

| | | |
|---|--|--|
|  | CENTRO LOCALE PER LA FORMAZIONE ASCOLI PICENO |  Provincia Ascoli Piceno |
| | SEZIONE STACCATA DI AMANDOLA | Medaglia d'Oro al Valor Militare per attività partigiana Settore Formazione Professionale e Politiche Attive del Lavoro |

Ottobre 2004

Analisi dei fabbisogni formativi nell'Assistenza Domiciliare nell'Ambito della Comunità Montana dei Sibillini

relazione a cura del

dott. Roberto Di Blasio,

consulente politiche sociali ed educative

dr. robertodiblasio@virgilio.it

1

Indice della relazione:

| | | |
|---------|---|--------|
| Cap. 1. | Premessa ad una analisi sullo stato di organizzazione dei servizi di assistenza socio sanitaria per gli anziani nella Provincia di Ascoli Piceno | Pag. 3 |
| Cap. 2. | Breve scheda comparativa delle condizioni sociali di vita degli anziani nelle province della Regione Marche | 4 |
| | <i>Provincia di Ancona</i> | |
| 2.a. | 1. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana</i> | 4 |
| | 2. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle</i> | 5 |
| | <i>Provincia di Ascoli Piceno</i> | |
| 2.b. | 1. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana</i> | |
| | 2. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali</i> | |
| | <i>Provincia di Urbino</i> | |
| 2.c. | 1. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana</i> | |
| | 2. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali</i> | |
| | <i>Provincia di Macerata</i> | |
| 2.d. | 1. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana</i> | |
| | 2. <i>Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali</i> | |
| Cap. 3. | Note sull'analisi territoriale dell'invecchiamento in Italia | |
| Cap. 4. | Analisi demografiche nella realtà della Comunità Montana dei Sibillini | |
| Cap. 5. | L'Assistenza Domiciliare Integrata nella legislazione della Regione Marche | |
| 5.1. | <i>Definizione dell'utenza</i> | |
| 5.2. | <i>Strumenti per la valutazione della non autosufficienza</i> | |
| 5.3. | <i>Organizzazione dell'intervento</i> | |
| 5.4. | <i>Ammissione al servizio</i> | |
| 5.5. | <i>Strumenti informativi</i> | |
| Cap. 6. | Note sulla Valutazione multidimensionale (V.M.D) | |
| Cap. 7. | Analisi dei bisogni degli anziani campione coinvolti nell'indagine nella Comunità Montana dei Sibillini. | |

Premessa ad una analisi sullo stato di organizzazione dei servizi di assistenza socio sanitaria per gli anziani nella Provincia di Ascoli Piceno

Il tema dell'assistenza agli anziani rappresenta uno dei capitoli più strategici dell'intervento sanitario, anche alla luce dei nuovi assetti di riforma del Sistema Sanitario Nazionale.

Pur ponendo l'obbligo ineludibile di una razionalizzazione della spesa, lascia aperta la sfida per un miglior utilizzo delle risorse nonché, contemporaneamente, per una maggior qualificazione dei servizi ed una maggior omogeneità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

La caratterizzazione puntuale, in una specifica area geografica, delle strutture e dei servizi per anziani – basata su elementi relativi all'organizzazione, alle connessioni di rete, alla complessità assistenziale, alle prestazioni erogate, alla tipologia e al numero dei pazienti in carico, alle risorse umane impegnate, ai costi ed ai finanziamenti – insieme alle informazioni relative alla domanda di assistenza di cui la popolazione anziana è portatrice, permetterà un'analisi approfondita della globale configurazione assistenziale nell'area di indagine, con le conseguenti valutazioni di adeguatezza – riferita all'effettivo soddisfacimento del bisogno e ad elementi di qualità del sistema – e di impatto economico.

Le informazioni e i dati raccolti nel seguente lavoro, letti anche all'interno del nuovo quadro assistenziale prefigurato dalla legge 328/2000¹ di riforma dell'assistenza sociale e delle indicazioni dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, contribuiranno all'elaborazione di un modello gestionale - organizzativo che, privilegiando le dimensioni della continuità e dell'integrazione, sia volto all'efficacia della risposta assistenziale nei confronti degli anziani non autosufficienti.

¹ Legge 8 novembre 2000, n. 328 "**Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186.

La rilevazione e la caratterizzazione dell'offerta di strutture e servizi territoriali per anziani nel territorio della Provincia di Ascoli Piceno, ed in particolare nell'Ambito Territoriale 21², permetterà un'analisi descrittiva dell'esistente e un approfondimento dei livelli d'applicabilità del progetto formativo elaborato dal Centro Locale.

Breve scheda comparativa delle condizioni sociali di vita degli anziani nelle province della Regione Marche³

La pubblicazione del Ministero degli Interni, a cadenza biennale - "*Problematiche ed iniziative relative alla popolazione anziana in Italia e sul censimento delle strutture di accoglienza*" -, individua per ogni provincia gli anziani presenti sul territorio, le problematiche e le iniziative che vengono adottate a livello locale in favore della Terza Età, sia da parte degli Enti locali che dal privato sociale nonché dal volontariato, con interventi di assistenza domiciliare, inserimento lavorativo, attività culturali, attivazione di Centri sociali.

Si tratta di un monitoraggio delle diverse condizioni sociali di vita che mette in evidenza difficoltà e problemi legati anche alle differenti collocazioni ambientali (chi vive in un paesino di montagna è più disagiato di chi vive in un grande centro urbano) e che stimola quindi interventi ed iniziative da parte degli Enti locali.

Provincia di Ancona

1. Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana

La popolazione della provincia, in linea con il trend nazionale, è caratterizzata da un costante e progressivo invecchiamento.

² Sono compresi nell'ambito, i Comuni di Amandola (comune capofila), Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matemano, Smerillo

³ Fonte: Ministero degli Interni, Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, anno 2004; www.interno.it/sezioni/attivita/s_000000079.htm

Aumenta anche il numero degli anziani che vivono soli, nonché il numero di coloro che si trovano in condizioni di compromissione funzionale, con conseguente parziale o totale non autosufficienza.

Non si riscontrano casi eclatanti di emarginazione. Si registra qualche caso isolato di suicidio di anziani, per lo più affetti da depressione.

2. Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali

Gli organi pubblici dimostrano un costante impegno al fine di promuovere e favorire l'integrazione dei servizi volti ad elevare la qualità di vita della popolazione anziana, anche se gli stanziamenti per questi servizi si rivelano ancora insufficienti.

I gruppi di volontariato rispondono alle esigenze in modo sufficiente.

Provincia di Ascoli Piceno

1. Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana

Il costante aumento della popolazione anziana sembra attestarsi sui valori nazionali, va evidenziato che rispetto al passato un'alta percentuale di questa popolazione sta bene (circa 90%) e solo una piccolissima percentuale, attestata intorno al 9% circa, ha problemi, in particolare l'1-2% non è autosufficiente.

Si denota una maggiore presenza di anziani nei comuni di piccole dimensioni (Castignano, Massignano e Monsampolo del Tronto); la maggior parte di essi vive in famiglia o con una rete parentale e di vicinato che offre adeguata assistenza e solidarietà con conseguente mancanza di problemi di emarginazione ed isolamento.

2. Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali

Si registra una buona sensibilizzazione degli organi pubblici limitata però dalla carenza delle risorse finanziarie disponibili.

Le amministrazioni pubbliche locali e il sistema dei servizi stanno cercando di modificare il modello culturale di riferimento: l'anziano è una risorsa, non un problema da risolvere; la prevenzione degli stati invalidanti diventa la linea conduttrice di una previdente politica socio-sanitaria.

I maggiori comuni della provincia hanno orientato la loro politica di intervento in favore della terza età secondo queste direttrici:

1. servizi per la prevenzione e la socializzazione;
2. servizi assistenziali e di mantenimento;
3. servizi protetti riabilitativi e di mantenimento.

I gruppi di volontariato, dove presenti, hanno risposto parzialmente alle esigenze locali con interventi parcellizzati e senza raccordo con le politiche di intervento pubblico.

Provincia di Pesaro - Urbino

1. Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana

Le problematiche connesse all'invecchiamento sono affrontate in maniera diversa a seconda che trattasi di comuni piccoli dell'entroterra e delle zone montane, con limitatissime risorse finanziarie, o medio-grandi della costa.

Nei primi, sostanzialmente carenti di strutture socio-sanitarie, la maggior parte degli anziani vive nell'ambito familiare, ove trovano aiuto e sostegno.

A quelli soli e bisognosi viene offerto, a seconda delle possibilità economiche del comune stesso, un servizio di assistenza domiciliare, gratuito o parzialmente oneroso, nel rispetto della loro autonomia e come supporto integrativo del ruolo assistenziale dei familiari consistente in un aiuto per il governo della casa, per la cura della persona, per l'espletamento delle attività relazionali, con interventi finalizzati a rimuovere situazioni di emarginazione.

L'assistenza domiciliare è parso l'intervento più idoneo ed efficace per consentire ad ogni persona un minimo di autosufficienza garantendo la permanenza nel proprio ambiente, evitando lo sradicamento della persona dal proprio contesto socio-culturale.

L'intervento è stato affiancato, in alcuni comuni, da un servizio di "assistenza leggera" riservata agli ultrasessantenni, che si effettua tramite gli obiettori di coscienza, ove possibile e, raramente, tramite gruppi di volontariato e consiste nell'accompagnamento a visite mediche, acquisto e ritiro medicinali e, in genere, per la soluzione di modesti problemi quotidiani.

Nonostante le limitate risorse finanziarie, molti comuni hanno adottato l'iniziativa di contribuire, in proporzione al reddito dell'utente, al pagamento delle spese di trasporto pubblico e di soggiorni climatici in località montane o marine, nonché al parziale rimborso di spese sanitarie sostenute per l'acquisto di medicinali, visite specialistiche, esami di laboratorio ecc.

In sostanza, non sono emerse, nell'anno 1998, particolari problematiche connesse alla presenza della popolazione anziana, la maggior parte degli anziani presenti sul territorio può contare, infatti, sulla presenza e sul sostegno dei familiari, con conseguente mancanza di problemi di emarginazione ed isolamento. La ristretta dimensione dei centri abitati, inoltre, permette alla popolazione di mantenere rapporti amichevoli frequenti e costanti.

2. Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali

Gli enti pubblici dimostrano, nel complesso, un impegno soddisfacente nei confronti dei bisogni della popolazione anziana. Nei centri più grandi, quelli sulla costa, i servizi offerti agli anziani sono più numerosi e articolati, rispetto a quelli dei piccoli comuni dell'entroterra, mentre è più acuto il problema dell'emarginazione a causa dei maggiori impegni lavorativi dei familiari.

I Servizi organizzati dai comuni consistono in Assistenza domiciliare integrata, Servizio di assistenza domiciliare, Assistenza economica, Centro per anziani autosufficienti, Integrazione rette per ricoveri in Case di riposo, Mensa per anziani, Vacanze per anziani, Attività per il tempo libero organizzato con i Clubs Anziani, Rilascio tessere per il trasporto a tariffa agevolata, Tessere per riduzione ingresso sale cinematografiche, Orti per anziani, Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro Diurno per anziani, parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Anche l'attività delle associazioni di volontariato (A.V.U.L.S.S. e A.U.S.E.R. "Filo d'argento") è più diffusa nei centri della costa, dove hanno instaurato rapporti di collaborazione non codificati con i comuni.

Nell'entroterra si riscontra solo la presenza della Caritas.

Le associazioni intervengono, per il singolo caso, per compagnia e sostegno sociale in strutture ospedaliere e a domicilio, ma è stata riscontrata maggiore difficoltà nel reperire personale disponibile a svolgere assistenza domiciliare, soprattutto quando sono richieste prestazioni inerenti la cura delle persone assistite.

Provincia di Macerata

1. Valutazione complessiva a livello provinciale sulle problematiche emerse, connesse alla presenza di popolazione anziana

In questo ambito provinciale la percentuale degli ultra 65enni è del 26,14% contro una media nazionale che si aggira attorno al 20%. La maggiore problematica emersa riguarda l'assistenza degli anziani soli o non autosufficienti, che pur non necessitando di un ricovero ospedaliero, hanno, comunque, bisogno di servizi, anche a sostegno della famiglia.

2. Valutazione complessiva a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici - valutazioni sul grado di risposta dei gruppi di volontariato in relazione alle esigenze locali

Il grado di sensibilizzazione degli organi pubblici locali può dirsi, senz'altro, soddisfacente sia per quanto riguarda i comuni, i quali hanno tutti attivato l'assistenza domiciliare, l'integrazione economica della retta delle case di riposo, ecc., sia per quanto riguarda la Regione Marche, la quale sta predisponendo il piano socio-sanitario ed assistenziale.

Il volontariato è abbastanza attivo in questo settore, soprattutto all'interno dei centri diurni e delle case di riposo.

Note sull'analisi territoriale dell'invecchiamento in Italia⁴

A rendere più complesso il quadro dell'invecchiamento della popolazione nella realtà italiana contribuiscono in modo significativo oltre alla velocità, all'intensità e alla durata del fenomeno, anche le forti differenze interregionali e intraregionali.

I più di 10 milioni di ultrasessantacinquenni residenti in Italia al 1 gennaio 2001 risultano particolarmente accentrati nelle regioni del Centro-Nord, con punte di un anziano ogni 4 abitanti in Liguria e di uno ogni 5 in Piemonte, Friuli, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo e Molise.

Sul fronte opposto i livelli minimi di invecchiamento si riscontrano in Campania, Puglia e Sardegna, con valori che sono pur sempre nell'ordine di un anziano ogni 7 residenti.

In termini dinamici l'invecchiamento demografico appare ovunque in forte crescita, con prospettive di altri rapidi incrementi nel prossimo futuro.

Mentre nell'ultimo decennio la percentuale di ultrasessantacinquenni si è accresciuta in tutte le regioni di 2-3 punti percentuali e un aumento pressoché analogo si prevede per il 2011, una dinamica decisamente esplosiva va ventilandosi per il trentennio successivo: tra il 2011 e il 2041 è verosimile immaginare un ulteriore incremento generalizzato nell'ordine di 12-15 punti percentuali.

Nella tabella seguente possiamo notare il trend di crescita nelle regioni italiane della popolazione over 65 anni.

Percentuale di popolazione in età 65 e più nelle regioni italiane 1971 – 2041

| Regioni | Anni | | | | | |
|---------------|------|------|------|---------------|------|------|
| | 1971 | 1991 | 2001 | Var. 1991- 01 | 2011 | 2041 |
| Piemonte | 13,7 | 17,4 | 20,7 | +3,3 | 23,5 | 35,4 |
| Valle d'Aosta | 11,6 | 16,1 | 18,9 | +2,8 | 21,5 | 35,0 |
| Lombardia | 10,6 | 14,5 | 17,8 | +3,3 | 21,1 | 34,8 |
| Liguria | 15,5 | 21,6 | 25,0 | +3,4 | 27,5 | 38,9 |
| Trentino A.A. | 10,7 | 14,8 | 16,8 | +2,0 | 19,4 | 33,0 |

⁴ Dal "Rapporto Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano Anni 2000-2001", Ministero del lavoro e delle politiche sociali

| | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|
| Veneto | 10,8 | 15,6 | 18,0 | +2,4 | 20,9 | 35,7 |
| Friuli V.G: | 14,2 | 19,4 | 21,2 | +1,8 | 24,1 | 36,6 |
| E. Romagna | 13,0 | 19,6 | 22,1 | +2,5 | 24,0 | 36,3 |
| Toscana | 14,3 | 19,5 | 22,1 | +2,6 | 24,2 | 35,8 |
| Umbria | 12,4 | 19,4 | 22,3 | +2,9 | 24,1 | 34,4 |
| Marche | 12,1 | 18,5 | 21,5 | +3,0 | 23,4 | 34,8 |
| Lazio | 9,4 | 14,1 | 17,3 | +3,2 | 20,1 | 32,1 |
| Abruzzo | 12,3 | 16,9 | 20,0 | +3,1 | 21,5 | 33,4 |
| Molise | 13,0 | 17,6 | 20,9 | +3,3 | 22,0 | 34,5 |
| Campania | 8,7 | 11,1 | 13,8 | +2,7 | 16,0 | 29,4 |
| Puglia | 9,3 | 12,4 | 15,4 | +3,0 | 18,2 | 32,1 |
| Basilicata | 10,2 | 14,2 | 18,1 | +3,9 | 19,8 | 33,0 |
| Calabria | 10,1 | 13,3 | 16,7 | +3,4 | 18,5 | 31,4 |
| Sicilia | 10,9 | 13,8 | 16,4 | +3,4 | 18,0 | 28,9 |
| Sardegna | 10,2 | 12,5 | 15,5 | +3,0 | 19,3 | 36,8 |

Fonte: N/elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001.

Analizzando ulteriormente la tabella, notiamo che nella Regione Marche tutti i valori sono maggiori della media nazionale.

Il trend di crescita mostra l'acme nell'anno 2001, per poi discendere e stabilizzarsi negli anni successivi.

Confronto popolazione nazionale/popolazione marchigiana

| | Anni | | | | | |
|--------------|------|------|------|--------------|------|------|
| | 1971 | 1991 | 2001 | Var. 1991-01 | 2011 | 2041 |
| M. nazionale | 11,7 | 16,1 | 18,2 | +3,0 | 21,4 | 34,1 |
| Marche | 12,1 | 18,5 | 21,5 | +3,0 | 23,4 | 34,8 |
| Differenza | +0,4 | +2,4 | +3,3 | 0,0 | +2,0 | +0,7 |

Fonte: N/elaborazione su dati ISTAT Censimento 2001.

Rispetto al già variegato panorama regionale, ancor più ampia risulta la variabilità del grado di invecchiamento demografico che si riscontra nelle diverse realtà territoriali: tanto a livello di provincia, quanto tra i diversi comuni che ne fanno parte.

I dati più recenti (al 1 gennaio 2001) mostrano quote di ultrasessantacinquenni almeno del 25% in ben 1842 comuni italiani, con una concentrazione locale che giunge talvolta a coinvolgere più della metà, o persino più di 2/3, dei comuni di una stessa provincia.

| MARCHE | VALORE ASSOLUTO | % ⁵ | ITALIA (%) |
|--------------------|-----------------|----------------|------------|
| Totale popolazione | 1.469.195 | 2,5 | 100,0 |
| 0 - 19 | 260.306 | 17,7 | 19,6 |
| 65 e + | 315.933 | 21,5 | 18,2 |
| Di cui femmine | 183.149 | 12,5 | 10,8 |
| 80 e + | 76.821 | 5,2 | 4,1 |
| Di cui femmine | 50.655 | 3,4 | 2,8 |

Ciò è quanto accade nel caso limite di province come Alessandria o Asti, ma non sono rare le realtà provinciali – spesso lungo la direttrice che dalle Alpi piemontesi segue la dorsale appenninica sino all’Abruzzo - in cui almeno la metà dei comuni si caratterizzano per avere non meno di un anziano ogni 4 residenti.

Nella Regione Marche, come osserviamo nella tabella precedente, le frequenze percentuali indicano, come già affermato, dei valori superiori alla media nazionale (Censimento ISTAT anno 2001 nostra elaborazione).

Disaggregando i dati regionali nelle quattro province, vediamo che quella di Ascoli Piceno risulta essere nella media la più giovane.

| PROVINCE | TOTALE POPOLAZIONE | % 0 - 19 | % 65 e + | | % 80 e + | |
|-----------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | M + F | di cui F | M + F | di cui F |
| PESARO E URBINO | 347.409 | 17,7 | 21,0 | 12,1 | 5,1 | 3,4 |
| ANCONA | 446.485 | 17,0 | 21,9 | 12,9 | 5,4 | 3,6 |
| MACERATA | 304.398 | 17,7 | 22,3 | 12,9 | 5,6 | 3,6 |
| ASCOLI PICENO | 370.903 | 18,5 | 21,0 | 12,0 | 4,8 | 3,1 |

Risultato analogo nelle città capoluogo, come possiamo osservare nella tabella seguente.

| CAPOLUOGHI | TOTALE POPOLAZIONE | % 65 E + | | % 80 E + | |
|---------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| | | M + F | DI CUI F | M + F | DI CUI F |
| PESARO | 89.408 | 20,4 | 11,9 | 4,8 | 3,2 |
| ANCONA | 98.404 | 22,8 | 13,8 | 5,6 | 3,8 |
| MACERATA | 41.833 | 22,7 | 13,5 | 5,5 | 3,7 |
| ASCOLI PICENO | 51.814 | 21,6 | 12,6 | 4,9 | 3,3 |

⁵ Il primo valore esprime la percentuale rispetto alla popolazione italiana (57.844.017); dati ISTAT, censimento 2001

Analisi demografiche nella realtà della Comunità Montana dei Sibillini

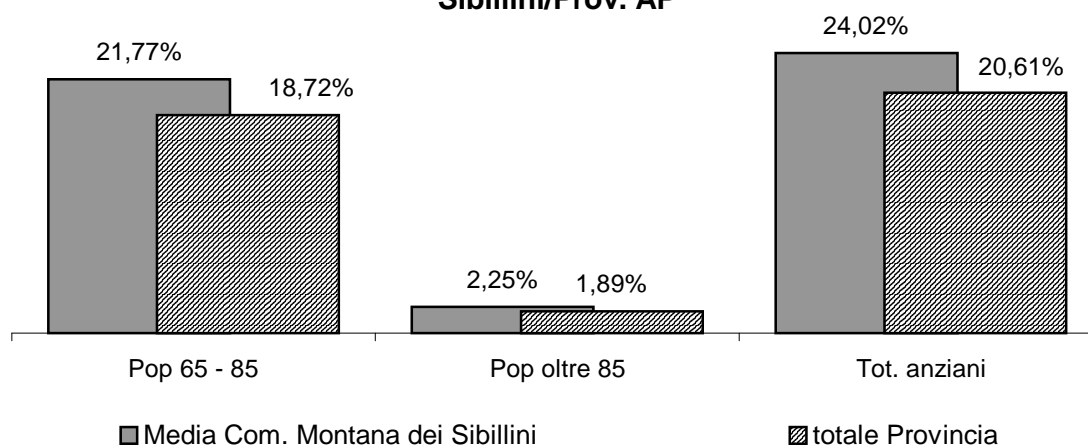
Disaggregando ulteriormente i dati riportati in precedenza - sulla popolazione anziana della Provincia di Ascoli Piceno - nei singoli Comuni della Comunità Montana dei Sibillini, osserviamo, nella tabella successiva, che la popolazione di interesse è, nel territorio considerato, maggiore di oltre quattro punti percentuali (AP: 20, 61%, CMS: 24, 02%).

Risulta, quindi, che nel territorio dei Sibillini, quasi un quarto della popolazione ha più di 65 anni.

Popolazione residente per età e Comune - Marche – Censimento ISTAT 2001, nostra elaborazione.

| | Totale 65-85 anni | % | Totale oltre 86 | % | Anziani | Totale | %anziani |
|----------------------------|----------------------|--------|--------------------|-------|---------|--------|----------|
| AMANDOLA | 898 | 22,54% | 96 | 2,41% | 994 | 3984 | 24,95% |
| COMUNANZA | 565 | 18,39% | 63 | 2,05% | 628 | 3073 | 20,44% |
| FORCE | 373 | 22,81% | 34 | 2,08% | 407 | 1635 | 24,89% |
| MONTEDINOVE | 151 | 26,87% | 14 | 2,49% | 165 | 562 | 29,36% |
| MONTEFALCONE APPENNINO | 155 | 30,51% | 19 | 3,74% | 174 | 508 | 34,25% |
| MONTEFORTINO | 298 | 22,63% | 37 | 2,81% | 335 | 1317 | 25,44% |
| MONTELPARO | 240 | 24,77% | 29 | 2,99% | 269 | 969 | 27,76% |
| ROTELLA | 239 | 23,73% | 12 | 1,19% | 251 | 1007 | 24,93% |
| SANTA VITTORIA IN MATENANO | 311 | 21,03% | 35 | 2,37% | 346 | 1479 | 23,39% |
| SMERILLO | 109 | 26,14% | 11 | 2,64% | 120 | 417 | 28,78% |
| Totale Provincia | 69242 | 18,72% | 6981 | 1,89% | 76223 | 369791 | 20,61% |

Comparazione popolazione anziana residente Com. Montana Sibillini/Prov. AP



Nelle tabelle successive, illustriamo alcune proiezioni significative per leggere ulteriormente il target di interesse.

Esponiamo la composizione numerica delle famiglie, le convivenze con almeno una persona residente per tipologia della convivenza ed i nuclei familiari per tipologia e comune.

Famiglie per numero di componenti Censimento 2001. Confronto Comunità montana dei Sibillini/province marchigiane

| | Numero di componenti | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| | 1 persona | | 2 persone | | 3 persone | | 4 persone | | 5 persone | | 6 e più | | Totale |
| Amandola | 351 | 24,3% | 370 | 25,6% | 297 | 20,6% | 268 | 18,5% | 98 | 6,8% | 61 | 4,2% | 1445 |
| Comunanza | 324 | 26,8% | 296 | 24,5% | 274 | 22,7% | 239 | 19,8% | 54 | 4,5% | 21 | 1,7% | 1.208 |
| Force | 88 | 17,0% | 129 | 24,9% | 105 | 20,3% | 113 | 21,8% | 42 | 8,1% | 41 | 7,9% | 518 |
| Montedinove | 46 | 22,5% | 54 | 26,5% | 46 | 22,5% | 37 | 18,1% | 14 | 6,9% | 7 | 3,4% | 204 |
| Montefalcone A. | 86 | 37,6% | 56 | 24,5% | 39 | 17,0% | 36 | 15,7% | 7 | 3,1% | 5 | 2,2% | 229 |
| Montefortino | 166 | 31,3% | 147 | 27,7% | 87 | 16,4% | 89 | 16,8% | 28 | 5,3% | 13 | 2,5% | 530 |
| Montelparo | 76 | 22,9% | 86 | 25,9% | 59 | 17,8% | 59 | 17,8% | 28 | 8,4% | 24 | 7,2% | 332 |
| Montemonaco | 108 | 36,9% | 79 | 27,0% | 37 | 12,6% | 44 | 15,0% | 20 | 6,8% | 5 | 1,7% | 293 |
| Rotella | 86 | 23,4% | 97 | 26,4% | 71 | 19,3% | 81 | 22,1% | 16 | 4,4% | 16 | 4,4% | 367 |
| S. V. in Matenano | 120 | 23,1% | 128 | 24,6% | 90 | 17,3% | 114 | 21,9% | 47 | 9,0% | 21 | 4,0% | 520 |
| Smerillo | 55 | 34,4% | 42 | 26,3% | 18 | 11,3% | 22 | 13,8% | 14 | 8,8% | 9 | 5,6% | 160 |
| Totale C. M. S. | 1506 | 25,9% | 1484 | 25,6% | 1123 | 19,3% | 1102 | 19,0% | 368 | 6,3% | 223 | 3,8% | 5.806 |
| Totale AP | 27.746 | 20,8% | 34.960 | 26,2% | 29.452 | 22,1% | 28.445 | 21,3% | 9.189 | 6,9% | 3.468 | 2,6% | 133.260 |
| Totale PU | 31.539 | 23,6% | 36.576 | 27,4% | 30.614 | 22,9% | 25.577 | 19,1% | 7.027 | 5,3% | 2.387 | 1,8% | 133.720 |
| Totale AN | 40.248 | 23,4% | 48.727 | 28,3% | 39.947 | 23,2% | 32.241 | 18,7% | 8.350 | 4,9% | 2.641 | 1,5% | 172.154 |
| Totale MC | 24.610 | 22,3% | 29.268 | 26,5% | 24.381 | 22,1% | 21.729 | 19,7% | 7.185 | 6,5% | 3.167 | 2,9% | 110.340 |

Fonte ISTAT, Censimento della popolazione anno 2001, nostra elaborazione.

Convivenze con almeno una persona residente per tipologia della convivenza

| | Tipi di convivenza | | | | |
|------------------------|------------------------|---|---------------------------|------------------|--------|
| | Istituti assistenziali | | Convivenze ecclesiastiche | Altre convivenze | Totale |
| | Totale | Di cui: ospizi, case di riposo adulti inabili e anziani | | | |
| Amandola | 1 | 1 | | | |
| Comunanza | - | - | 1 | - | 1 |
| Force | - | - | 2 | 1 | 3 |
| Montedinove | - | - | 2 | 5 | 7 |
| Montefalcone Appennino | - | - | - | - | - |
| Montefortino | - | - | - | - | - |
| Montelparo | 2 | 1 | - | - | 2 |

| | | | | | |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Montemonaco | - | - | - | - | - |
| Rotella | - | - | - | 1 | 1 |
| Santa Vittoria in Matenano | - | - | 1 | - | 1 |
| Smerillo | - | - | - | - | - |
| Totale CMS | 3 | 2 | 9 | 9 | 21 |
| Totale provincia AP | 44 | 27 | 77 | 63 | 184 |

Nuclei familiari per tipologia e comune - Provincia di Ascoli Piceno

| | Tipi di nucleo familiare | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------|------------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|
| | Coppie senza figli | | Coppie con figli | | Padre con figli | | Madre con figli | | Totale |
| Amandola | 343 | 31% | 627 | 56,7% | 30 | 2,7% | 105 | 9,5% | 1105 |
| Comunanza | 254 | 29,0% | 525 | 59,9% | 12 | 1,4% | 86 | 9,8% | 877 |
| Force | 120 | 26,4% | 261 | 57,5% | 10 | 2,2% | 63 | 13,9% | 454 |
| Montedinove | 49 | 31,0% | 86 | 54,4% | 4 | 2,5% | 19 | 12,0% | 158 |
| Mont. Appennino | 51 | 36,2% | 67 | 47,5% | 5 | 3,5% | 18 | 12,8% | 141 |
| Montefortino | 121 | 33,4% | 197 | 54,4% | 7 | 1,9% | 37 | 10,2% | 362 |
| Montelparo | 113 | 40,1% | 149 | 52,8% | 4 | 1,4% | 16 | 5,7% | 282 |
| Montemonaco | 65 | 35,7% | 88 | 48,4% | 8 | 4,4% | 21 | 11,5% | 182 |
| Rotella | 88 | 31,1% | 164 | 58,0% | 6 | 2,1% | 25 | 8,8% | 283 |
| S. Vittoria in Matenano | 127 | 30,9% | 234 | 56,9% | 7 | 1,7% | 43 | 10,5% | 411 |
| Smerillo | 40 | 38,1% | 56 | 53,3% | 1 | 1,0% | 8 | 7,6% | 105 |
| Totale CMS | 1.371 | 31,4% | 2.454 | 56,3% | 94 | 2,2% | 441 | 10,1% | 4.360 |
| Totale AP | 32.356 | 30,4% | 61.932 | 58,1% | 2.155 | 2,0% | 10.125 | 9,5% | 106.568 |
| Totale AN | 42.871 | 32,7% | 73.629 | 56,1% | 2.396 | 1,8% | 12.261 | 9,3% | 131.157 |
| Totale MC | 27.399 | 31,7% | 48.973 | 56,6% | 1.690 | 2,0% | 8.477 | 9,8% | 86.539 |
| Totale PU | 32.050 | 31,4% | 57.894 | 56,7% | 2.022 | 2,0% | 10.102 | 9,9% | 102.068 |
| Media regionale | | 31,5% | | 56,9% | | 1,9% | | 9,6% | |

Nel dicembre 1996 la regione Marche ha approvato con delibera n. 105 gli *"Indirizzi operativi riguardanti le prestazioni socio-assistenziali e sanitarie in materia di assistenza domiciliare integrata (ADI)"*.

Di seguito si illustrano i principali contenuti della stessa.

Definizione dell'utenza

Soggetti "in situazione di temporanea e/o permanente non autosufficienza o parziale autosufficienza".

I destinatari sono "soggetti di ogni fascia di età con limitazione della propria autonomia in via temporanea o permanente".

Va dunque notato (ed è un aspetto importante) che l'intervento ADI è rivolto a tutte le persone che sono in una determinata condizione (non autosufficienza) a prescindere dall'età.

Si specifica inoltre che "vanno assistiti in particolare i nuclei dei disabili gravi e gravissimi".

Strumenti per la valutazione della non autosufficienza

Su questo punto la delibera rimanda (senza indicare entro quanto tempo) ad *"appositi strumenti di valutazione elaborati dalla Giunta regionale su modelli OMS"*.

Si indica inoltre di differenziare gli strumenti di valutazione a seconda delle fasce di età.

Tipologia e titolarità dell'intervento

Gli interventi vengono distinti in sanitari o socio assistenziali a rilievo sanitario (con spesa a carico del FSN) e socio assistenziali (con spesa a carico dei Comuni).

Gli interventi socio-assistenziali a rilievo sanitario (FSN) sono "condizionati da: stati patologici o prepatologici a rischio; stati di alterazione permanente o potenzialmente degenerativi della funzionalità fisica e psichica".

Gli interventi di natura socio-assistenziali non sono collegati a condizioni patologiche o prepatologiche.

Per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni (socio assistenziali o a rilievo sanitario) la delibera rimanda ad un atto di giunta regionale.

La delibera individua le prestazioni sanitarie o sociali a rilievo sanitario con spesa a carico del FSN.

Sono previste:

- ✓ Assistenza medico generica, pediatrica e geriatria.
- ✓ Assistenza medico specialistica extraospedaliera.
- ✓ Assistenza infermieristica.
- ✓ Assistenza riabilitativa.
- ✓ Assistenza domiciliare riabilitativa psicoeducativa ai minori ed adulti disabili....
- ✓ Assistenza all'igiene personale (se determinata da stati prepatologici o patologici).
- ✓ Assistenza di nutrizione artificiale.
- ✓ Fornitura di materiali sanitario (protesi ed ausili, ecc...).
- ✓ Assistenza farmaceutica.

Le prestazioni socio assistenziali a carico dei Comuni (o delle strutture residenziali) sono:

- ✓ Assistenza sociale e segretariato sociale.
- ✓ Assistenza domestica.
- ✓ Assistenza educativa per minori a rischio di emarginazione sociale (l.r. 8/96).
- ✓ Assistenza abitativa compresa quella rivolta all'eliminazione delle barriere architettoniche.
- ✓ Assistenza economica.
- ✓ Assistenza spirituale.
- ✓ Igiene della persona che non abbia rilievo sanitario.

Per quanto riguarda l'igiene personale, la prestazione ricade nelle competenze sanitarie in caso di situazione "patologica o prepatologica", in quelle socioassistenziali quando non siano presenti patologie.

Organizzazione dell'intervento

Come vedremo man mano la delibera prevede una organizzazione abbastanza complessa (ad es. per le persone in situazione di handicap in età evolutiva o adulti già ci sono le U.M. della legge 18/1996 "*Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate*") e non sempre, per il modo come è stata composta è di facile lettura.

Il Servizio ADI ha come riferimento il distretto nel quale dovrà essere effettuata la valutazione della non autosufficienza.

Tale valutazione dovrà essere effettuata dal medico di base insieme al Gruppo Operativo Distrettuale (GOD) che funge da UVG.

Il "Coordinamento e l'integrazione operativa delle diverse figure professionali e dell'attività vanno garantiti in ogni distretto da un medico e da un operatore sociale in base ad accordi di programma stipulati con i Comuni ed attuati con i protocolli d'intesa. In ogni distretto verrà designato un responsabile".

In ogni Azienda sanitaria dovrà essere istituito il Comitato di Coordinamento ADI con funzioni generali di programmazione, organizzazione, coordinamento, controllo e verifica degli interventi.

Il Comitato è composto da: Coordinatore Servizi Sociali dell'Azienda USL (in sostituzione da un sociologo o assistente sociale); Dirigente Servizi Sociali Comune sede dell'Az. USL; Responsabili delle Unità Valutative Distrettuali (UVD), e delle Unità Valutative Geriatriche (UVG) e da un medico di medicina generale. Complessivamente il Comitato è formato da almeno 7 persone.

Dovrà riunirsi di norma ogni 6 mesi e tutte le volte che le UVG lo richiederanno.

In ogni Distretto sanitario si dovrà costituire un Gruppo Operativo Distrettuale (GOD) con funzioni di Unità Valutativa Distrettuale (UVT). A tale gruppo compete la gestione degli interventi con piani di lavoro differenziati per fasce d'età.

A tale gruppo parteciperà di diritto un operatore sociale designato dai Comuni appartenenti al distretto.

All'interno dell'UVD verrà indicato un coordinatore.

Per quanto riguarda l'utenza anziana verrà istituita l'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) composta da un geriatra, un infermiere professionale e un assistente sociale.

La costituzione dovrà avvenire entro 30 giorni dall'approvazione della delibera (entro 3 gennaio '97) comunicata all'assessorato alla sanità della regione Marche.

Le funzioni dei gruppi distrettuali non potranno sovrapporsi alle Unità Multidisciplinari previste dalla legge regionale 18/1996.

Le funzioni delle U.V. riguardano: elaborazione dei piani di lavoro, verifica dei programmi, valutazione multidimensionale della non autosufficienza per ciascun utente, ammissioni e dimissioni....

Se per quanto riguarda l'utenza anziana viene specificata la composizione della U.V., è probabile che per l'età evolutiva e l'età adulta le U.V. delle quali non viene specificata la composizione probabilmente coincideranno con le UMEE, e UMEA per le situazioni di handicap.

Ammissione al servizio

L'accesso potrà essere richiesto dall'utente, dal medico di base, dagli operatori socio-sanitari, dal reparto ospedaliero o dalla RSA a seguito del ricovero, dal Gruppo Distrettuale.

La richiesta formale compete al medico di famiglia, che dovrà indicare le prestazioni richieste.

La decisione per l'ammissione compete alle Unità Valutative tramite il responsabile.

Se entro sette giorni la richiesta non ha ricevuto una risposta motivata la domanda viene considerata accolta. In casi di urgenza l'ADI può essere attivata immediatamente dal medico di fiducia previa autorizzazione del responsabile del distretto.

Strumenti informativi

Per ogni utente dovrà essere presente: una cartella nella quale dovranno essere riportate le visite effettuate il tipo di prestazioni svolte, i medicinali prescritti, ecc...; una scheda di valutazione multidimensionale compilata dall'"operatore sociale e dal medico dell'azienda sanitaria".

La verifica dell'intervento "sarà effettuata dal medico di base e dagli operatori coinvolti, attraverso l'uso di strumenti di valutazione e secondo indicazioni operative della Giunta regionale".

A tal fine ogni Az. USL dovrà trasmettere alla Regione Marche, bimestralmente, una relazione nella quale dovrà indicare: il numero dell'utenza assistita in ADI, gli operatori intervenuti, i tipi di prestazione, ecc...

Le Az. USL nell'erogazione del servizio ADI dovranno adeguarsi alle indicazioni impartite nella delibera.

Per quanto riguarda il finanziamento la delibera precisa che i fondi per le attività ADI saranno vincolati alla funzione e che la disponibilità prevista sarà quella definita alla voce ADI nel riparto annuale del fondo regionale.

Si specifica infine che l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle socio assistenziali saranno definite attraverso accordi di programma, oppure attraverso la delega delle funzioni dai Comuni alle USL.

Entro 90 giorni dalla pubblicazione dell'atto le Az. USL dovranno inviare alla Regione copia degli accordi di programmi o copia degli atti di delega.

La regione, infine, si impegna entro 6 mesi a presentare al Consiglio regionale una proposta per il riordino e la riclassificazione delle strutture residenziali operanti nel campo della non autosufficienza.

Riassumiamo gli adempimenti che sono previsti per le singole amministrazioni.

La Regione deve:

- ✓ predisporre il modello di valutazione della non autosufficienza;

- ✓ stabilire la tipologia delle prestazioni a rilievo sanitario e socio assistenziali;
- ✓ indicare (alle Az. USL) gli strumenti di valutazione per verificare l'efficacia degli interventi;
- ✓ entro 6 mesi presentare una proposta di riordino delle strutture residenziali "operanti nel campo della non autosufficienza".

Le Aziende USL debbono:

- ✓ istituire un Comitato di Coordinamento ADI con funzioni di indirizzo, verifica, programmazione, coordinamento....
- ✓ istituire in ogni distretto le UVD. Per l'età anziana, entro 30 giorni dall'approvazione dell'atto, dovrà istituire le UVG (dandone comunicazione alla Regione) formate da un geriatra, un assistente sociale, un infermiere professionale
- ✓ inviare ogni due mesi una relazione alla regione sull'attività svolta (numero di utenti, tipi di prestazioni, ecc....)
- ✓ entro 3 mesi, inviare alla regione gli accordi di programma stipulati con i comuni o gli atti di delega delle funzioni.

La delibera, che ha subito un iter molto travagliato, è un atto importante in quanto detta le linee di indirizzo ed organizzative alle Az. USL per tutto il territorio regionale.

Anche l'impostazione dell'atto che prevede il servizio non rivolto ad una sola categoria di persone ma a tutti quelli che sono in situazione di non autosufficienza a prescindere dall'età è positivo in quanto non categorizza.

Nuova è anche l'indicazione che prevede una partecipazione alla spesa per servizi di "assistenza domiciliare riabilitativa psicoeducativa ai minori ed adulti disabili". Anche la formulazione di "tempi definiti" ad es. per la relazione delle USL alla regione, per l'istituzione delle UVG, per la stesura dell'accordo di programma, per l'ammissione al servizio sono aspetti per certi aspetti innovativi.

Rimane non chiara la funzione delle U.V. per l'età evolutiva e per l'età adulta (da istituire in ogni distretto); la delibera precisa che non devono sovrapporsi alle UM della legge regionale 18/96 per quanto riguarda l'handicap. Per altre situazioni si dovranno realizzare apposite U.V. per ogni distretto. Pertanto è possibile che in ogni distretto siano operanti 3 U.V. (del. 105/96) e 2 U.M. (l. 18/96).

Note sulla Valutazione multidimensionale (V.M.D)

Il VMD è lo strumento che consente la valutazione dell'anziano da assistere da un punto di globale.

Il disegno portato avanti in sede parlamentare nel gennaio del 1992 dal POSA (Progetto Obiettivo Salute dell'Anziano) e divenuto parte integrante del Piano Sanitario Nazionale, determinava le linee guida ministeriali miranti ad uniformare le direttive regionali in modo da arrivare gradualmente a livello nazionale ad adottare un unico strumento di VMD.

In linea generale, la VMD si inquadra perfettamente nella direzione individuata dal legislatore anche nella L.328/2000 che si augura una integrazione tra l'istanza sociale e quella sanitaria.

Da parte sua, il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000, (L. 229/99) indicava tra le priorità per il cambiamento, una profonda revisione organizzativa dei servizi sanitari e sociali, in modo da realizzare un'effettiva integrazione a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

Ne è emerso che, uno dei campi in cui è maggiormente sentita la necessità di questa integrazione è proprio quello riguardante l'assistenza continuativa all'anziano "fragile".

La metodologia in questione, recepita come detto dal POSA, è stata introdotta nel nostro paese dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e richiede un approccio più complesso che per il passato, in cui si deve tener conto non solo delle malattie, in essere o pregresse, ma anche del contesto socio - ambientale e delle peculiarità psichiche e funzionali del paziente anziano.

Questo modo di accostarsi al problema sotto differenti punti di vista, viene definito: Valutazione Multidimensionale.

Tutto questo presuppone un approccio multidisciplinare o multiprofessionale che potrà dare un quadro preciso della condizione dell'anziano nella sua globalità.

Quindi, all'interno dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) si inserisce a tutto diritto la VMD, metodologia nella quale vengono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi che investono l'individuo anziano.

Vengono definite le sue capacità funzionali (potenziale residuo); viene stabilita la necessità di servizi assistenziali; viene sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi siano commisurati ai suoi specifici bisogni ed ai suoi problemi.

Il SIGG pone all'evidenza che le cure dell'anziano risultano più efficaci quando si affrontano e si tengono in considerazione i principali elementi che promuovono la sua fragilità in età avanzata e che sono identificabili mediante VMD esplorando le seguenti aree:

1. *salute fisica*
2. *stato cognitivo*
3. *stato psico-emozionale*
4. *stato funzionale*
5. *condizione socioeconomica*
6. *ambiente di vita*

Abbiamo dunque nella VMD uno strumento utile che ha come obiettivo quello di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona anziana.

Con il termine "valutazione" si intende porre l'accento su un'analisi accurata della capacità funzionali e dei bisogni che la persona anziana presenta a vari livelli, livelli che possiamo riassumere:

1. Livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc..)
2. Livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc..)
3. Livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc..)
4. Livello funzionale (disabilità, ovvero capacità a compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc..)

Per la realizzazione della VMD è intuitivamente indispensabile il coinvolgimento di una équipe multiprofessionale che riesca a dar risposta a tutte le domande espresse nei Livelli

sopra menzionati e che individui e con-divida gli obiettivi che l'équipe stessa andrà a verificare, predisponendone tempi e modalità di verifica.

Analisi dei bisogni degli anziani campione coinvolti nel questionario

Il questionario è stato somministrato nel secondo semestre dell'anno 2001 ad alcuni medici generici operanti nel territorio della Comunità Montana dei Sibillini.

Dopo una breve intervista è stato chiesto di esporre in un questionario semi-strutturato, le caratteristiche dei bisogni della popolazione anziana in carico.

Sono emersi n. 52 soggetti, di età compresa fra 46 ed i 99 anni.

La frequenza di età più rappresentativa risulta essere fra i 78 ed gli 89 anni.

Sulle caratteristiche generali del campione vediamo che:

- ✓ Il 60,78% risulta essere di sesso femminile (39,22% maschile).
- ✓ Il 40,38% è coniugato/a, il 40,38% vedovo/a, il 17,31% celibe/nubile ed il rimanente 1,92% separato/a.
- ✓ Il 28% convive con il solo coniuge, e, indicativo il 19,23% vive solo.
- ✓ Il 50% è pensionata, ed il 48,08% risulta essere invalida.
- ✓ Il 44,23% è senza alcun titolo di istruzione, il 42,31% ha la licenza elementare.
- ✓ Il 75% vive in una abitazione autonoma.

Il campione, composto da soli abitanti residenti nel territorio della Comunità Montana dei Sibillini, esprime nel 73,08% dei casi la presenza di barriere architettoniche.

Analizzando le risposte del questionario negli items relativi ai "livelli funzionali" (disabilità, ovvero capacità a compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc..) e relazionali/sociali, vediamo la maggior parte del campione mostra esigenze omogenee circa l'assistenza in determinati momenti quotidiani.

Gli items sui livelli funzionali hanno indagato sui seguenti aspetti:

1. Alzarsi dal letto.

2. Deambulazione.
3. Igiene personale.
4. Uso del bagno.
5. Assunzione dei pasti.
6. Assunzione di farmaci.
7. Pulizia degli ambienti.
8. Effetti personali.

Quelli sulle attività di sussistenza, logistica e/o attività sociali:

9. Disbrigo pratiche.
10. Gestione denaro.
11. Spesa quotidiana.
12. Relazioni esterne.

Inoltre è stato inserito un item sul bisogno di personale ausiliario, seguito da sottoitem sulla tipologia, e sulla necessità dell'aiuto.

Nella tabella successiva mostriamo le frequenze circa i livelli funzionali del campione oggetto dell'indagine.

| | Senza difficoltà | Con difficoltà | Con assistenza | Incapacità totale |
|----------------------------|------------------|----------------|----------------|-------------------|
| Alzarsi dal letto | 29,41 | 33,33 | 23,53 | 13,73 |
| Deambulazione ⁶ | 28,00 | 34,00 | 12,00 | 12,00 |
| Igiene personale | 8,00 | 34,00 | 22,00 | 36,00 |
| Uso del bagno | 29,41 | 29,41 | 19,61 | 21,57 |
| Assunzione pasti | 49,02 | 21,57 | 15,69 | 13,73 |
| Assunzione farmaci | 23,53 | 23,53 | 23,53 | 29,41 |
| Pulizia ambienti | - | 29,41 | 9,80 | 60,78 |
| Effetti personali | 1,96 | 29,41 | 9,80 | 58,82 |

Nella tabella attigua emergono i seguenti dati:

1. Solo il 29% del campione, afferma di non avere difficoltà nell'alzarsi dal letto;

significativo il 33% relativo al "con difficoltà".

2. Sulla deambulazione, solo il 28% risulta essere privo di difficoltà, quindi autonomo. Il resto del campione risulta avere difficoltà a vari livelli.
3. L'igiene personale è una delle voci maggiormente significative: solo il 8% del campione è in grado di gestire autonomamente la propria igiene personale. Il resto, come esposto nella tabella, è distribuito nelle tre risposte con frequenze

⁶ Nell'item è presente anche la risposta relativa alla carrozzina (14%)

abbastanza elevate. La somma della terza risposta (con assistenza) con la quarta (incapacità totale) si attesta al 58%, mostrando un quadro non affatto rassicurante.

4. Sull'uso del bagno, il 29,41% non mostra difficoltà; stessa percentuale sulla voce successiva (difficoltà), mentre le ultime due si attestano insieme al 40% circa.
5. Assumere pasti per il 49% non sembra arrecare nessuna difficoltà. L'item evidenzia la frequenza maggiore nella "non difficoltà".
6. Assumere farmaci: un quarto circa dichiara di non avere problemi nella auto somministrazione, mentre, dato significativo, il 29,41% mostra incapacità totale; a ciò si aggiungono le altre due frequenze che si attestano entrambe al 23,53%.
7. Sulla pulizia degli ambienti e sugli effetti personali, rispettivamente il penultimo e l'ultimo item, spiccano nella risposta relativa all'incapacità totale, la percentuale più elevata di tutto il questionario (rispettivamente il 60,78%, ed il 58,82%).

Le altre domande del questionario, riassunte nella tabella seguente, trattano le varie attività di sussistenza:

Nella tabella successiva la voce "senza difficoltà" non appare significativa: essa ad esempio, non supera nell'item

| | Senza difficoltà | Con difficoltà | Con assistenza | Incapacità totale |
|-------------------|------------------|----------------|----------------|-------------------|
| Disbrigo pratiche | - | 11,76 | 7,84 | 80,39 |
| Gestione denaro | 7,84 | 27,45 | 13,73 | 50,98 |
| Spesa quotidiana | 1,96 | 19,61 | 5,88 | 72,55 |
| Relazioni esterne | 3,92 | 41,18 | 23,53 | 31,37 |

relativo alla gestione del denaro, l'8%.

Si evidenziano i bisogni nel disbrigare "pratiche" che coinvolgono circa l'incapacità totale l'80,39%; sulla spesa quotidiana appena il 2% del campione mostra di non avere difficoltà, mentre tutte le risposte evidenziano da parte del campione problemi nel

| | Si | No |
|----------------------------------|-------|-------|
| Presenza di personale ausiliario | 45,10 | 54,90 |

provvedere autonomamente alla spesa quotidiana.

Oltre il 45% dei soggetti interessati, usufruiscono di personale ausiliario, suddiviso - come esposto nella tabella successiva - in domiciliare (6,12%), infermieristico (14,29%), o di altra tipologia (28,57%).

| Domiciliare | Infermieristico | Altra tipologia | Np |
|-------------|-----------------|-----------------|-------|
| 6,12 | 14,29 | 28,57 | 51,02 |

Disaggregando ulteriormente le frequenze, vediamo che l'assistenza è richiesta e/o offerta alle/dalle aziende sanitarie il 14,29% delle volte, risulta esser di tipo privato nel 6,12% dei casi, di altro tipo nel 10,20%, e, dato significativo, di altra tipologia nel 18,37% delle risposte.

| <i>Ausl</i> | <i>Ass. privata</i> | <i>Altro(risposte aperte)</i> | <i>Altra tipologia</i> | <i>np</i> |
|-------------|---------------------|-------------------------------|------------------------|-----------|
| 14,29 | 6,12 | 10,20 | 18,37 | 51,02 |

Alla domanda sulla necessità di ausiliari, circa il 55% delle risposte risultano essere positive.

| | |
|----|-------|
| Si | 54,90 |
| No | 45,19 |

Dai dati esposti nell'ultimo capitolo emergono le seguenti conclusioni:

1. Gran parte del target interesse del questionario risultano essere in estrema difficoltà nell'adempiere minimamente ai livelli funzionali come a) alzarsi dal letto (solo il 29,41% risulta essere privo di difficoltà), b) camminare (il 28% deambula normalmente, quindi il resto mostra difficoltà), c) provvedere autonomamente all'igiene personale (l'82% mostra difficoltà ai vari livelli), d) uso del bagno (il 70% circa risulta avere varie difficoltà), e) assunzione dei pasti (è la voce meno drammatica, nonostante il 51% circa dl target ha mostra varie problematiche), f) assunzione di farmaci (3/4 del campione ha difficoltà nella auto somministrazione dei farmaci, g) pulizia degli ambienti (oltre il 70% non riesce a provveder autonomamente nella pulizia dell'ambiente di vita), h) effetti personali (risulta essere la voce maggiormente significativa perché solo il 2% circa del campione è senza difficoltà).
2. Alle voci precedenti si sommano i "livelli" relative alle attività di sussistenza, logistica e/o attività sociali: a) disbrigo pratiche (l'88% circa degli anziani ha difficoltà nel disbrigare le pratiche quotidiane o periodiche), b) gestione denaro (la voce risulta essere ulteriormente significativa perché solo l'8% della popolazione considerata non mostra difficoltà nella gestione del denaro), c) spesa quotidiana (questa è la voce che mostra maggiori frequenze attestandosi al 96% di difficoltà ai vari livelli; nello stesso item oltre il 72% mostra incapacità totale), d) relazioni esterne (senza difficoltà solo per 4% del campione).

I due “livelli” considerati nella seguente trattazione, incrociati con i dati di tipo più prettamente anagrafico, mostrano un quadro dell’anziano non particolarmente roseo.

I bisogni prevalenti spaziano, come abbiamo visto nelle tabelle precedenti, da quelli di sostegno “logistico”: fare la spesa, preparare i pasti, gestione del denaro, pulizie degli ambienti, a quelli più propriamente assistenziali: somministrare farmaci, pulizie personali, assunzione cibo ed altro.

Le risposte agli ultimi items, quelli sul tipo di assistenza e sul reale bisogno di assistenza qualificata mostrano come i medici interpellati evidenziano il reale bisogno di assistenza qualificata nel territorio oggetto dell’indagine.

Assistenza qualificata tradotta in personale specializzato nel prestare assistenza domiciliare⁷ per ovviare o risolvere le difficoltà esposte nei questionari considerati nella ricerca.

⁷ Utilizzando a proposito i parametri delle qualifiche della Regione Marche, facendo riferimento all’area socio-educativa, abbiamo la qualifica di “Assistenza domiciliare anziani o handicappati”