisogno *“(...) I servizi sociali non ce la fanno; hanno volontà, mancano di mezzi e di uomini.”* [Int.7]. *(...) Attualmente non abbiamo molte opzioni di assistenza attivate, ci affidiamo all’ambito sociale per quello che ci serve, abbiamo qualche SAD attivo* [Int.8]

La copertura del bisogno assistenziale passa, secondo alcuni, attraverso una maggiore integrazione dei servizi:

“(...) quello che ci vorrebbe a mio avviso è un servizio di assistenza maggiormente integrato, un nucleo operativo multi-professionale, che non sia solo sanitario ma anche sociale, (...) non che le singole figure professionali vengano chiamate all’occorrenza e fanno solo la prestazione... fanno quello che possono, e solitamente è sanitario mentre il sociale rimane indietro, ma anche i medici specialisti: non abbiamo un geriatra che va a domicilio, non abbiamo un neurologo che va a domicilio.”[Int.8,9]

L’assistenza privata a pagamento e domiciliare è in ogni caso la soluzione più utilizzata:

“(...) l’ADI arriva dove può. (...)” [Int.4,8]; *“(...) sì, la badante sì, quello ormai è un fenomeno diffuso ed è la nostra principale risorsa (...)”* [Int.1,2,6]. In questo caso viene riportata l’esigenza specifica di una professionalizzazione dell’assistente familiare *“(...) si compensa alle carenze di servizi con la badante a casa, tuttavia abbiamo registrato una necessità che le badanti siano professionalizzate in caso di Alzheimer* [Int.5,8].

Tuttavia le interviste evidenziano alcuni nodi critici relativamente ai servizi privati di cura, perché a volte poco accessibili, nei costi soprattutto:

“(…) Un’esigenza degli anziani non autosufficienti è quella della cura socio-assistenziale accessibile (spesso ci chiedono di avere un servizio badante h24 o di avere ore di supporto, ma è un servizio che non può essere erogato dal pubblico, noi non siamo in grado di offrirlo)” [Int.10]

Il punto di vista degli anziani e delle loro famiglie, offertoci dai testimoni privilegiati, ha anche ricordato le difficili condizioni dei caregiver informali, sottolineando l’impegno che tale ruolo richiede:

“(…) Guarda, per esperienza personale, io ho a casa mia madre che è anziana, faccio tutto io. Lo stesso le persone che vivono in casa, che magari hanno la badante... è perché sopra hanno qualcuno che governa la situazione. Ci sta un figlio, qualcuno che le segue. [Int.1]. La maggior parte dei nostri anziani sono seguiti dalle famiglie, per le loro esigenze, e questo è un cruccio della mia attività (...) a me sarebbe piaciuto attivare un centro diurno. [Int.8]

Su alcuni territori è stata data risposta tramite un assegno di cura: *“(…) Sul nostro ambito, che comprende 31 Comuni, ci sono molti anziani non autosufficienti, per questo abbiamo appena avviato un bando per degli assegni di cura e abbiamo già più di 190 richieste” [Int.10]*

Al contrario, la carenza di offerta residenziale viene sottolineata più volte:

“(…) No, non ci sono strutture residenziali o RSA vicine” [Int. 2]. “(…) l’offerta residenziale? c’è la RSA di Amandola ma ha un bacino molto ampio... 11 Comuni o di più (...). L’hanno spostata diverse volte a causa del terremoto, ma adesso sembra abbastanza localizzata. Poi ci sono altre tre residenze protette (...) Montelparo, Montefalcone, Comunanza. Ma solo una accetta anziani se disabili, le altre due disabili con patologie mentali, che poi possono essere anche anziani, ma non è la loro mission (...) In più a Comunanza esiste anche un centro diurno dove ci sono una ventina di adulti, e anche qui ci sono persone con disabilità mentale. Gli anziani sono tanti e i posti pochi. Insomma, una carenza di residenzialità che abbiamo appurato [Int.4,5].” (...) di case di riposo ce ne sono poche e sono sempre affollatissime” [Int.8]

Una opinione differente emerge da un’intervista: *(...) guardi, sul territorio di riferimento dei 14 Comuni ci sono 4 residenze protette per circa 200 posti, e una RSA per 20 posti; chi va in residenza*

protetta qui è anche chi ha problemi sociali, nel senso che non ha dietro famigliari o tessuto di riferimento, o che magari hanno famiglie ma che non le possono tenere, ma generalmente sono persone sole, o con problematiche in famiglia etc... [Int.9]

Soprattutto, sembra mancare l'offerta specializzata e convenzionata: “(...) *Qualche struttura privata c'è, però è un costo esoso, l'ASL sta arrivando con le convenzioni ma non ha raggiunto tutti i posti. Lei pensi che un ricovero normale senza convenzione sta sui 2.800 euro, con la convenzione siamo sui 1.300, 1.400. Però non tutti i posti sono convenzionati con le ASL. Anche perché adesso qualche struttura è stata aperta, però mancano i convenzionamenti, no???* [Int.1]

Alle pubbliche assistenze è assegnato il ruolo del trasporto assistito. Un aspetto, quello del trasporto, che assume particolare rilevanza in un contesto territoriale caratterizzato da una scarsa densità di offerta di base:

(...) Qui c'è la Croce Azzurra. Qui c'abbiamo l'associazione Croce Azzurra per i Comuni montani, quindi verso l'ospedale di Amandola, verso i poliambulatori... abbiamo i taxi sanitari (...) [Int.1]; Allora servizio di trasporto assistito... devono chiamare per forza la Croce Gialla, o la Croce Azzurra di Santa Vittoria. In generale è abbastanza complicato”. [Int.4] “Per non autosufficienti è molto importante il Trasporto disabili. Mentre i Comuni più grandi hanno il pulmino, quelli piccoli non se lo possono permettere.” [Int.6]

3.2.4. L'anziano autosufficiente: i bisogni e le risposte attive

Le carenze di offerta sanitaria nel territorio si traducono in un bisogno di cura per gli anziani:

“(...) abbiamo qualche problema con la piccola infermeria e assistenza, ad esempio se devi fare un'iniezione intramuscolare qui non c'è nessuno e allora poi vengono dai vari centri medici... gli infermieri vengono in forma privata... e pagati direttamente dall'interessato [Int.3]; “(...) sarebbe auspicabile che i medici di base fossero più presenti con visite programmate per i loro pazienti, senza aspettare la chiamata dei famigliari” [Int.6]. Queste figure, come sottolineato da tutti gli intervistati, rappresentano un punto di riferimento essenziale per la popolazione anziana che a loro si rivolge per avere indicazioni sulle scelte di salute, ma anche rassicurazione e ascolto rispetto a bisogni non necessariamente di tipo sanitario.

Anche in questo caso, un aspetto su cui viene posto l'accento è quello della mobilità, in particolare in relazione alla lontananza dai centri di offerta di servizi essenziali (ad es. l'ospedale). Per questo motivo alcuni intervistati evidenziano l'esistenza di servizi di taxi sociali:

“(...) noi abbiamo un taxi sociale, che adesso abbiamo interrotto per il problema Covid, con tre volontari per prelievi, per terapie, per la spesa subentra questo servizio di taxi sociale” [Int.2,10]. Le esigenze sono queste: primo, trovano difficoltà, ma anche gli stessi famigliari a portare il parente a fare delle visite specialistiche. Perché vivendo in zona montana, lei capisce che non è facile. Perché dove devono andare? Devono andare ad Ascoli, a San Benedetto, a Fermo, a Macerata. (...) Per il discorso dei medicinali alcuni paesi riescono a sopperire bene per la consegna dei medicinali, altri paesi non riescono. Lo fanno strettamente con i famigliari, se ci fosse un aiuto sarebbe meglio. [Int.6]

Come già anticipato a questo proposito, tutti gli intervistati sottolineano l'importante contributo fornito dalle pubbliche assistenze (ad es. Croce Azzurra, Croce Rossa) e dalle associazioni di volontariato del territorio, che sono attive nel fornire servizi di trasporto assistito e assistenza di vario genere alla popolazione.

Il problema delle distanze e del trasporto si pone anche in relazione alle esigenze della vita quotidiana, quali la spesa, l'approvvigionamento di farmaci, ecc. Tali aspetti, come ricordato da una delle testimonianze, possono essere particolarmente problematici per gli anziani soli che non possono contare su reti famigliari o di prossimità:

“(...) Delle volte anche andare a comperare le medicine, o andare a fare la spesa, per chi è solo, diventa un problema. Ci deve essere qualcuno che si fa carico di questo” [Int.3]. “(...) le necessità primaria è la spesa, il pagamento delle bollette e altre necessità quotidiane. I servizi sociali dovrebbero occuparsene, ma sono poco presenti nei Comuni per mancanza di personale. Ma mancano le associazioni sul nostro territorio.” [Int.6]

Molti degli intervistati, quindi, evidenziano la necessità di un intervento di welfare leggero: *“(...) Un intervento di welfare leggero, di assistenza leggera (disbrigo pratiche compagnia, spesa, ecc...) è una domanda che sta aumentando sempre di più” [Int.2,10].*

In questo contesto, gli intervistati sottolineano il potenziale dell'associazionismo e del volontariato a supporto del bisogno del territorio: *“(...) Auser svolge questo servizio sia di trasporto che di supporto al disbrigo delle piccole incombenze, il servizio non è a pagamento, c'è il rimborso chilometrico se il volontario usa la propria macchina” [Int.7]. “(...) Noi abbiamo attivato un servizio di volontariato civico per gli anziani, che serve per uscire, andare in farmacia, fare le visite dal medico, andare a fare la spesa” [Int.8]*

Ma sottolineano anche il mancato coordinamento: *“(...) Le iniziative sono scoordinate anche in questo caso. Ad esempio, 2 anni fa la Provincia di Fermo dava un contributo, per l'organizzazione di attività di socializzazione, ma siccome non sono stati dati criteri generali per l'organizzazione, alla fine è risultato tutto improvvisato” [Int.5]*

A livello di relazioni sociali gli intervistati hanno evidenziato che in alcuni Comuni sono organizzate attività ricreative e orientate al benessere della popolazione più anziana:

“(...) I nostri anziani sono per lo più autosufficienti e per lo più molto attivi, partecipano alle attività ginniche organizzate dal Comune, poi in estate... terme, attività al mare ...e tutte le attività ricreative e di benessere sono molto partecipate. Le gite al mare sono la mattina così poi nel pomeriggio loro possono stare con i nipoti” [Int.2,8].

Un'ultima criticità su cui si soffermano gli intervistati riguarda la solitudine: *“L'esigenza è di andare ogni tanto a trovarli, di farli stare insieme, se hanno bisogno di essere trasportati per esigenze di salute deve essere fatto, e io insisto ancora, ogni Comune deve avere qualcuno di riferimento che si fa carico delle problematiche di queste persone [Int.3.]; “(...) Il bisogno di queste persone è che magari sono un po' depresse [Int.2]; (...) Magari ci sono anziani autosufficienti che magari vivono soli e hanno bisogno di alcune ore di assistenza, ma proprio perché sono soli” (...) [Int.10]; “Ritengo che gli anziani non autosufficienti abbiano soprattutto bisogno di compagnia, di non sentirsi soli a volte basta una telefonata, 5 minuti di chiacchiere [Int.7].*

La carenza di occasioni di socialità per le persone anziane è un altro dei problemi riscontrati dagli stakeholders intervistati. A seguito del sisma del 2016 infatti molti dei centri di aggregazione esistenti sono divenuti inagibili, lasciando questi territori sprovvisti di luoghi fisici d'incontro:

“Per quanto riguarda il discorso del rapporto tra anziani, ripeto, le forme associative erano quelle che funzionavano bene, fino a che non sono successi tutti questi fatti. Funzionavano bene, perché c’era questa coesione, questa solidarietà, ci si incontra, poi si entra nell’amicizia vera, anche tra famiglie ci si aiuta. Rotto questo anello diventa difficile. (...) Per esempio ad Amandola, Comunanza, i centri più grossi, c’erano dei centri sociali per anziani che funzionavano abbastanza bene. Il terremoto ha fatto sì che queste strutture non fossero più agibili. Ancora non si è riuscito a ripartire per sistemarle” [Int.1]; “I bisogni sociali sono questi, vivendo in un posto più isolato, fare aggregazione è più difficile. Ci vorrebbero più centri sociali, magari. Per avere l’occasione di aggregarsi” [Int.4]; “Il centro di aggregazione che avevamo nel Comune, è stato chiuso perché il presidente del circolo ha lasciato e nessuno si sente di prenderne il posto”. [Int. 8]

Ad avvalorare la teoria della potenzialità dei centri anziani, arriva l’esperienza diretta di alcuni intervistati, che sottolineano l’importanza di avere numerosi centri per anziani: *“(...) si perché noi ne abbiamo abbastanza di centri per anziani e assolutamente è un punto da non dimenticare ma da mantenere, è un fiore all’occhiello di cui non dobbiamo dimenticarci.” [Int.10]*

Inoltre, come una delle testimonianze sottolinea, l’assottigliamento delle reti parentali e amicali frequente nella terza età e la residenza in luoghi periferici, distanti dai centri abitati, aggrava ulteriormente la situazione di questi anziani, esponendoli a un rischio maggiore di solitudine e isolamento: *“(...) E poi quell’altra grande problematica, che spesso oggi le famiglie sono così piccole, che chi sta in paese un minimo di socializzazione ce l’ha, però per chi sta ad esempio in campagna diventa più problematico avere occasioni di incontro. [Int.5,7] “(...) socializzare nei centri diurni dovrebbe voler dire stare con la comunità” [Int.5].*

3.2.5. Effetto pandemia COVID-19 sul bisogno del territorio

Le interviste hanno messo in evidenza come l'offerta sul territorio abbia avuto una contrazione di copertura del bisogno, a causa dell'emergenza COVID, sia in termini di servizi formali standard, sia dei servizi di trasporto e welfare leggero, promossi in collaborazione con il terzo settore:

(...) Il COVID ha complicato tutto, a volte è anche difficile intercettare il bisogno assistenziale sanitario, arriviamo un po' più tardi. (...) Anche il coordinamento tra diversi servizi ne ha risentito molto, ad esempio se c'è una dimissione sicura in residenza protetta è difficile coordinarsi con il servizio, perché il monitoraggio che prima si faceva dei diversi casi ora è più difficile (...) mettici anche che è molto più difficile pianificare le attività, e fare i piani personalizzati.” [Int.10]

“(...) Attualmente i [servizi] però si sono ridotti notevolmente, da un anno a questa parte. (...) sono quelli gestiti dall'ambito sociale e con delle integrazioni socio-sanitarie; [Int.1,3] Purtroppo col COVID gli accessi anche agli ospedali sono limitati e quindi si sono ridotte anche le prestazioni, a maggior ragione per gli anziani, che hanno più bisogno”; [Int.1,4] “Il taxi sociale con il COVID è stato interrotto, per mancanza di possibilità di mantenere le norme di sicurezza. [Int.2]

“(...) Beh sì, è un paradosso quasi, ma proprio quest'anno che forse gli anziani hanno ancora più bisogno delle attività di socializzazione, in realtà sono state per lo più interrotte (...).” [Int.8]

Alcune interviste evidenziano che i servizi, in particolare quelli domiciliari, sono stati interrotti dietro richiesta degli stessi anziani: “... perché impauriti dal rischio contagio.” [Int.10]

L'esigenza di far uscire il meno possibile gli anziani del territorio ha fatto emergere bene il bisogno di alcuni servizi, funzionando anche come “incubatore”:

“(...) Un intervento di assistenza leggera (disbrigo pratiche, spesa ecc....) che magari è venuta alla luce da questa cosa del COVID, però sì, potrebbe essere una cosa da consolidare; io di solito per queste piccole faccende mi appoggio ai ragazzi del servizio civile... però in effetti sì, potrebbe essere consolidato”; [Int.2] “Gli interventi che prima venivano fatti dal vicinato e dalla

comunità locale adesso devono essere organizzati, e attrezzati come servizio di rete di supporto agli anziani” [Int.10]

L’emergenza COVID ha fermato anche le attività delle associazioni: “(...) Avevamo dei servizi di trasporto ma non avevamo volontari disponibili e poi non riuscivamo, sa, per la questione sicurezza.” [Int.7]

In alcuni casi invece, il contesto COVID ha dato il via a nuovi servizi: “(...) Il servizio di volontariato civico del Comune lo abbiamo avviato con il COVID, ma abbiamo visto che funziona, quindi è proseguito, e vorremmo farlo diventare un servizio stabile, per ora siamo nella fase di nuova progettazione, capire quante ore a settimana, ora facciamo martedì e sabato; i volontari sono cittadini di tutte le età che si offrono tramite bando, il servizio è gestito comunque direttamente dai servizi social del Comune” [Int.8].

3.2.6. Spunti di innovazione / proposte

Come sottolineato dalle interviste, il territorio rurale-montano rappresenta un luogo dalle particolari criticità per la popolazione anziana, sia per i maggiori rischi di solitudine e di isolamento che comporta, che per le maggiori difficoltà connesse all’accesso alle cure e ai servizi di prima necessità.

Le soluzioni suggerite dagli intervistati vanno essenzialmente nella direzione di un potenziamento dei servizi esistenti:

“(…) essenzialmente mediante il potenziamento di quello che già c’è [Int.1,2]. “(...) Migliorare vorrebbe dire coprire un po’ di più, ma non è una questione di tipo di servizio o iniziativa, ma magari ancora più ampliare la copertura”; [Int.2] “Le risorse sono quelle che sono, perché ci vorrebbe più personale, anche perché il territorio è vasto. Qui i problemi logistici ci sono, perché il territorio è vasto.” [Int.4]

Sulle modalità attraverso cui tale potenziamento dovrebbe essere implementato, i suggerimenti sono differenti. Ad esempio, un intervistato suggerisce l’importanza di aumentare il numero di strutture residenziali convenzionate, prevedendo al loro interno anche servizi di ospitalità diurna per ovviare al problema della carenza di luoghi di incontro per gli anziani: “(...) Ecco cosa

bisognerebbe fare, avere più posti in convezione; sa quanto costano i posti in residenza? 2.400-2.500, in convezione arrivano a circa 1.200 e un anziano con l'accompagnamento e la pensione ce la fa” [Int.4]

Una seconda indicazione è quella di migliorare la capacità progettuale degli enti locali per mettere a punto dei piani adeguati a leggere i bisogni della popolazione anziana e per reperire le risorse necessarie a finanziarli:

“(…) sì, perché lavorare bene sulle esigenze degli anziani del territorio valorizzando i punti di forza, potrebbe anche alimentare un processo virtuoso di sviluppo del territorio (ad es: turistico) che potrebbe portare al ripopolamento anche delle zone”; [Int.10]

“(…) I Comuni dovrebbero avere dei piani specifici per gli anziani. Ecco, dovrebbero pianificare anche sul lungo periodo” [Int.3].

Infine, viene menzionata l'importanza di rafforzare ulteriormente le reti territoriali e la cooperazione tra Comuni e organizzazioni del terzo settore, affinché si proceda in modo sempre più efficace verso l'elaborazione di soluzioni condivise ai problemi del territorio:

“(…) Purtroppo i servizi sociali nei Comuni dell'area montana non funzionano, nel senso che non hanno risorse. Ad Ancona hanno i servizi sociali con un assessore predisposto e un budget, invece i Comuni più piccoli non ce l'hanno. Allora, se è così, superiamolo con l'aggregazione dei Comuni, in questo caso, da noi, la Comunità Montana, magari creando qualche centro, però poi dobbiamo collegare i trasporti, oppure sul posto, questi centri che sono da ricovero rendiamoli anche diurni. Questa è una tematica che ha tante sfaccettature, ma il tutto è collegato alle risorse.” [Int.1]

“(…) I Comuni dovrebbero promuovere e stimolare la nascita di certe associazioni e proporre una rete tra associazioni. Per avere una risposta seria a tutte queste problematiche occorre che i servizi siano presenti sul territorio sette giorni su sette con personale a disposizione adeguato per ogni forma di assistenza.” [Int.5,10]

La proposta di un coordinamento territoriale dei diversi soggetti sul territorio si arricchisce con la proposta di *“(...) un sistema di monitoraggio sul territorio, affinché ogni giorno tramite telefono o altri mezzi di comunicazione si ascoltino i bisogni degli anziani, sia di tipo medico o di altre necessità, con personale qualificato coordinato dai servizi sociali.” [Int.6]*

Concretamente e a livello operativo, la proposta di fare rete assume la forma di un centro che funzioni da antenna polifunzionale della risposta di assistenza: *“(...) Io penso a un centro dove diverse figure possano essere operative (ad es. infermiera, OSS, logopedista, fisioterapista, assistente sociale) e che in base alle richieste e alle esigenze anche dei familiare... il singolo professionista va e fa la prestazione, ma anche che faccia formazione ed educazione ai famigliari che così possono acquisire le competenze minime di supporto all’assistenza.” [Int.8]*

Per la solitudine diverse sono le proposte, perché *“(...) si tratta di soddisfare le esigenze variegata degli anziani, non tutti amano fare la stessa cosa. Favorire passeggiate, oppure bocce e ballo liscio, tutti momenti di socializzazione. Un’attività dell’Auser è la seguente: danno un tema per scrivere un racconto e successivamente una commissione premia il migliore; si tratta di una attività per coinvolgere gli anziani confinati a casa durante la pandemia COVID” [Int.7].*

Alcuni sottolineano come le esigenze sarebbero soddisfatte facilmente attraverso la riapertura dei centri per anziani [Int.4]. A ciò si aggiunge la proposta concreta di centri diurni quale supporto di assistenza diretta per l’anziano, ma anche per il familiare: *“(...) io vorrei un centro diurno, quello che io chiamo un asilo per nonni, che aiuti le famiglie, che di giorno possono avere da lavorare, magari nelle fabbriche; qui ce ne erano tante nel settore calzaturiero, e avere la possibilità di portare i nonni al centro durante il turno di lavoro sarebbe molto importante; lì potrebbero essere assistiti, magari prendere le medicine anche, ma soprattutto per loro sarebbe stare in compagnia, non sentirsi soli e per il familiare... è tranquillo, si sentirebbe sicuro... che il suo caro è protetto... e potrebbe dedicarsi al suo lavoro”;* [Int.8]

3.2.7. La condivisione a supporto del vivere a casa

Rispetto alla tematica del co-housing le opinioni emerse sono varie. Da un lato c'è chi ritiene questo modello poco applicabile nel contesto territoriale di riferimento, sia per una maggiore consuetudine delle famiglie a gestire le esigenze di assistenza dei propri membri anziani al proprio interno, sia per ragioni di ordine “culturale”, che renderebbero la condivisione abitativa con degli estranei una soluzione poco accettabile per gli anziani di queste aree:

“Qui è tutto circoscritto in famiglia, fare co-housing lo vedo difficile qui. A parte l'esperienza nuova, l'anziano che poi ha delle problematiche, difficilmente si sposta da casa;” [Int.1,8,9] “Qui ci conosciamo tutti e la rete sociale funziona.” [Int.2]

“(…) Poi c'è anche da vedere la tipologia, il nostro anziano qua delle zone interne è poco “evoluto”, nel senso che è stato limitato nei contatti, per cui questo a 80 anni... metterlo in una situazione nuova non è facile, se la deve sentire lui. Sono persone più chiuse (…)” [Int.3]

“(…) Non conosco il funzionamento di coabitazione tra persone autosufficienti, ma penso che nei nostri territori, dove la quasi totalità delle persone possiede un'abitazione di proprietà, non siano disposti a una forma di coabitazione;” [Int.6] “So già che mi direbbero: ma chi li conosce? Ma dai, io mi devo mettere in casa una persona che non so chi è?” [Int.8,10]

“Guardi, per paradosso devo dirle che abbiamo notato che nel nostro territorio le coabitazioni private sono difficili, per diffidenza. A volte è più facile che l'anziano subito sia più disponibile e poi interviene la famiglia che ha paura che la persona in casa diventi un riferimento affettivo... e quindi ci sono difficoltà soprattutto se i figli abitano distanti... ci è capitato che una volta messa in moto la macchina della coabitazione, i figli si sono presi i genitori e portati via a vivere con loro. Ma certo la coabitazione solidale è un tema importante su cui bisogna lavorare.” [Int.11]

Chi è contrario al co-housing immagina, in alternativa, soluzioni differenti:

“(…) forse si risolve (meglio) allora con la struttura convenzionata, che (l'anziano) va lì a giocare a carte due ore e poi torna a casa, non so. Sui centri grossi (il cohousing) potrebbe funzionare, lì dove c'è varietà, dove c'è tanto volontariato;” [Int.1]

“(...) Per esempio, ad Amandola, Comunanza, i centri più grossi, c'erano dei centri sociali per anziani che funzionavano abbastanza bene. (...) non ci fosse stato il terremoto non ci sarebbero stati problemi. Ancora non si è riuscito a ripartire per sistamarle; [Int.4]

“(...) Secondo il mio parere è necessario riorganizzare i centri sociali per anziani, trasformandoli in residenza giornaliera, dove le persone autosufficienti vengono ospitate per tutta la giornata e possono partecipare a varie attività programmate (attività motoria, giochi di società e attività culturali). All'interno può anche essere monitorato lo stato di salute degli ospiti, magari attraverso del personale qualificato. Questo sistema potrebbe sostituire in parte la forma di co-housing.” [Int.6]

“(...) bisogna trovare altre soluzioni di coabitazione... tipo in condominio... noi vorremmo attivare il custode di quartiere, ma siamo ancora indietro” [Int.10]

Altri esprimono invece un parere favorevole verso questo tipo di esperienza, che potrebbe rappresentare un buon modo per migliorare la qualità di vita degli anziani, in particolare se soli, fornendo loro occasioni di condivisione e relazionalità, oltre che il supporto di cui necessitano:

“Come idea, senz'altro. La vedo applicabile, anche perché da noi per esempio c'è una struttura, un ex ospedale, certo dopo lì c'è da fare qualche miglioramento, poi c'è una scuola pure che non è utilizzata. I posti ci sarebbero. Considerando il paese i posti ci sarebbero;” [Int.3] *“(...) Per come la vedo io, prima di tutto perché questi anziani stanno insieme, si ritrovano insieme, magari con le stesse problematiche ecc. con qualcuno ovviamente che li aiuta. Stando un po' insieme riescono a comunicare meglio.” [Int.5]*

Alcuni intervistati sottolineano l'importanza di una buona organizzazione e attenzione alle specifiche esigenze: *“(...) Bisogna proporre il co-housing in modo appropriato, non così semplicemente, ma facendo un percorso di informazione e con tutte le garanzie riguardo alla gestione e alla sicurezza, sarebbe una risorsa, risolverebbe molti problemi di queste persone, dalla solitudine ai problemi economici. È complicato ma, secondo me, si può fare.” [Int. 5]*

Nella riflessione sulla condivisione è emerso anche l'interesse per una forma condivisa dell'assistenza familiare:

“(...) se ci fosse una forma di assistenza stile badante di vicinato potrebbe essere una buona idea, anzi sarebbe splendida.” [Int.8]

“Non è necessario coabitare, noi stiamo cercando di fare sempre più delle équipe territoriali che si occupino delle fragilità, per l’osservazione delle fragilità, l’idea è quella di creare dei nuclei stanziali perché afferiscono ad un preciso territorio, e allo stesso tempo si muovono nei domicilio, come se fosse un domicilio diffuso, e i compiti non sono solo quelli di assistenza, ma anche di animare le relazioni;” [Int.10]

Sul territorio ci sono già alcune esperienze concrete:

“(...) A Osimo e Pesaro, esistono esperienze di co-housing gestite da Auser e lo usano tanto. Anche a Fermo potrebbe avere successo, ci sono tanti anziani con case grandi che stanno da soli; lo vedo positivamente, si tratta spesso di case avute in eredità troppo grandi e gli anziani non riescono a gestirle per i costi troppo alti. Inoltre sarebbe in qualche modo sopperire alla mancanza di compagnia.” [Int.7]

“Auser Marche porta avanti l’idea del condominio solidale oltre che quello della coabitazione in domicilio. E l’esperienza si sta aprendo ad altri territori delle Marche, Ancona, Chiaravalle, Pesaro ecc.” [Int.11]

“(...) Nelle coabitazioni private gli anziani sono over 75 autosufficienti. Poi in alcune occasioni se la persona necessita di un aiuto specifico continuativo (...) tipo mi devi preparare da mangiare tutti i giorni, allora è calcolato un forfait orario e diario e viene fatto un contratto, che comunque è sempre parziale. Il convivente è solitamente un altro adulto. La coabitazione è supervisionata per 18/24 mesi. In generale il punto di forza è il passaggio di una cultura sociale di bisogno e risorsa... dove sono un portatore di bisogno sono anche una risorsa, cosa particolarmente importante per gli anziani che mettono in campo, riattivandole, molte risorse residuali, a volte rimandando il ricovero in RSA, le coabitazioni portano la comunità in casa” [Int.11]

“(...) nel condominio solidale invece, ospita 16-18 persone... è una comunità mista, e ospita persone segnalate dai servizi sociali, mentre gli adulti hanno dei piani di autonomia semestrali,

per gli anziani noi li seguiamo fino a che non subentra la non autosufficienza. Le relazioni tra gli ospiti sono improntate ai principi di solidarietà, di supporto l'uno verso l'altro e sono tenute ad azioni concrete di solidarietà, inserite nel patto di coabitazione... tipo (fare la spesa alla vicina, o dividerla in cambio del fatto che l'altra cucini, oppure una mamma che lavora chiede supporto per tenere la bambina a una vicina... queste piccole attenzioni). Poi ad esempio c'è un anziano da noi che era autosufficiente fino a 20 giorni fa, poi un tracollo cognitivo, in attesa di trovare altre soluzioni adeguate, le signore del condominio si sono attivate e hanno fatto cerchio intorno a lui... è un mettere in circolo risorse... (...) L'abitazione è sovvenzionata dal Comune e da forme di compartecipazione. Il punto di forza del condominio sociale è offrire una ospitalità mista, con una struttura molto più agile rispetto ad altri centri di accoglienza, inoltre non c'è un approccio assistenzialistico” [Int.11]

4. Conclusioni

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di fornire indicazioni utili ad un percorso di rafforzamento dell'offerta di servizi sociali a favore degli anziani non autosufficienti e dei loro familiari, e della promozione dell'invecchiamento attivo. I risultati e gli spunti di riflessione emersi dall'indagine offrono informazioni e validi suggerimenti in merito ai servizi maggiormente utilizzati, così come alle necessità e preferenze degli utenti, e le criticità espresse dagli stakeholders, nell'ottica di un miglioramento e sviluppo aderente alle reali necessità del territorio.

Il profilo dei rispondenti, di età avanzata ed in condizioni di autosufficienza e buona salute, di cui buona parte vive con i propri familiari e per la quasi totalità in case di proprietà, evidenzia un contesto di vita in cui l'anziano gode di buona protezione e del supporto familiare. Le aree di bisogno assistenziale maggiormente indicate dai rispondenti riguardano le attività domestiche e la mobilità esterna, rispetto alle quali la famiglia svolge un ruolo centrale come erogatore principale di cure. I familiari attendono anche alle altre necessità quotidiane, mentre nei rari casi di presenza di un assistente privato o di una badante essi svolgono attività di vigilanza e di accompagnamento nella mobilità domestica ad anziani non autosufficienti. Coerentemente, circa l'80% dei rispondenti dichiara di poter contare su un livello medio-alto di supporto.

Non bisogna trascurare il fatto che l'impegno dei familiari nell'accudire gli anziani può talvolta essere gravoso. Uno dei problemi maggiormente evidenziati nelle interviste qualitative riguarda la mobilità esterna degli anziani. Le case degli anziani mancano spesso di adeguamenti architettonici, (rimozione delle barriere, scale, mancanza di ascensori) che contribuiscono a limitare la loro autonomia. Emerge poi la necessità di trasporto assistito, in particolare in relazione alla lontananza dai centri di offerta di servizi essenziali (ad es. l'ospedale). Le associazioni spesso non riescono a coprire le richieste, e la promozione di servizi come il taxi sociale è molto auspicata. Soluzioni di welfare leggero e attività di socializzazione per gli anziani possono anch'esse offrire un sollievo alle famiglie e agli anziani stessi. Le testimonianze emerse dall'indagine qualitativa sottolineano in particolare la carenza di occasioni di socialità a seguito del sisma del 2016, a causa del quale molti dei centri di aggregazione esistenti sono divenuti inagibili, lasciando questi territori sprovvisti di luoghi fisici d'incontro.

Le coppie di anziani conviventi, nonché gli anziani che vivono da soli, questi ultimi pari a quasi un quarto degli intervistati, costituiscono un segmento al quale andrebbe rivolta particolare attenzione. Esiste infatti un effettivo rischio che queste persone si trovino attualmente in condizioni di solitudine e di isolamento sociale, e che la loro situazione possa peggiorare in caso di perdita di autonomia negli anni a venire. Infatti, situazioni psicologiche critiche sono emerse a seguito distanziamento forzato subito dagli anziani durante la pandemia, con l'insorgenza di difficoltà nei rapporti con familiari, amici e con il vicinato, ossia i contatti più prossimi della loro esperienza quotidiana. Risulta significativa, dalle testimonianze qualitative, l'iniziativa delle associazioni di volontariato nel sostenere gli anziani attraverso l'attività dei punti di ascolto, finalizzati a fornire sostegno psicologico e pratico nella situazione di emergenza. Riallacciare i legami interpersonali con attività di formazione da remoto sono state iniziative importanti. Per il futuro, gli intervistati auspicano la promozione di progetti buon vicinato e centri di aggregazione in raccordo con i servizi sociali dei Comuni.

Anche una maggiore diffusione di competenze digitali e familiarità verso alcune tecnologie meno fruibili dagli anziani, potrebbe essere utile per diminuire l'isolamento sociale e consentire l'accesso diretto alle informazioni. Durante la pandemia da COVID-19, infatti, gli intervistati

hanno subito peggioramento delle condizioni psicologiche e della qualità della vita, evidenziando problematiche nei rapporti sociali e nella fruizione e/o accesso ai servizi sanitari non connessi all'emergenza. Telefono cellulare e smartphone sono gli strumenti tecnologici più usati per tenersi in contatto con i propri familiari, mentre solo un terzo del campione ha usato i social media anche per avere informazioni su attualità ed emergenza sanitaria.

Legati al modello familiare tradizionale, in cui i bisogni di cura e socializzazione sono delegati alle famiglie, nonché alle forme di proprietà classica dell'abitazione, molti dei rispondenti non pensano alla possibilità di una coabitazione assistita per le necessità future. Coloro che mostrano interesse sono motivati soprattutto dal fatto di aver già avuto a informazioni riguardo ai vantaggi e alle caratteristiche di questo nuovo paradigma abitativo. Informare sulle caratteristiche del co-housing, ad esempio sui vantaggi del vivere insieme così come sul tema della privacy garantita da spazi privati, tenendo conto delle loro preferenze (tipologia di abitazione, numero di coabitanti, assistenza), sarà pertanto importante per la progettazione di questo servizio.

Dalle testimonianze qualitative emergono ulteriori suggerimenti. Le ragioni di tipo culturale, in un territorio abituato ad assistere gli anziani a casa e con una certa diffidenza verso una convivenza con persone estranee, sembrano suggerire una più facile applicazione di altre forme di condivisione, quali la badante condivisa, il condominio solidale, il custode di quartiere. D'altro canto, si suggerisce anche che, nei centri più popolati e con maggiore varietà di situazioni, il co-housing potrebbe essere un modo per venire incontro a molti problemi degli anziani, dalla solitudine alle difficoltà economiche. Sarà altresì importante spiegare come e perché il cohousing rappresenti una valida alternativa per gli anziani, fornendo dettagli sulle garanzie riguardo alle modalità organizzative e di gestione, nonché rispetto al livello di sicurezza garantita agli ospiti sotto i vari punti di vista che possono generare diffidenza verso questa soluzione.

Mentre l'indagine quantitativa ci ha fornito prevalentemente indicazioni sulla situazione di anziani del territorio dotati di un buono stato di salute, dall'indagine qualitativa emergono, con riferimento all'intero Ambito Territoriale Sociale, diverse problematiche relative all'assistenza agli anziani in condizioni di non autosufficienza. Una diffusa presenza di anziani non autosufficienti e malati di

Alzheimer che vivono in famiglia solleva tutte le problematiche a ciò connesse. I servizi di supporto maggiore in tale ambito sono rappresentati dai servizi standard domiciliari, ADI e SAD, che tuttavia non sono sufficienti, a causa di mancanza di personale e risorse adeguati, a coprire tutti i bisogni assistenziali delle famiglie, e vengono pertanto integrati dall'assistenza a pagamento, spesso molto gravosa per le risorse familiari. Nei casi gravi, la famiglia affronta grandi difficoltà a provvedere da sola alle necessità assistenziali e di cura, anche perché non trova un'adeguata offerta di posti letto presso le strutture residenziali del territorio.

Le testimonianze evidenziano la grande richiesta di servizi alle associazioni di volontariato presenti sul territorio, impegnate per far fronte alle esigenze assistenziali cui possono meglio rispondere, come ad esempio il trasporto assistito degli anziani presso i servizi sanitari, le attività di contrasto all'isolamento sociale, e i servizi di welfare leggero (approvvigionamento di medicinali, consegna della spesa, disbrigo di pratiche), la cui richiesta è crescente anche da parte degli anziani autosufficienti. Infine, le soluzioni suggerite dagli intervistati per migliorare i servizi di assistenza sottolineano la necessità di un potenziamento dei servizi esistenti, ad esempio migliorando la capacità progettuale degli enti locali, e rafforzando ulteriormente le reti territoriali e la cooperazione tra Comuni e organizzazioni del terzo settore. Il centro diurno può essere una forma concreta e fattibile di assistenza diretta non solo per l'anziano ma anche per il familiare.

Al di là dei singoli interventi, al fine di assicurare livelli adeguati di assistenza sarà in ogni caso necessario prevedere una strategia sinergica di integrazione tra gli stessi, individuando, da un lato, come meglio sostenere la rete informale basata sulle risorse familiari attraverso misure a carico del settore formale pubblico-privato, e dall'altro spingendo al massimo il coordinamento tra servizi sanitari e socio-assistenziali. Solo così si potrà sperare di poter dare un contributo sostanziale al superamento della condizione di isolamento in cui molti anziani e le loro famiglie si trovano ad affrontare le sfide che l'invecchiamento comporta, in un territorio segnato dall'ulteriore, indicibile peso del sisma del 2016.



Appendice

Box Le interviste semi strutturate: le domande

1. Come prima cosa le chiedo gentilmente di presentarsi e di delineare il suo profilo di esperto (qualifica professionale, istituzione in cui opera, gli obiettivi del suo lavoro/ intervento ...che rapporto ha con la dimensione della cura / assistenza territoriale agli anziani?
2. Avendo la finalità di individuare specifici bisogni della popolazione anziana sul vostro territorio, le chiedo innanzitutto di aiutarmi a delineare, in base alla sua esperienza, il profilo dell'anziano che vive sul suo territorio e che afferisce al suo servizio (esempio range di età media, autosufficiente/ non autosufficiente, vive solo, etc.)
3. In base alla sua esperienza, se pensa agli anziani del territorio, quali sono i bisogni sociali e di cura principali? quali di questi trovano un riscontro attraverso servizi (formali e / o informali) e quali bisogni non trovano un riscontro?
4. Secondo lei i servizi territoriali (in primis quello di cui è referente) in che modo riescono a rispondere ai bisogni che ha appena delineato?
5. Quali strategie o modalità di intervento, potrebbero essere impiegate per migliorare la risposta al bisogno? (motivare e descrivere le caratteristiche che dovrebbe avere).
6. Quali elementi di innovazione, intesa anche come innovazione sociale (quindi che produce un impatto in termini di qualità della vita, miglioramento della copertura del bisogno, e un miglioramento della rete di interazione e collaborazione) promuovono? (motivare la risposta).
7. In caso di avvio di un intervento di esperienza di co-housing sul territorio di sua competenza, pensa possa essere una risposta efficace che trova un riscontro positivo da parte della popolazione (motivare la risposta)
8. Proviamo a fare un lavoro di co-progettazione ipotetica
Quali sono le caratteristiche specifiche che secondo lei dovrebbe avere? (chiedere di argomentare la risposta per ogni caratteristica individuata) (target, caratteristica della co abitazione, livello di assistenza socio assistenziale)
9. Pensando al sistema dei servizi e all'offerta esistente sul territorio, quale tipo di rapporto (interazione/ collaborazione etc.) pensa ci possa (debba) essere tra l'esperienza del co-housing e i servizi domiciliari e territoriali?
10. Se e quali elementi di innovazione, intesa anche come innovazione sociale, produrrebbe un'esperienza di co-housing così delineata sul vostro territorio? (motivare la risposta).
11. Le viene in mente qualche cosa da aggiungere?