



**CASA DI RIPOSO
SAN VITO AL TAGLIAMENTO**
PARROCCHIA Ss. VITO, MODESTO E CRESCENZA MM.



**Ambito
territoriale
Tagliamento**
Servizio sociale dei Comuni

vit@care
in memoria di Giovanna Maccaferri
progetti di cura per la persona

I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE ANZIANA DELL'AMBITO TERRITORIALE DEL TAGLIAMENTO

Rapporto di ricerca

Paolo Tomasin e Mario Marcolin

- NOVEMBRE 2024 -

Sommario

Presentazione	3
1. Alla ricerca dei bisogni degli anziani fragili	7
PARTE I: DIMENSIONI QUANTITATIVE	11
2. Dinamiche demografiche: la componente anziana ieri, oggi e nei prossimi anni....	12
2.1 Il territorio sanvitese.....	12
2.2 Andamento della popolazione anziana	14
3. Una stima del fabbisogno assistenziale degli anziani	19
4. La popolazione anziana assistita dal Servizio sociale dei Comuni	21
4.1 Caratteristiche generali e confronto territoriale	21
4.2 Servizi ed interventi del Servizio Sociale dei Comuni.....	26
5. L’Utenza anziana dei servizi sociosanitari e sanitari	31
5.1 Le persone anziane e l’accesso ai servizi.....	31
5.2 I principali servizi e interventi fruiti	36
6. Offerta e fabbisogno residenziali.....	42
PARTE II: DIMENSIONI QUALITATIVE	47
7. I bisogni emergenti degli anziani	48
7.1 Gli attori che intercettano i bisogni.....	49
7.2 Una possibile mappa dei bisogni	52
7.3 I bisogni che non si trasformano in domanda.....	60
8. Raccolta di indicazioni e proposte	62
8.1 Per migliorare l’offerta esistente	63
8.2 Per avviare nuovi interventi e servizi	64
PARTE III: CONCLUSIONI	67
9. Sintesi dei risultati emersi dalla rilevazione	68
Riferimenti bibliografici.....	70
PARTE IV: RACCOLTA DI IDEE, SUGGERZIONI, PROPOSTE, INTERVENTI DI CHI GLI ANZIANI FRAGILI LI CONOSCE.....	73
Ambito Territoriale Sociale “Tagliamento”	75
A.C.L.I. Provinciale di Pordenone aps	77

Associazione Insieme per la solidarietà ODV, San Vito al Tagliamento	79
Associazione SOMSI San Vito al Tagliamento.....	80
A.I.F.A. APS, San Vito al Tagliamento	81
dr.ssa Michiela Bruckbauer, San Vito al Tagliamento	83
Caritas, Forania San Vito al Tagliamento.....	84
Centro Disturbi Cognitivi “Fruts di un timp”- Ambito Territoriale Sociale “Tagliamento”	85
Farmacia Comunale – Comune di San Vito al Tagliamento	86
Fondazione Colledani-Bulian, Valvasone Arzene	87
ITACA Cooperativa Sociale onlus, Pordenone	88
Progetto “Saluta il tuo vicino” - Comune di Casarsa della Delizia.....	89
S.O.F.I.A Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia	90
Università della Terza Età del Sanvitese APS	92

Presentazione

*“L’anziano non è un alieno,
l’anziano siamo noi: fra poco, fra molto,
inevitabilmente comunque, anche se non ci pensiamo.
E se non impariamo a trattare bene gli anziani, così tratteranno anche noi”*
Papa Francesco

La prospettiva dell’invecchiamento della popolazione è un orizzonte certo dei prossimi anni, delineato in modo specifico e inconfutabile dai dati demografici. La vecchiaia non è una “perdita di normalità”, quella della vita adulta e produttiva, ma è una condizione che coniuga aspetti fisici, psicologici e sociali.¹ Su di essa può incombere la fragilità quando qualche evento compromette l’equilibrio di quegli aspetti che la contraddistinguono. E quando l’autonomia funzionale è compromessa o si determina un quadro pluripatologico, dobbiamo iniziare ad affrontare le complessità della cronicità. Non autosufficienza, malattie dementigene, isolamento sociale, povertà: è su questi fronti che si rende necessario l’intervento del sistema di welfare, costituito da molteplici azioni di tipo economico, sanitario, sociale, di protezione in generale.

Il nostro territorio non è estraneo a queste dinamiche ed è per questo che abbiamo ritenuto importante, avendone l’opportunità grazie al progetto Vit@care, approfondire non solo i *numeri* ma soprattutto indagare i *bisogni* che contraddistinguono i nostri anziani. La realtà del territorio del Tagliamento presenta molte e preziose risorse, che possono affrontare insieme le sfide che questa ricerca fa emergere nei suoi contorni attuali e nelle dinamiche che caratterizzeranno i prossimi decenni.

Siamo convinti, come espresso da autorevoli professionisti del settore², che sia indispensabile organizzare, sia attraverso il sistema pubblico che con l’apporto del composito mondo del Terzo Settore, risposte adeguate in grado di sperimentare soluzioni innovative, necessariamente anche diverse dal passato, consapevoli che solo un progetto unitario, o quanto meno integrato, potrà costituire una risposta efficace e sostenibile. Da qui nasce l’idea della promozione dei *cantieri Vit@care* che potranno costituire la naturale prosecuzione di questa ricerca verso un orizzonte comune, per

¹ Scortegagna Renzo, “Invecchiare” – Il Mulino società editrice, Bologna, 2005

² Trabucchi Marco, “Una lunga vita buona” - Il Mulino società editrice, Bologna, 2020

delineare e condividere possibili interventi in grado di migliorare ed ampliare l'offerta attualmente esistente a favore dei nostri anziani.

Desideriamo, infine, ringraziare il dott. Paolo Tomasin e il dott. Mario Marcolin per l'impegno profuso nella conduzione della ricerca e un particolare e sentito grazie anche a quanti hanno contribuito con i propri interventi, opinioni e proposte ad arricchirla e a renderla un atto di vera condivisione e, contiamo ora, coprogettazione.

San Vito al Tagliamento, 12 novembre 2024

mons. Dario Roncadin

Presidente della Casa di Riposo
Parrocchia Ss. Vito, Modesto e Crescenza Mm.
San Vito al Tagliamento

dott. Alberto Bernava

Sindaco del Comune di San Vito al Tagliamento
Presidente Assemblea dei Sindaci
Ambito Territoriale Sociale "Tagliamento"

dott. Alessandro Santoianni

Direttore Generale della Casa di Riposo
Parrocchia Ss. Vito, Modesto e Crescenza Mm.
San Vito al Tagliamento

dott.ssa Tamara Zandotti

Responsabile Servizio Sociale dei Comuni
Ambito Territoriale Sociale "Tagliamento"

Il progetto Vit@care nasce nella primavera 2022 e vede come soggetti promotori la Casa di Riposo della Parrocchia di San Vito al Tagliamento e l'Ambito Territoriale dei Servizi Sociali dei Comuni dell'area del Tagliamento. La sua denominazione con il carattere "@" intende riunire le lettere 'o' di (San) Vito e 'a' di Vita, per integrare e intrecciare i concetti che lo costituiscono:

- il prendersi cura della vita
- l'elemento territoriale
- lo slogan "I care" di don Lorenzo Milani per sottolineare il "mi interessano, mi stanno a cuore" le persone fragili cui il progetto intende rivolgersi.

Questo slogan vuole sottolineare un salto di paradigma, come ci suggerisce Cristiano Gori³, che "passa dalla logica della cura clinica-ospedaliera (*cure*), cioè la risposta a singole patologie, a quella del sostegno alla non autosufficienza (*care*), fondato su uno sguardo complessivo della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità e che conduce, quindi, a risposte ben più ampie ed articolate".

Obiettivi del progetto Vit@care sono:

- creare un sistema di *welfare comunitario* che riconosca la dignità, l'identità, le aspettative delle persone anziane in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza del territorio dell'Ambito del Tagliamento;
- favorire il *continuum assistenziale* tra territorio e strutture residenziali per la cura delle persone anziane con bisogni socio-sanitari complessi e/o compromesse dal punto di vista cognitivo e comportamentale, sperimentando modelli organizzativi e gestionali in grado di fornire risposte diversificate e personalizzate;
- offrire spazi, momenti e attività di incontro e supporto alle famiglie, ai caregiver, agli operatori di assistenza, anche privata, per rafforzarne conoscenze, competenze e abilità e per supportare il carico emotivo e psicologico (prevenzione del burn-out, rafforzamento della resilienza personale, gestione dello stress).

Le aree di intervento definite per il raggiungimento di questi obiettivi sono:

- la mappatura del bisogno e la definizione di modelli innovativi di presa in carico;

3 F. Iurlaro (a cura di), SARÀ UN PAESE PER VECCHI, Editrice Dapero, Piacenza, 2021.

- la sperimentazione di interventi e servizi personalizzati per lo sviluppo di una domiciliarità comunitaria;
- l'avvio di forme di residenzialità leggera;
- la formazione di operatori, volontari, caregiver e familiari ed il sostegno per rafforzare e ampliare competenze, conoscenze e abilità personali, oltre che rafforzare la propria resilienza ed evitare situazioni di stress e di burnout.

Nell'ambito del progetto ad oggi sono state realizzate le seguenti attività e interventi:

- realizzazione della ricerca "I bisogni della popolazione anziana dell'ambito territoriale del Tagliamento" affidata ai sociologi Paolo Tomasin e Mario Marcolin;
- acquisto di attrezzature per l'igiene a domicilio dell'utenza in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- realizzazione di progetti di pet therapy a favore dell'utenza della Casa di Riposo di San Vito al Tagliamento e del Centro Disturbi Cognitivi di San Giovanni di Casarsa;
- acquisto di attrezzature per la mobilità delle persone a ridotta capacità motoria;
- interventi di formazione e promozione dei temi della non autosufficienza e della presa in carico delle persone con demenza (ciclo incontri anni 2022/2023 e 2024).

Il progetto è stato destinatario di un importante lascito testamentario da parte della sig.ra Giovanna Maccaferri di Pordenone, che ci obbliga nel rendere onore a questo gesto di generosità a favore delle persone anziane fragili e ad impegnarci per offrire migliori risposte alle loro necessità.

1. Alla ricerca dei bisogni degli anziani fragili

Qualsiasi programmazione e progettazione di interventi e servizi di welfare pubblico dovrebbe fondarsi su attente ricognizioni dei bisogni effettivamente espressi dalle persone in situazioni di particolari fragilità. Purtroppo, spesso è l'offerta consolidata, o meglio, le risorse economiche ad essa destinate⁴, a dettare quali interventi e servizi realizzare. L'analisi del bisogno è data per scontata, considerata implicita nei sistemi di offerta già esistenti o, nei casi migliori, dedotta da una rapida lettura statistica della domanda.

L'iniziativa "Vit@care. Progetti di cura per la persona" ha preteso invece affrontare una rilevazione multidimensionale dei bisogni per individuare possibili rimodulazioni ed introdurre eventuali innovazioni negli interventi e nei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti residenti nel territorio sanvitese.

Il presente rapporto si propone pertanto di riportare i principali risultati emersi da un'indagine quanti-qualitativa volta a rilevare gli attuali e i potenziali futuri bisogni degli anziani, in particolare di quelli ritenuti fragili e non autosufficienti, residenti nell'Ambito Territoriale Sociale (ATS) Tagliamento. Bisogni, necessità, problematicità la cui rilettura dovrebbe poi supportare futuri e condivisi processi decisionali volti a riformulare una più appropriata definizione e implementazione di servizi e interventi.

L'analisi dei bisogni può essere condotta attraverso differenti modalità metodologiche⁵. L'attività di ricerca che ha prodotto il presente rapporto, facendo tesoro della più recente letteratura sulla condizione degli anziani⁶, ha assunto la seguente definizione di bisogno:

Mancanza di determinate risorse materiali o immateriali, oggettivamente o soggettivamente necessarie ad un certo soggetto (individuale o collettivo) per raggiungere uno stato di maggior benessere o efficienza o funzionalità rispetto allo stato attuale, sia essa sentita o accertata o anticipata dal medesimo soggetto, oppure da altri per esso⁷.

È stato quindi adottato un approccio multidimensionale, in grado di cogliere gli intrecci tra i diversi aspetti che caratterizzano la vita degli anziani di un territorio: demografico, sociale, sanitario, abitativo, economico, ecc..

Pur focalizzando l'attenzione prioritariamente sui bisogni degli anziani fragili e non autosufficienti, non si è trascurato di raccogliere anche quelli relativi agli anziani a rischio

⁴ Il cui ammontare solitamente è calcolato su base storica.

⁵ Esula dagli obiettivi del presente rapporto addentrarsi sul dibattito metodologico relativo al come si possa oggi affrontare la rilevazione dei bisogni sociali. Per approfondimenti si rinvia a: Illich, 1981; Maslow, 1973; Max-Neef et al. 1991; Vergani, 2010.

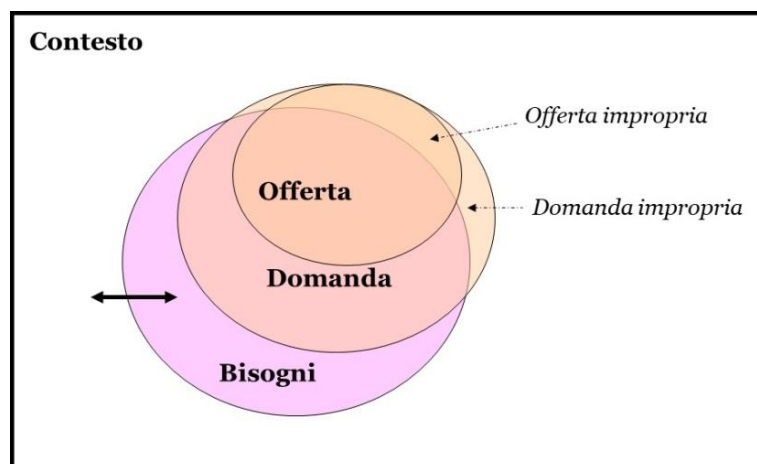
⁶ Si rinvia ai riferimenti bibliografici inseriti a conclusione del rapporto.

⁷ Luciano Gallino in DIZIONARIO DI SOCIOLOGIA, UTET, 2004.

e includendo pure quelli degli anziani attivi e/o che non presentano limitazioni funzionali, in quanto tutte queste diverse condizioni devono essere colte non in modo discreto e separato, ma lungo un continuum, favorendo così la possibilità di intercettare in modo anticipato e puntuale la progressività degli stati di criticità e l'acuirsi degli stessi.

L'espressione del bisogno è stata tenuta distinta dalle condizioni contestuali che possono averla originata. Per esempio, la crescita della popolazione anziana è un fattore di contesto demografico che certamente influisce sull'incremento della condizione di non autosufficienza, ma non può certo confondersi con essa. Così il manifestarsi del bisogno è stato separato anche dalla domanda espressa di servizi e interventi (esempio la richiesta per l'attivazione di assistenza domiciliare o di un posto in una casa di riposo). Infatti, non sempre la domanda esprime automaticamente la totalità delle necessità presenti: si pensi ai bisogni latenti, inespressi, non riconosciuti come tali. Inoltre, la domanda si può manifestare se esistono strumenti per raccogliarla (e di solito esistono quando è già presente un'offerta consolidata), mentre talvolta emerge con un certo ritardo rispetto alla percezione del bisogno. Esistono infine delle domande improprie (espresse in assenza di un effettivo bisogno) e pure un'offerta impropria (servizi ed interventi destinati a persone non bisognose). Nella figura n°1 è riportato lo schema che riepiloga queste distinzioni concettuali ed operative che hanno guidato la realizzazione dell'indagine qui presentata.

Fig. n°1: Schema generale di analisi



Dal punto di vista operativo, l'indagine ha preso avvio da un'analisi di desk, soprattutto per definire dal punto di vista quantitativo il contesto di riferimento e l'offerta esistente

sul territorio⁸, per poi approfondire la rilevazione dei bisogni secondo una strategia investigativa di campo indiretta e di tipo qualitativo, ovvero non raccogliendo le informazioni con un questionario somministrato direttamente agli anziani residenti o ai loro familiari, ma ascoltando, attraverso interviste e focus group, i principali testimoni qualificati coinvolti nell'erogazione di interventi e servizi⁹. Nello specifico, a partire da maggio 2023, l'attività di ricerca si è articolata secondo la seguente sequenza logico-temporale:

- 1) Analisi desk¹⁰:
 - a. dell'evoluzione demografica della componente anziana, nonché delle proiezioni statistiche disponibili per accompagnare il potenziale futuro di questa evoluzione a livello locale;
 - b. degli attori attivi sul territorio, siano essi enti istituzionali, del Terzo settore o altri sodalizi della società civile organizzata;
 - c. della consistenza degli anziani in carico ai Servizi sociali, assistiti dall'Azienda Sanitaria del Friuli Occidentale (ASFO) o comunque presenti in qualche database di enti fornitori di servizi e interventi;
- 2) realizzazione di focus group e interviste in profondità ai principali referenti degli attori territoriali che erogano servizi ed interventi a favore della popolazione anziana, al fine di approfondire i dati quantitativi raccolti e/o per rilevare i bisogni emergenti.

Ci auguriamo che la rilevazione abbia assunto anche una valenza educativa e trasformativa della conoscenza del bisogno volta a responsabilizzare non solo gli enti istituzionali, ma anche tutti gli attori della comunità, a partire dallo stesso anziano e dai suoi caregiver (familiari, assistenti familiari, amministratori di sostegno, ecc.).

⁸ Si sottolinea che la lettura dei dati di contesto sono qui considerati per prevedere entità e diversità di una potenziale domanda, capace di esprimere il bisogno, mentre i dati dell'offerta sono da considerarsi strumentali all'individuazione dei bisogni sottostanti.

⁹ La rilevazione indiretta dei bisogni rappresenta certamente un limite della presente indagine.

¹⁰ Per finalità comparative i dati statistici impiegati si arrestano al 2022. Aggiornamenti più recenti sono stati inseriti in qualche nota se rilevanti ai fini dell'approfondimento della tematica in oggetto. Sfuggono a tali limiti temporali le proiezioni demografiche sul prossimo futuro.

PARTE I: DIMENSIONI QUANTITATIVE

2. Dinamiche demografiche: la componente anziana ieri, oggi e nei prossimi anni

Nell'approcciare lo studio dei bisogni delle persone anziane, un primo passo è delimitarne i perimetri e contestualizzarli rispetto al territorio di riferimento e ai territori circostanti. Nel primo paragrafo si presenta dunque innanzitutto una descrizione del contesto sanvitese, osservandolo sia all'interno (comuni), che in rapporto ai valori provinciali, regionali e nazionali. Nel secondo paragrafo, sulla base dei dati Istat sulla popolazione, si esplorano invece le principali caratteristiche sociodemografiche dei residenti anziani del territorio (fasce d'età, sesso) e la loro evoluzione nel tempo. Grazie alle nuove statistiche sperimentali Istat, si è potuto non solo osservare l'evoluzione storica degli anziani nell'ultimo ventennio (2002-2022), ma è stato inoltre possibile presentarne per la prima volta plausibili scenari futuri¹¹, che si ritengono fondamentali per gli scopi stessi del progetto Vit@care.

2.1 Il territorio sanvitese

In questo rapporto indichiamo con territorio sanvitese l'Ambito Territoriale Sociale (ATS) "Tagliamento", articolazione del Servizio Sociale dei Comuni e coincidente con il Distretto sanitario omonimo dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO). L'ATS è composto da 8 Comuni: Casarsa della Delizia, Cordovado, Morsano al Tagliamento, San Giorgio della Richinvelda, San Martino al Tagliamento, San Vito al Tagliamento, Sesto al Reghena e Valvasone Arzene.

Tutti i dati e le informazioni faranno riferimento a questo aggregato territoriale abitato da 45.137 persone (dato al 31 dicembre 2022), di cui **10.937 anziani, equivalenti al 24,2% del totale dei residenti**¹². Coloro che hanno compiuto 80 anni sono 3.475 e registrano un'incidenza del 7,8%. L'incidenza della popolazione anziana non è però distribuita omogeneamente all'interno dell'ATS diversificandosi tra i comuni: a Morsano al Tagliamento raggiunge il 29%, mentre a Sesto al Reghena si ferma al 23,2% (9,8% e 6,8% rispettivamente per gli ultra ottantenni). Come avremo modo di rilevare, queste differenze interne all'aggregato territoriale si ripetono anche per altri aspetti che riguardano gli anziani.

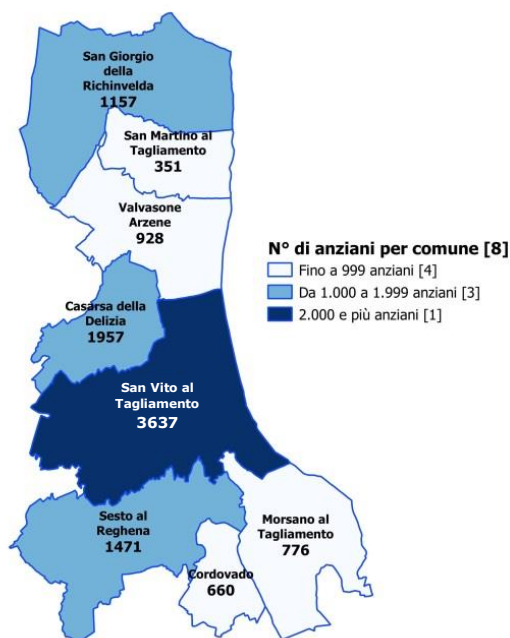
¹¹ Istat, statistiche sperimentali sulla popolazione residente. I dati disponibili a livello comunale coprono un arco previsionale fino al 2031, tra questi si è considerato opportuno focalizzarsi sullo scenario mediano.

¹² Per anziani si intendono le persone che hanno compiuto 65 anni. I demografi dividono questa fascia d'età in tre sottocategorie: i 'giovani anziani' (65-74), gli 'anziani' veri e propri (75-84) e i 'grandi anziani' (85 e oltre) (Cfr. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf).

La popolazione anziana, diversamente dalle altre fasce d'età, è a **maggioranza femminile** (sono il 54,7%); la prevalenza di donne aumenta progressivamente in ogni coorte d'età e raggiunge quasi i due terzi nei grandi anziani. L'analisi dei bisogni non può prescindere da questa forte caratterizzazione femminile della terza e quarta età.

Confrontando questi dati con altri macro-aggregati territoriali si evince che l'ATS Tagliamento ha un'incidenza di anziani e di ultra ottantenni sul totale della popolazione inferiore al resto della provincia pordenonese e alla regione Friuli Venezia Giulia mentre è leggermente superiore al dato medio nazionale¹³.

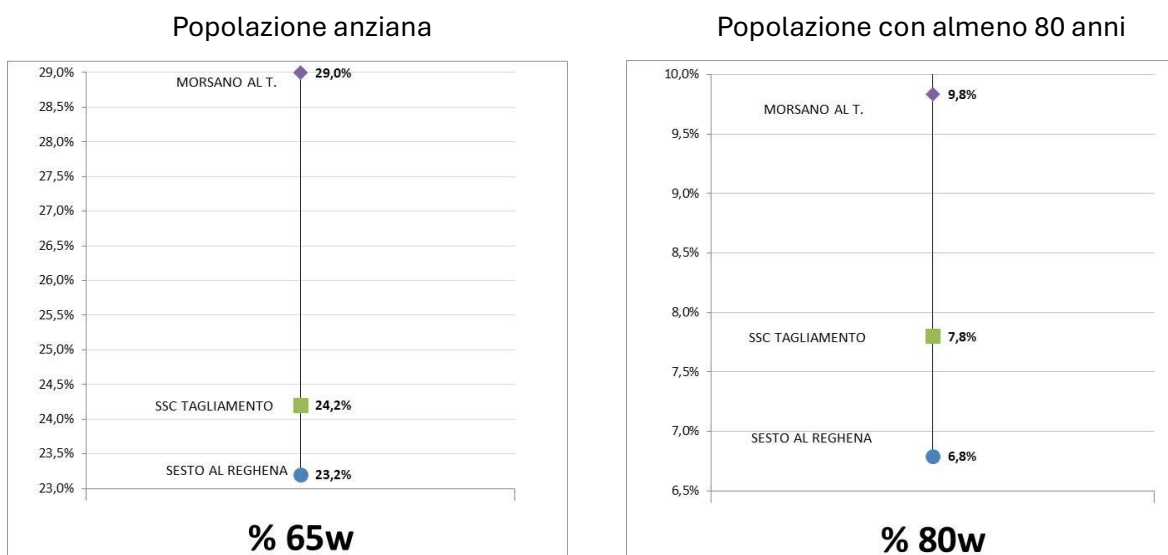
Fig. 2.1.1: numerosità della popolazione anziana per comune (2022)



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT, dati al 31.12.2022

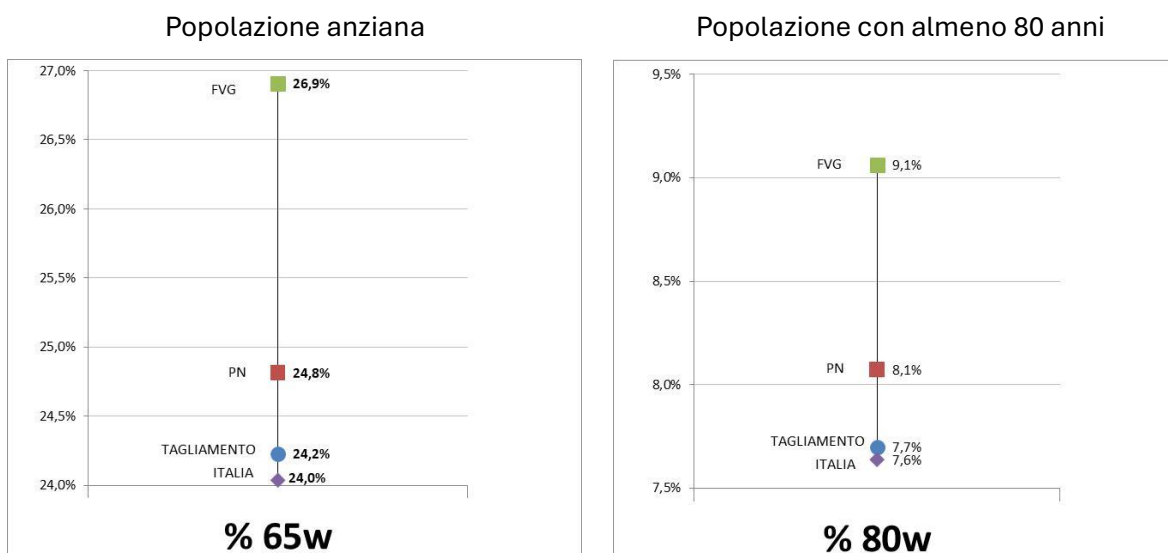
¹³ Altri dati demografici sono disponibili sul portale ISTAT denominato ANZIANI.STAT – dati e indicatori sull'invecchiamento della popolazione in Italia (dati-anziani.istat.it).

Fig. 2.1.2: Confronto delle incidenze di anziani e grandi anziani sul totale degli abitanti tra l'ATS Tagliamento e i restanti livelli territoriali



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT, dati al 31.12.2022

Fig. 2.1.3: Confronto delle incidenze di anziani e grandi anziani sul totale degli abitanti tra l'ATS Tagliamento e i restanti livelli territoriali



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT, dati al 31.12.2022

2.2 Andamento della popolazione anziana

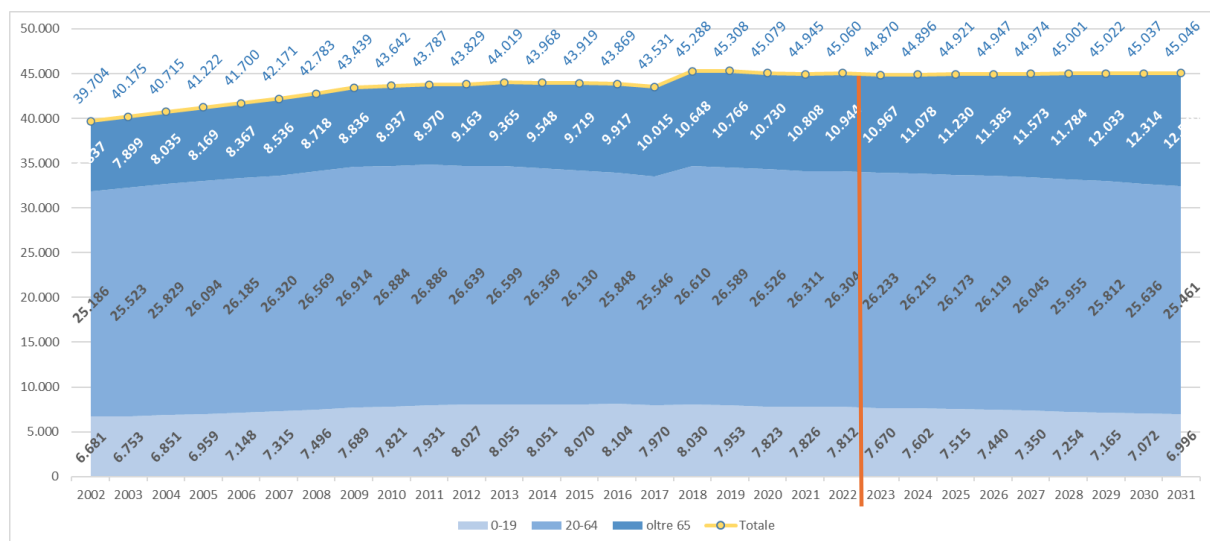
Nel contesto di un territorio sanvitese “più giovane” rispetto al resto della provincia e con valori più prossimi a quelli nazionali che regionali, l’analisi storica evidenzia tuttavia come il territorio non sia esente dal più generale processo di invecchiamento della popolazione residente. Tale fenomeno, è bene ricordarlo, non è influenzato solamente

dall'innalzamento dell'aspettativa di vita media, ma anche dai più ampi rapporti intergenerazionali.

Nel ventennio 2002-2022, la popolazione del sanvitese ha visto una decisa crescita fino al 2018 (+14,1%), per poi assestarsi poco sopra i 45.000 residenti nel successivo quinquennio e raggiungendo una fase stazionaria sostanzialmente confermata dalle proiezioni al 2031. Se osserviamo l'evoluzione demografica in riferimento alle fasce d'età principali, si nota come la crescita demografica dell'ultimo ventennio, e la tenuta futura della popolazione residente siano determinate in primis da un aumento costante della componente anziana. Essa passa infatti dalle 7.837 persone del 2002 alle 10.944 del 2022 (+39,6%), a fronte di una popolazione minorile cresciuta del 16,9% e quella adulta del 4,4%. Queste ultime due fasce inoltre mostrano un'inversione di tendenza dal 2018 e sono previste in calo fino all'inizio della nuova decade. Viceversa, nel medesimo periodo **la componente anziana è prevista in ulteriore crescita del 14,2% (circa 1.600 unità).**

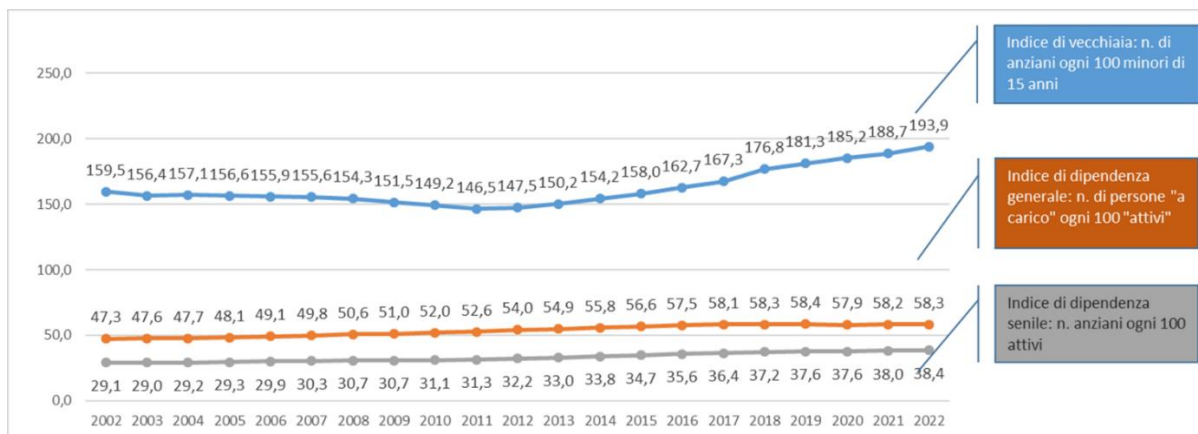
Se dunque nel 2002 ogni 100 residenti si avevano 17 minori, 63 adulti e 20 anziani, nel 2031 tali valori sono previsti a circa 15 per i minori, 57 per gli adulti e 28 per gli over 65enni. Tali evoluzioni sono confermate dall'andamento dei principali indici di struttura della popolazione nel periodo 2002-2022: se a inizio periodo il rapporto tra over 65enni ogni 100 minori di 15 anni (indice di vecchiaia) era pari a 159, nel 2022 esso sfiora quota 194, marcando un'inversione di tendenza nel 2012; diversamente, l'indice di dipendenza senile, ovvero il numero degli over 65enni ogni 100 residenti in età attiva (15-64 anni) è costantemente cresciuto, da 29 del 2002 a oltre 38 nel 2022.

Fig. 2.2.1: Andamento popolazione dell'ATS Tagliamento per fasce d'età, v.a. 2002-2022, proiezione 2023-2031 (scenario mediano)



Fonte: Demolstat, popolazione residente e proiezione demografica

Fig. 2.2.2: Principali indici di struttura della popolazione dell'ATS Tagliamento (2002-2022)



Fonte: Demolstat, Indici di struttura della popolazione residente

Fig. 2.2.3: % popolazione ATS Tagliamento per fascia d'età (2031 stima)

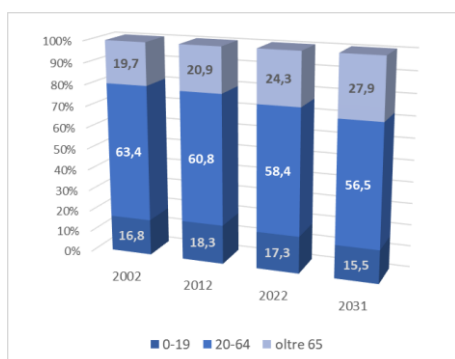
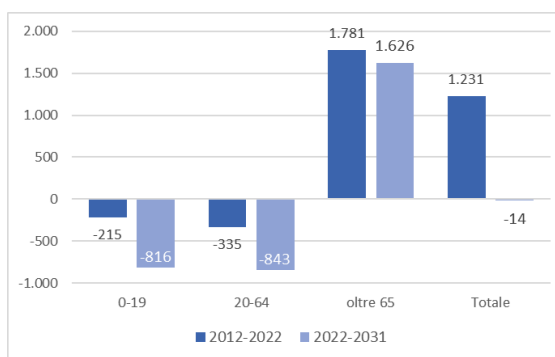


Fig. 2.2.4: Variazione popolazione ATS Tagliamento (v.a. 2012-2022 e stima 2022-2031)



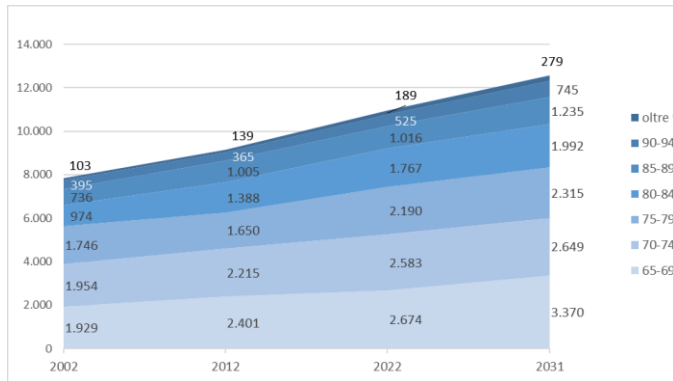
Fonte: Demolstat, popolazione residente e proiezione demografica

Tale processo di **graduale invecchiamento della popolazione generale** implica inoltre un ulteriore aspetto di rilevanza, ovvero l'innalzamento dell'età media degli anziani stessi. Nel periodo 2002-2022, la componente anziana è cresciuta di oltre 3.100 unità, ma con una sempre maggiore incidenza delle fasce alte della popolazione residente:

- gli ultra 80enni passano dal 28,2% del totale al 32%, e mostrano una previsione al 2031 che sfiora il 34%;
- gli ultra 85enni, stabili nel periodo, sono inoltre previsti in crescita a fine decade, passando dal 15,8% al 18%.

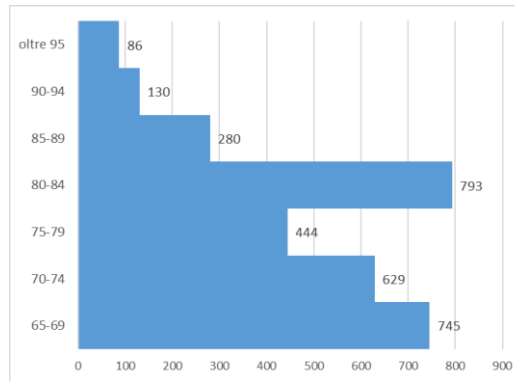
In questo scenario, l'analisi previsionale per micro fasce d'età mostra un'evoluzione che vede un afflusso dalle categorie adulte unito ad una espansione delle fasce ultra 85enni, ma un aumento più contenuto e una progressiva minor incidenza della fascia mediana (70-79 anni) della popolazione.

Fig. 2.2.5: Popolazione ATS Tagliamento over65 per fascia quinquennale d'età (v.a. 2002,2012,2022; stima 2031)



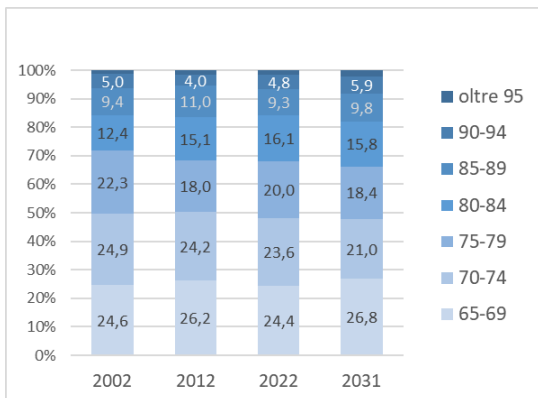
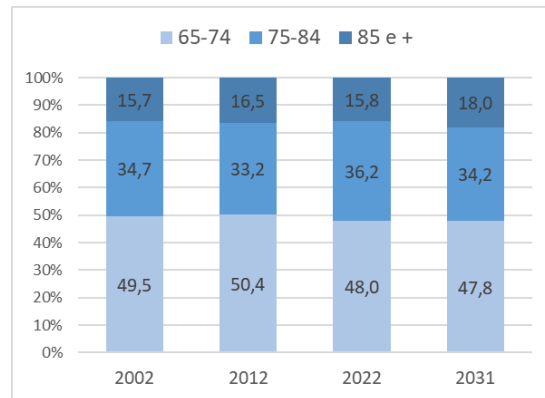
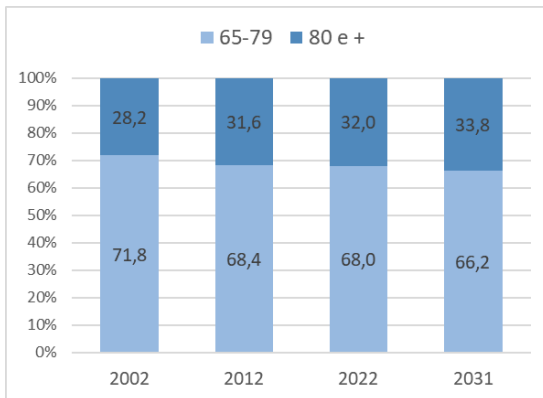
Fonte: Demolstat, popolazione residente

Fig. 2.2.6: Variazione over65enni ATS Tagliamento per fascia quinquennale d'età (2002-2022; tot: +3.107)



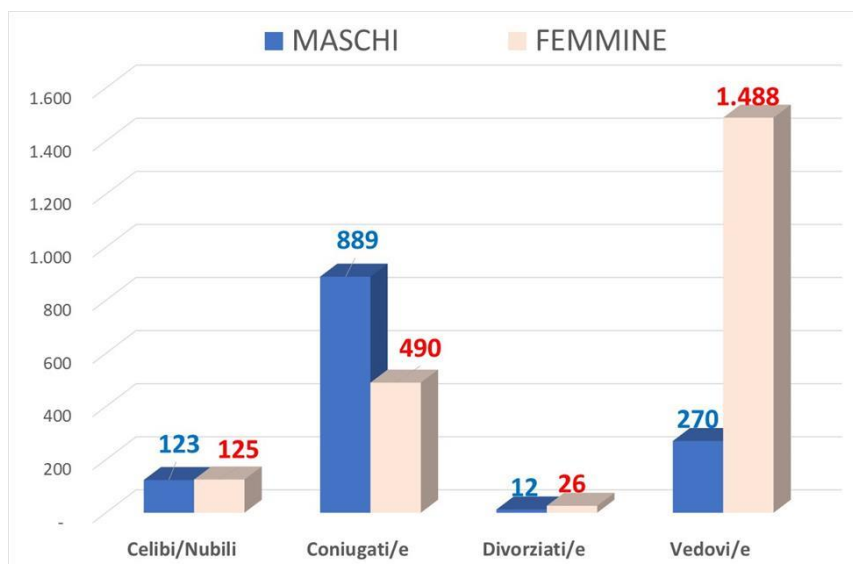
Fonte: Demolstat, popolazione residente

Fig. 2.2.7: Scomposizione % della popolazione anziana per fasce d'età - Principali segmentazioni in uso statistico e amministrativo. (anni 2002-2012-2022, stima 2031)



Fonte: Demolstat, popolazione residente e proiezione demografica

Fig. 2.2.8: Grandi anziani per genere e scomposizione per stato civile



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT, dati al 1° gennaio 2022

3. Una stima del fabbisogno assistenziale degli anziani

Ricostruite le dimensioni demografiche del territorio, è possibile proporre una stima del fabbisogno assistenziale della popolazione anziana residente applicando il dato territoriale al sistema di calcolo già in uso dalla Regione FVG¹⁴. Ciò permette di perimetrare con maggior precisione i possibili confini (sempre porosi) della popolazione anziana attiva (autosufficiente) e quella dai diversi profili di compromissione.

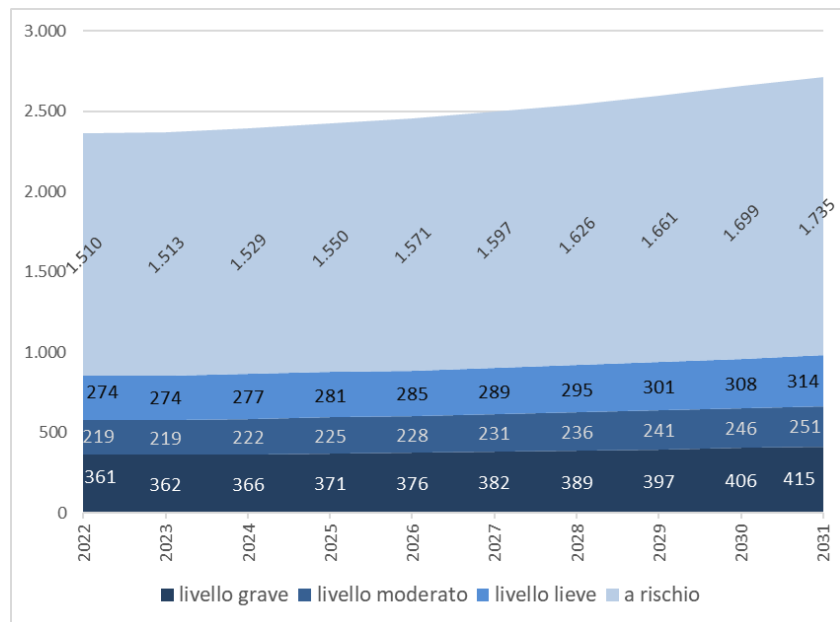
Dei 10.944 anziani residenti nel territorio al 31.12.2022, le stime indicano che il 78% (8.580) è sicuramente autosufficiente, ma ben **il 14% (1.510 persone) risulta a rischio di transitare verso la non autosufficienza, condizione in cui si trova il restante 7,8% della popolazione anziana (circa 850 individui)**. Tra questi ultimi, la maggior incidenza è dei casi di grave compromissione (360), seguiti dalle prime non autosufficienze e infine dal livello di compromissione moderato, che pare suggerire un transito veloce tra stati di bisogno assistenziale.

Le proiezioni mostrano inoltre chiaramente come vi sia una **netta predominanza (71%) di donne tra la popolazione non autosufficiente**, e come vi siano traiettorie anche marcatamente diverse tra i due generi, in larga parte spiegate dal differenziale nell'età media e nell'aspettativa di vita: se la componente maschile presenta profili di gravità medio-lievi fino al superamento del 90° anno d'età, per le donne la non autosufficienza grave si mostra in maniera più precoce e le fasce di gravità aumentano più armonicamente al crescere dell'età, suggerendo una transizione più lenta della controparte maschile dalla lieve alla grave compromissione nelle autonomie.

Infine, pur non essendo plausibile controllare le future evoluzioni del contesto, ai fini della programmazione ragionata dei servizi è possibile "proiettare" tali dati alla stima della popolazione Istat presentata nel capitolo precedente. Considerato che la popolazione anziana è prevista in crescita, **il territorio vedrà la popolazione a rischio passare dalle circa 1.500 persone attuali a oltre 1.700 nel 2031**, mentre la **popolazione non autosufficiente si prevede in crescita dagli attuali 850 individui a circa 980**.

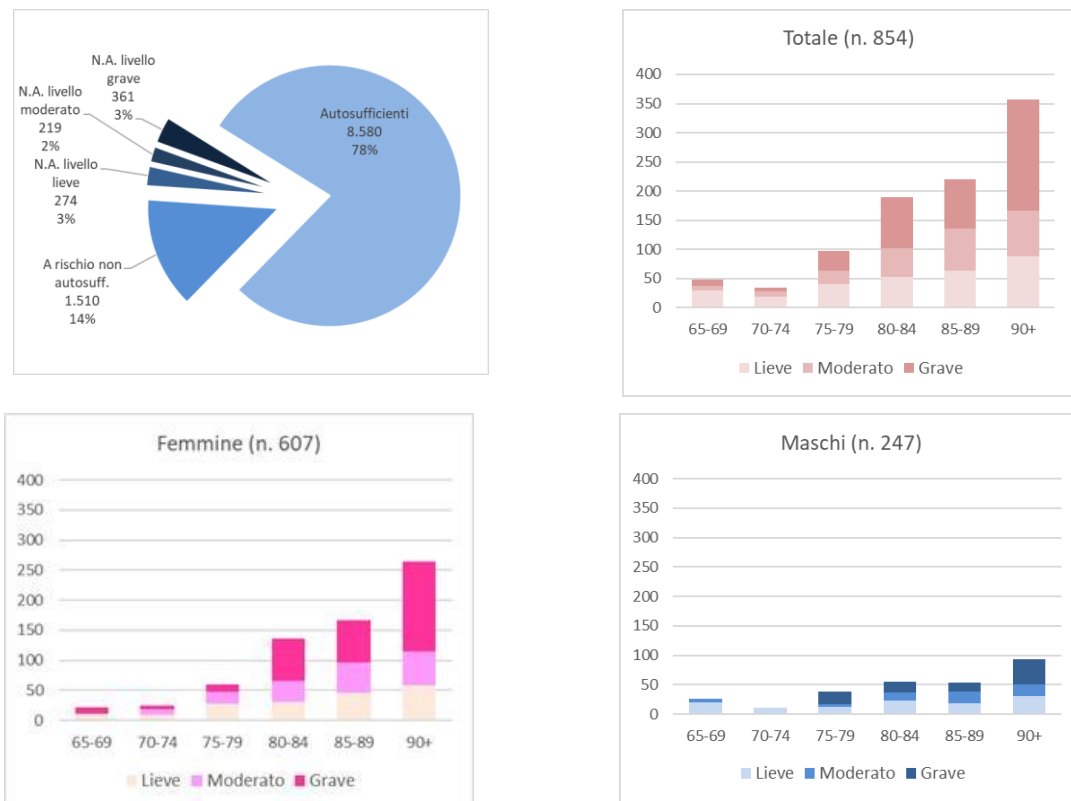
¹⁴ Fabbisogno calcolato in base agli indicatori contenuti nello studio Regione Toscana (Cfr. ARS Toscana, 2009), proposti nella DGR 672/2015 su parametri già adottati con deliberazione n. 2486 del 20.11.2008. Per una descrizione dei profili di bisogno delle persone accolte in struttura si veda pure il D.P.Reg. 144/2015 e ss. mm. ed ii.

Fig. 3.1: proiezione bisogno assistenziale della popolazione anziana non autosufficiente o a rischio dell'ATS Tagliamento (2022-2031)



Fonte: Elaborazioni su Demostat, popolazione residente e proiezione demografica, e Regione FVG

Fig. 3.2: Stima della popolazione anziana non autosufficiente dell'ATS Tagliamento per genere e fascia d'età (v.a. e % 2022)



Fonte: Elaborazioni su Demostat, popolazione residente e proiezione demografica, e Regione FVG

4. La popolazione anziana assistita dal Servizio sociale dei Comuni

In questo capitolo si cercherà di ricostruire l'andamento del ricorso al Servizio Sociale dei Comuni (SSC) da parte della popolazione anziana residente, presentandone dapprima una contestualizzazione territoriale e le principali caratteristiche sociodemografiche, per poi approfondire le problematiche espresse e i principali servizi attivati. Nell'analisi sono stati tenuti in considerazione tanto le serie storiche ufficiali della Regione quanto i dati di processo gestionali prodotti dal SSC.

4.1 Caratteristiche generali e confronto territoriale

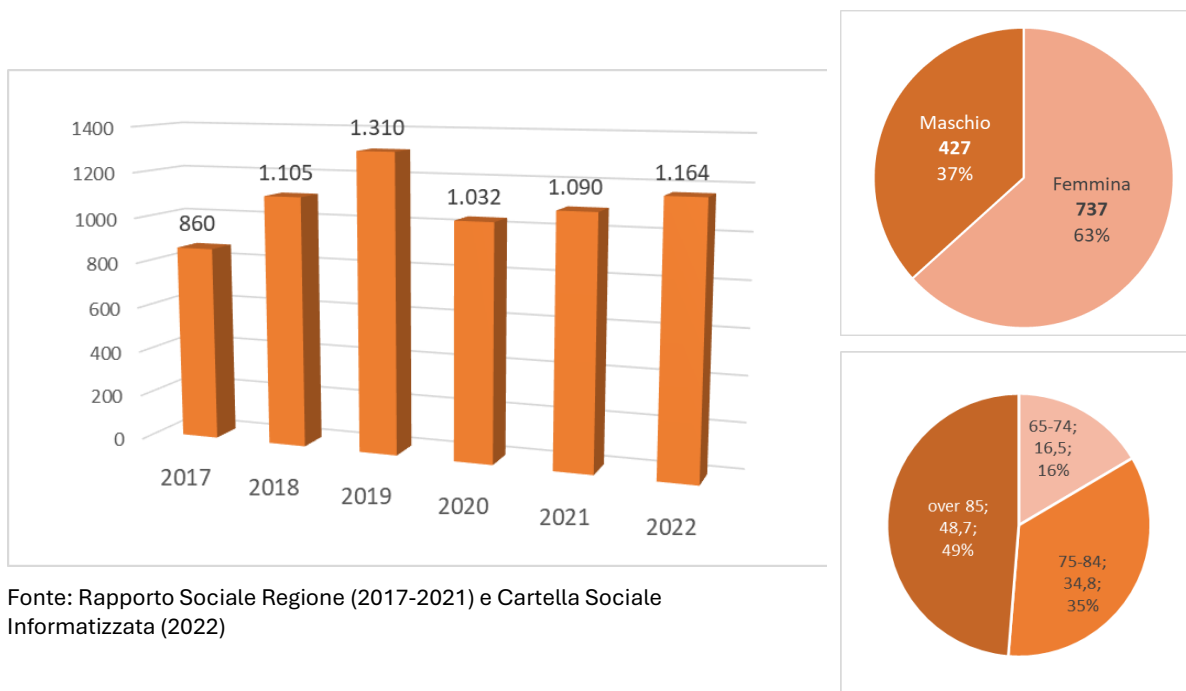
Il numero di anziani residenti che hanno avuto accesso, per qualche tipo di intervento, al SSC segna un notevole aumento nel quinquennio 2017-2022, passando da 860 a 1.164 individui e famiglie assistite (+35%), sebbene sia evidente una discontinuità coincidente con l'insorgenza della pandemia da Covid-19 nel 2020.

Con riferimento al 2022, un primo dato rilevante è certamente l'incidenza delle persone ultra 85enni, che sfiorano la metà dei casi (567 pari al 48,7%). Un ulteriore 35% si colloca tra i 75 e gli 84 anni e il restante 16% sotto i 74 anni d'età. Quasi due terzi delle persone seguite sono donne, e tale differenziale di genere, invertito nelle fasce più giovani degli anziani in carico, cresce ai diversi passaggi di fascia d'età, superando il 70% tra gli ultra 85enni. I dati disponibili riportano inoltre uno scenario familiare largamente connotato dalla solitudine, condizione che accomuna il 44% dei richiedenti nel 2022 (515), ed in particolare 260 ultra 85enni. A questi si aggiunge un 10% di coppie non conviventi con figli e/o caregiver. Un terzo, siano coppie o genitori vedovi (nell'80% dei casi donne), convive con i propri figli, mentre la restante parte (13%) si trova in condizione di convivenza extra-parentale, principalmente con i caregiver (assistenti familiari). Oltre il 28% delle persone assistite nel corso del 2022 risultava inoltre persona con disabilità certificata ai sensi della L. 104/1992.

Le problematiche che contraddistinguono i richiedenti sono principalmente legate alla progressiva perdita di autosufficienza (72% delle richieste) ma si presentano sempre articolate (multidimensionali) con quelle di salute (9%), di tenuta del nucleo familiare (11%) e di socialità e relazioni, con in media 6 difficoltà segnalate per ciascun utente. Come è lecito aspettarsi, al crescere dell'età la mancanza delle autonomie quotidiane incide progressivamente sempre in maniera maggiore, esprimendo un bisogno di supporto costante nella giornata e nella settimana e implicando più spesso problematiche legate alle possibilità del supporto familiare. Nelle fasce più giovani (fino

ai 75 anni), emergono invece con forza le problematiche reddituali, che giungono quasi a pareggiare le richieste legate all'autosufficienza compromessa.

Fig. 4.1.1: Anziani in carico al SSC (v.a. 2017- 2022); Scomposizione di genere e fascia d'età (2022)



Fonte: Rapporto Sociale Regione (2017-2021) e Cartella Sociale Informatizzata (2022)

Fig. 4.1.2: Utenti anziani per fascia d'età e genere (v.a. 2022)

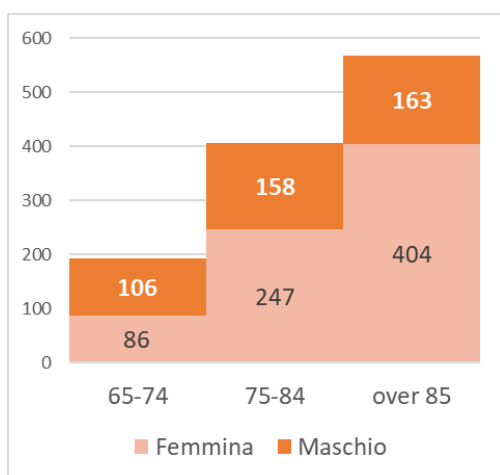
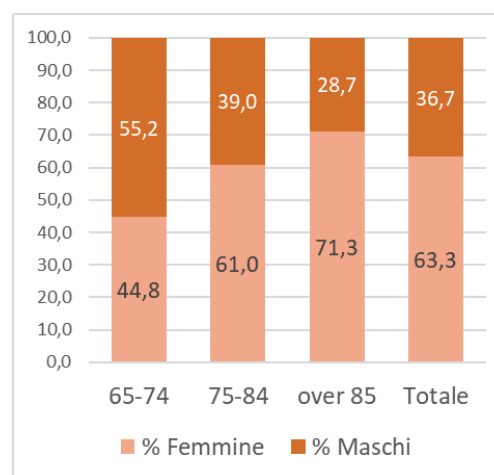
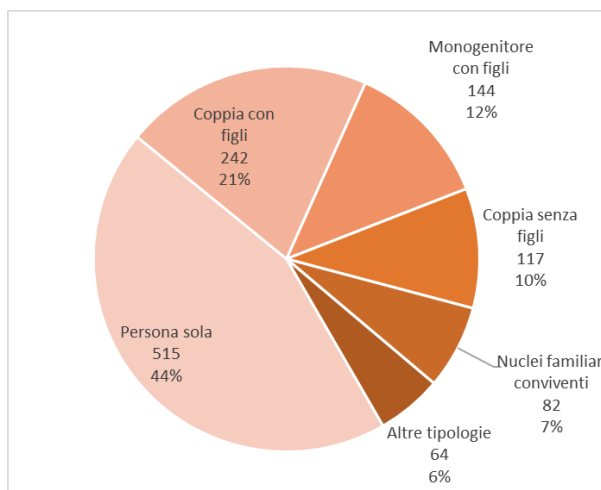


Fig. 4.1.3: % utenti per genere e fascia d'età (2022)



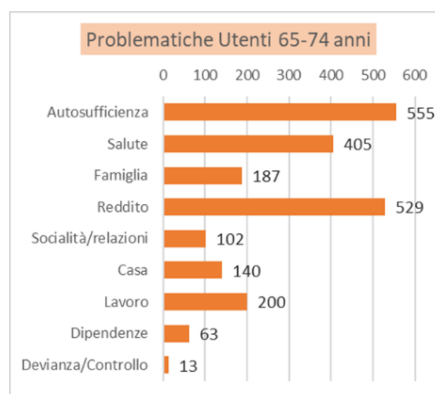
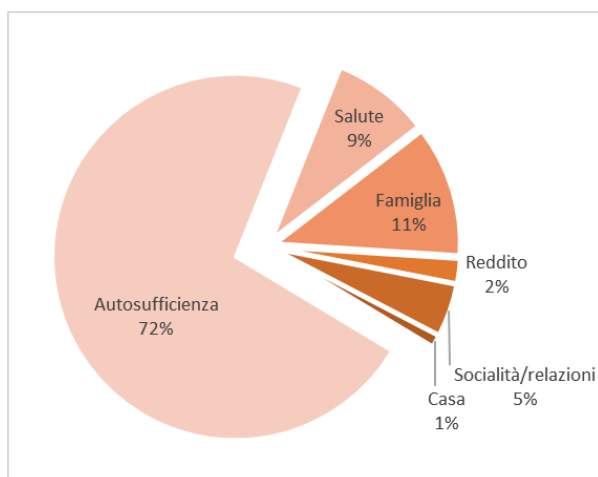
Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.1.4: Utenti anziani per tipologia familiare (v.a. e % 2022)

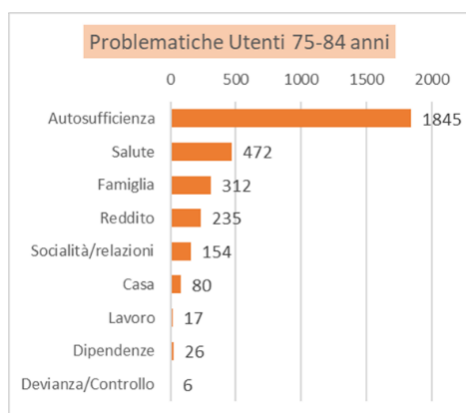


Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

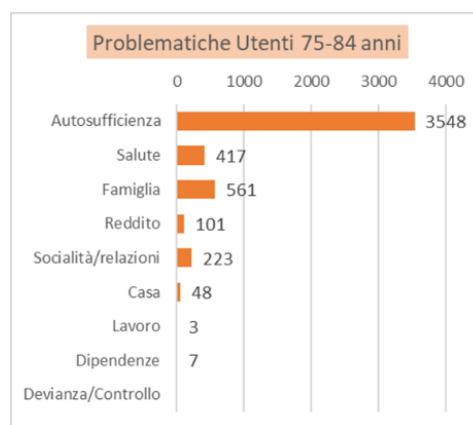
Fig. 4.1.5: Bisogni dell'utenza anziana in carico (2022): problematiche per fascia d'età e n. medio di problematiche per utente



6,8



5,7



6,9

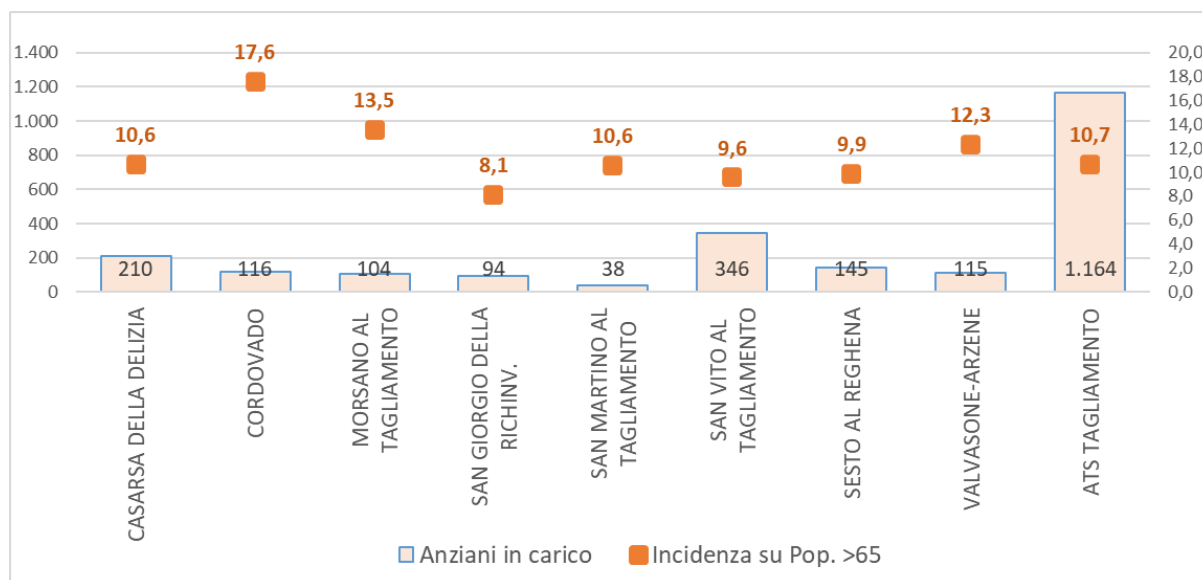
Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Relativamente al 2022, a livello di ambito il 10,4% dei residenti anziani (1.164 persone) ha avuto accesso al SSC, ma con un’incidenza anche fortemente diversificata nei singoli comuni del territorio, che varia da un minimo dell’8,8% di San Giorgio della Richinvelda ad un massimo del 17,6% di Cordovado. Se ci concentriamo sui grandi anziani la percentuale che a livello di Ambito accede al SSC sale al 32,7% dei residenti, uno su tre.

Pur con una popolazione mediamente più giovane del contesto regionale, nel periodo 2017-2021 la percentuale di utenti anziani su popolazione residente (10,1% nel 2021) si è mantenuta sempre sopra i valori regionali (8,2%), e ha individuato inoltre un’incidenza sul totale dei casi che solo nell’ultimo anno si è allineata al dato regionale.

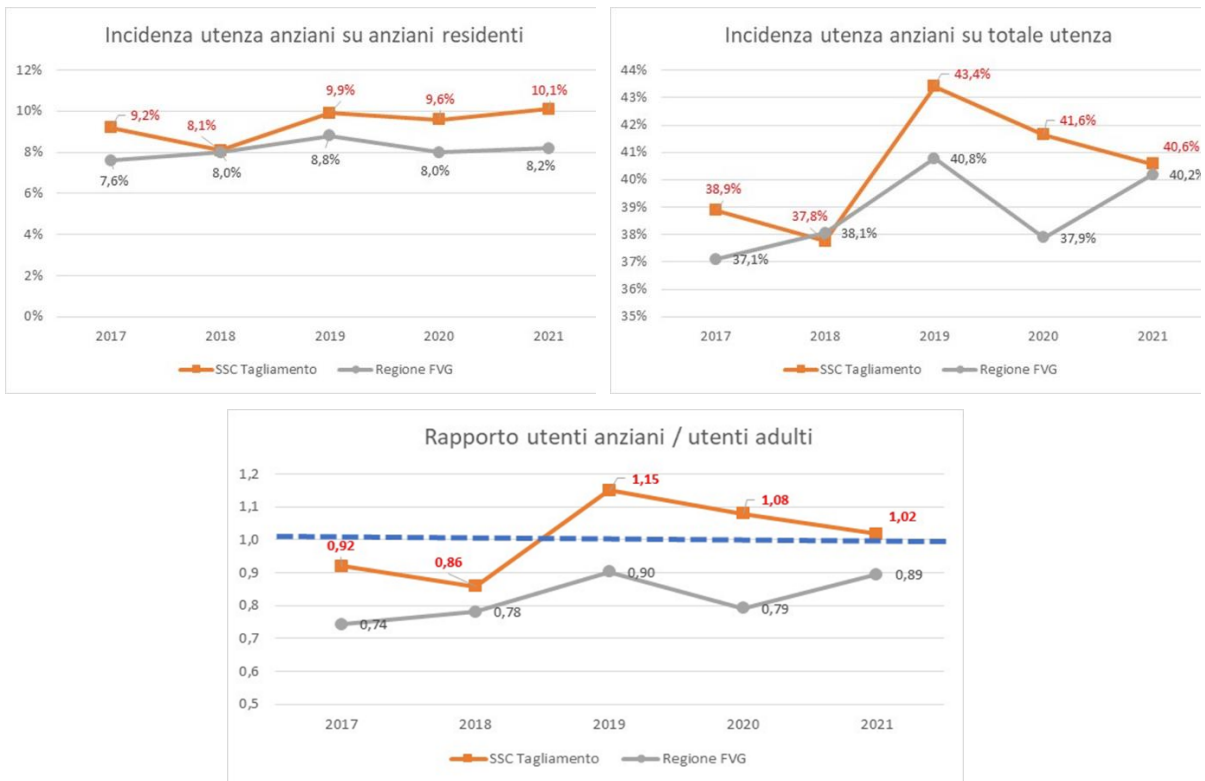
L’analisi dell’utenza per fasce d’età non mostra scostamenti rilevanti nel confronto provinciale, con un’incidenza di persone anziane sul totale dei casi che è solo di poco superiore alla media di area vasta (42,3% e 42,1% rispettivamente). Tuttavia, tanto in riferimento al dato regionale quanto a quello provinciale, l’Ambito mostra una sovra-rappresentazione della componente anziana rispetto a quella adulta in carico.

Fig. 4.1.6: Utenti anziani in carico per Comune e incidenza su popolazione anziana residente (2022)



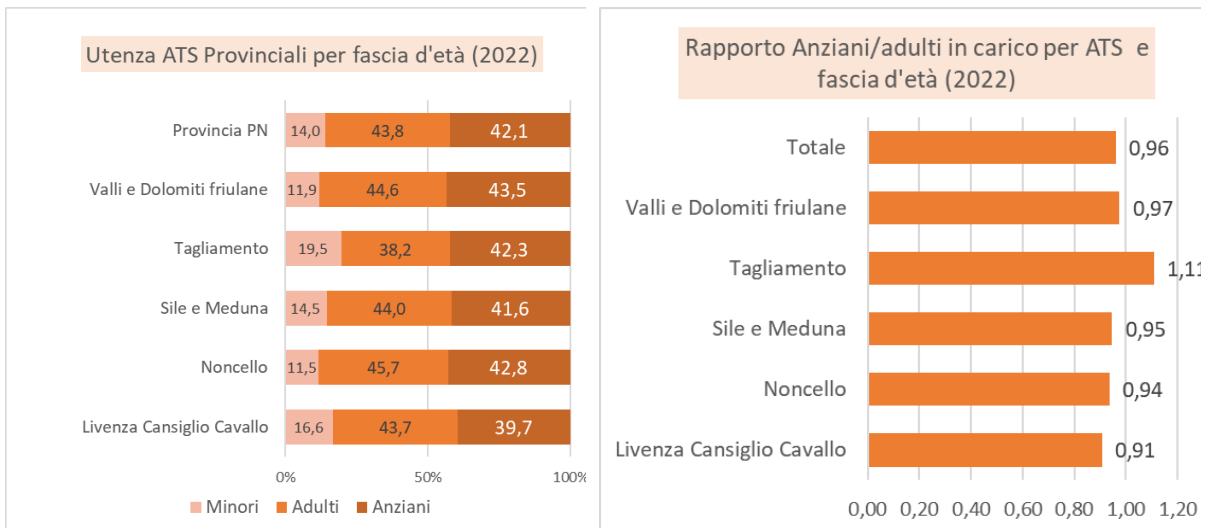
Fonte: Demolstat e Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.1.7: Utenza anziana dell'ATS Tagliamento, confronto con dato Regione FVG (2017-2021)



Fonte: Rapporto Sociale Regione e Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.1.8: Utenza anziana dell'ATS Tagliamento, confronto con gli altri ATS del territorio provinciale (2017-2022)



Fonte: Rapporto Sociale Regione e Cartella Sociale Informatizzata

4.2 Servizi ed interventi del Servizio Sociale dei Comuni

Il sistema di offerta del SSC è, in questa sede, articolato secondo macro-tipologie di interventi, come codificate dal sistema informativo regionale. Tale classificazione permette una prima lettura trasversale del sistema dei servizi e degli interventi sociali in favore dei richiedenti anziani del territorio, mentre una trattazione specifica verrà riservata ai servizi di maggior rilevanza per il sostegno alla domiciliarità.

Nel corso del 2022, per i 1.164 beneficiari anziani sono stati attivati **2.574 interventi, ovvero 2,21 interventi pro-capite**. Al crescere della fascia d'età, cresce anche il numero medio di interventi, a conferma di una maggiore complessità del bisogno, con il 49% dei servizi attivati a favore di persone ultra 85enni.

La maggior parte degli interventi attivati (51%) attiene al Servizio Sociale Professionale (SSP) e comprende i processi di accoglienza delle istanze, valutazione sociale e/o integrata, predisposizione del piano individualizzato e gestione della presa in carico. Gli interventi a sostegno della domiciliarità, che approfondiremo, superano il 34% del totale, mentre quelli per l'accesso a servizi residenziali e semiresidenziali si assestano al 12%, a conferma di un impegno dei Servizi orientato ad evitare o ritardare l'istituzionalizzazione. Il sostegno al reddito e altre forme di inserimento sociale sono invece residuali, e interessano principalmente le fasce più giovani dell'utenza anziana. Se si analizzano le principali tipologie di intervento per fascia d'età si nota inoltre una discontinuità nel passaggio dei 75 anni: nei giovani anziani infatti prevalgono le attività di SSP, con la presenza di richieste emergenti di inserimento sociale e supporto economico, mentre tra gli over 75 e i grandi anziani il supporto alla domiciliarità e il ricorso alle strutture residenziali pareggiano gli interventi professionali. Pur tenendo in considerazione una minore richiesta della fascia 75-84 anni rispetto agli over 85enni, non si notano differenziali nella distribuzione dei principali interventi attivati, in particolare per l'inserimento in forme semi o completamente residenziali.

Come accennato, il nucleo centrale di servizi ed interventi del SSC ruota attorno al supporto della domiciliarità, intesa sia come sostegno alle autonomie dell'anziano che come sostegno al nucleo e/o ai caregiver. Significativi in tal senso sono dunque i dati relativi al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) e il servizio di consegna pasti a domicilio¹⁵.

Il SAD nel periodo 2017-2022, ha raddoppiato il proprio bacino di utenza arrivando a oltre 300 beneficiari nel 2022 e, vale la pena sottolinearlo, con un calo minimo nell'anno del Covid. Nel corso del lustro in considerazione, il Servizio si è progressivamente espanso, passando a coprire oltre il 26% degli interventi in area

¹⁵ Oltre a questi servizi, rilevanti sono anche i Centri Sociali: spazi aperti agli anziani o alle persone con disabilità che desiderano stare assieme agli altri per svolgere attività ricreative e riabilitative.

anziani, dal 18% del 2017¹⁶. Ciò pone il territorio sopra la media dell'area vasta provinciale per l'incidenza del servizio sul totale dell'offerta e anche come popolazione raggiunta dal servizio (2,8% degli anziani residenti contro il 2,4% dell'area vasta). All'interno dell'articolata offerta del servizio, una quota preponderante delle attivazioni avviene su richiesta di supporto nella cura della persona a domicilio, mentre le azioni di monitoraggio, gestione domestica e socializzazione assumono un peso inferiore¹⁷.

Nel 2022, i **beneficiari dei contributi FAP sono stati 228**, sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente, che aveva tuttavia segnato un aumento significativo rispetto al 2020¹⁸. Il fondo ha canali specifici per il supporto al caregiving familiare (parzialmente nell'Assegno Per l'Autonomia - APA), ed extrafamiliare (Contributo assistenti familiari - CAF), oltre a stanziamenti dedicati in caso di situazioni dementigene. I contributi per l'abbattimento dei costi dell'assistenza familiare (badanti) coprono la maggior parte delle richieste (176 beneficiari), mentre 50 nuclei hanno percepito l'APA. Pare sottostimata, anche in forza dei dati qualitativi raccolti, l'attivazione dei fondi dedicati alle demenze¹⁹.

Infine, la **richiesta di fornitura dei pasti a domicilio è cresciuta sino al 2019, per poi assestarsi sulle 146 persone beneficiarie nel 2021**, raggiungendo il 13,4% degli anziani in carico al SSC.

Relativamente limitata è invece la platea di anziani beneficiari di un contributo di sostegno al reddito, confermata anche dal circoscritto numero di percettori della pensione di cittadinanza (erogata dall'INPS), a dimostrazione che la povertà economica non è prerogativa di questa fascia di popolazione.

Altro rilevante supporto fornito alle persone anziane e alle loro famiglie, benché i beneficiari finali siano presenti anche nelle altre fasce d'età, è quanto dispensa lo sportello Amministrazione di sostegno²⁰, la cui gestione è stata affidata dal SSC all'Associazione Insieme per la solidarietà. Nel 2022 gli operatori dello sportello hanno

¹⁶ Se consideriamo il monte ore complessivo erogato, negli anni 2023 e 2024 il SAD ha continuato ad incrementarsi, passando dalle 10.959,23 ore del 2022 alle 16.962,28 del 2023 [Fonte: Scheda obiettivi di PEG – 2023] e registrando un ulteriore incremento nel 2024 (+5,16% considerando il periodo gennaio-agosto) [Fonte: dati interni forniti dal SSC].

¹⁷ Da maggio 2023, sono stati introdotti 3 operatori del SAD specificatamente impegnati in queste ultime attività appositamente rivolte a persone fragili, prive di rete, in situazione di isolamento e spesso con problematiche dementigene.

¹⁸ È plausibile che il valore 2020 sia stato determinato dalle difficoltà nell'esplicitare la richiesta e nel fisiologico rallentamento delle attività dovuto alla gestione dell'emergenza pandemica.

¹⁹ Si specifica comunque che l'assegnazione dello specifico beneficio legato alle demenze tiene conto del principio del maggior favore dell'utente: laddove la valutazione della non autosufficienza, misurata dal punto di vista funzionale, sia più grave di quella rilevata dal punto di vista della demenza, si predilige la prima. Per tale motivo l'accesso ai benefici del FAP specifici per la demenza non fotografa correttamente la diffusione di questa tipologia di patologia tra i beneficiari, nei casi in cui la demenza è accompagnata da un deficit funzionale.

²⁰ Lo sportello è attivo dal 2007.

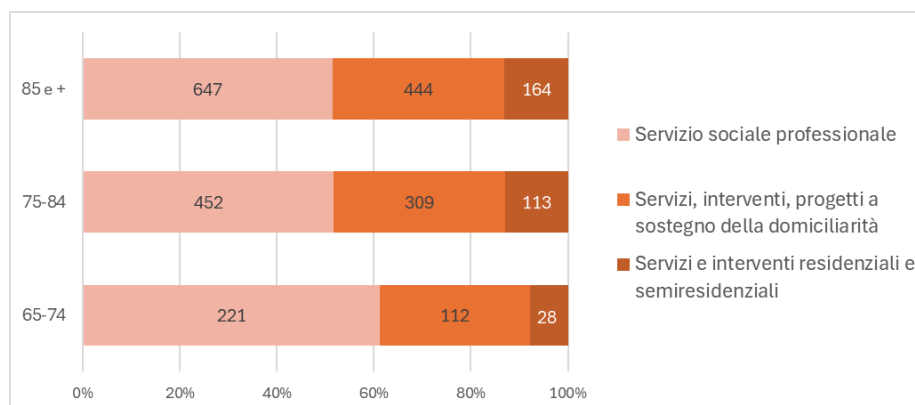
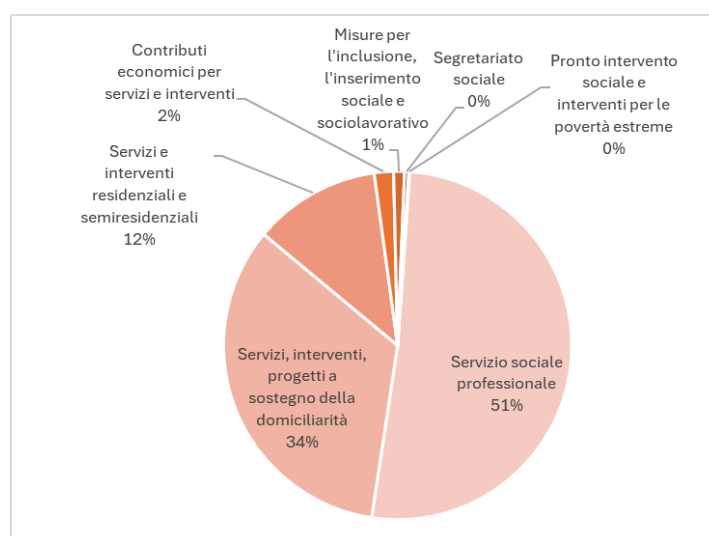
istruito ben 85 ricorsi, 177 istanze e 514 rendiconti, fornendo servizi ad oltre un migliaio di persone.

La notevole attività svolta è frutto anche di un contesto territoriale – il circondario del tribunale ordinario di Pordenone – che si caratterizza storicamente per una tra le più elevate incidenze nazionali di amministrazioni di sostegno sulla popolazione adulta²¹.

L'istituto dell'amministrazione di sostegno può essere concepito come una possibile risposta ad un'ampia e diversificata gamma di bisogni espressi dall'anziano (in particolare di interlocuzione e disbrigo di pratiche con uffici, amministrazioni pubbliche, esercizi commerciali, ecc.), ma può anche configurarsi come occasione per intercettare ulteriori necessità della persona amministrata.

Fig. 4.2.1: Interventi a sostegno dell'utenza in carico: tipologia e fasce d'età (2022)

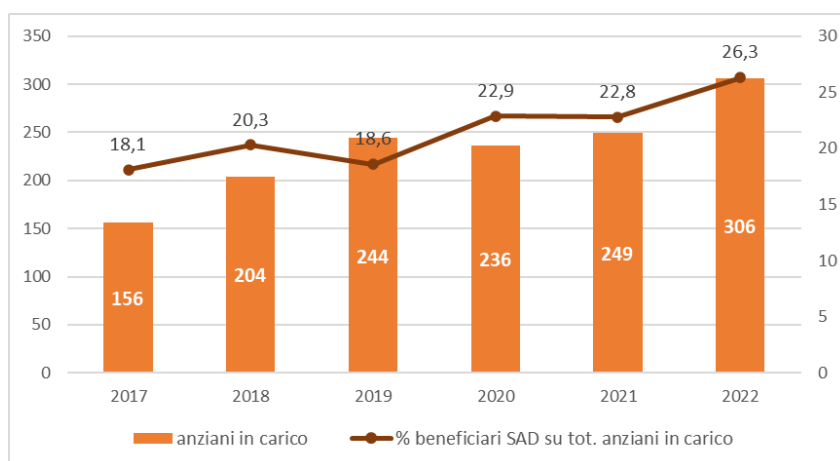
	65-74	75-84	85 e +	Totale
Totale interventi	413	893	1268	2.574
N. Utenti	192	405	567	1.164
N. Medio di Interventi pro-capite	2,15	2,20	2,24	2,21



Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

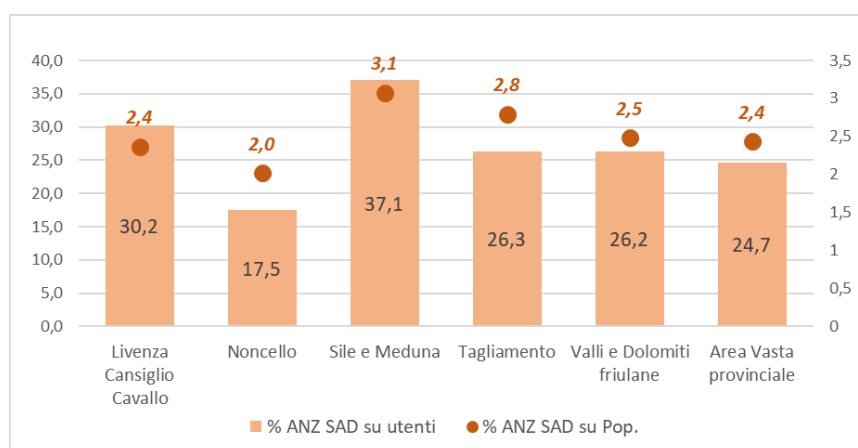
²¹ Per un approfondimento si rinvia all'indagine promossa dall'AIASS e curata da IRSSeS, L'IMPATTO SOCIALE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO, 2019.

Fig. 4.2.2: Andamento utenza anziani beneficiari del servizio di assistenza domiciliare (SAD) 2017-2022 (v.a. e incidenza % su totale anziani in carico)



Fonte: 2017-2021 Rapporto sociale regionale; 2022 Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.2.3: Utenti SAD per ATS: incidenza su popolazione anziana e su casistica anziana (2022)



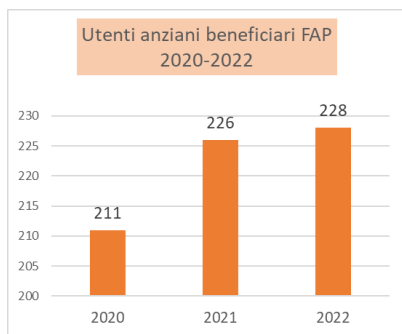
Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.2.4: Utenti anziani beneficiari SAD per tipologia di servizio attivato e fascia d'età (2022)

	65-74	75-84	over 85	Totale
Cura della persona	25	87	134	246
Monitoraggio	4	17	13	34
Governo della casa	5	5	4	14
Vita di relazione		1	2	3
Attivazione di collaborazioni	1			1
Totale	35	110	153	298

Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

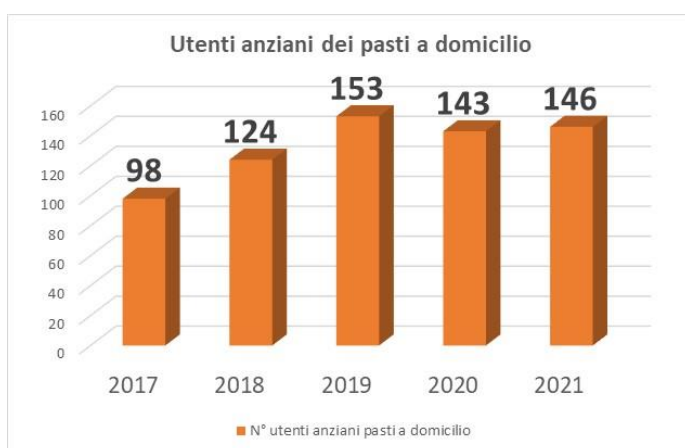
Fig. 4.2.5: Anziani in carico beneficiari FAP per misura e fascia d'età 2020-2022



	65-74	75-84	over 85	Totale
CAF	12	33	112	157
APA	4	19	17	40
CAF Demenze	1	4	14	19
APA Demenze	1	7	2	10
Salute mentale	1			1
Emancipazione e inserimento sociale (art.8)	1			1
Totale	20	63	145	228

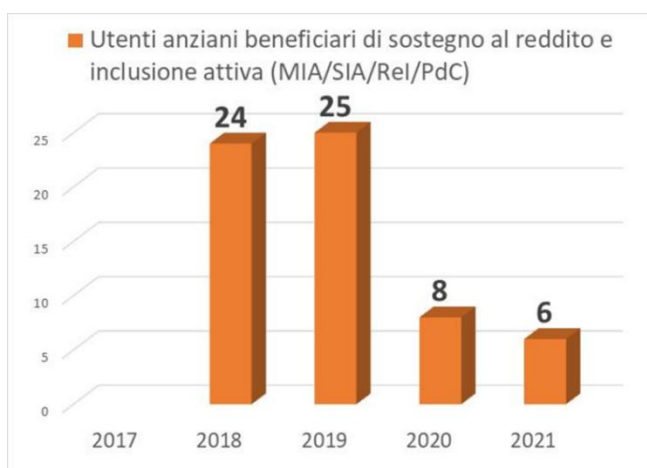
Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.2.6: Anziani in carico beneficiari di pasti a domicilio 2017-2021 (v.a. e incidenza su tot. Casi over 65enni)



Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Fig. 4.2.7: Anziani in carico beneficiari di contributo economico a integrazione reddito familiare 2017-2021 (v.a. e incidenza su tot., casi over 65enni)



Anno: 2022
**44 percettori di
 Pensione di
 cittadinanza**
 (Fonte: INPS)

Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

5. L'Utenza anziana dei servizi sociosanitari e sanitari

In questo capitolo, basandosi sui dati ASFO più recenti (2022/2023), si cercherà di proporre un'analisi del ricorso della popolazione anziana del territorio ai principali servizi sanitari (pronto soccorso) e sociosanitari, cercando di leggere il bisogno attraverso l'offerta dei servizi. Considerata la diversificazione delle informazioni, si propone una lettura organizzata su due assi principali, a ciascuno dei quali verrà dedicato un apposito paragrafo:

- 1) Accesso ai servizi;
- 2) Servizi richiesti/fruiti.

Ove possibile (es: dati pronto soccorso, UVD) si presenteranno alcuni dati relativi ai percorsi di cura (dimissioni ospedaliere, provenienza e destinazione delle persone valutate in equipe). Tuttavia, è opportuno sottolineare che l'organizzare le informazioni secondo uno schema "dall'accesso ai servizi", pur rilevandosi un utile strumento interpretativo, non può necessariamente rendere conto pienamente del carattere spesso ricorsivo dei percorsi di vita e di cura delle persone anziane in stato di bisogno (aggravamenti, ricoveri multipli, rivalutazioni, situazioni emergenziali, ecc.).

5.1 Le persone anziane e l'accesso ai servizi

Nell'analizzare l'accesso della popolazione anziana ai servizi sociosanitari e sanitari, si è dovuto necessariamente porre dei perimetri alla rilevazione, escludendo i percorsi diagnostici e l'attività ospedaliera, ad eccezione del pronto soccorso, considerato indicatore di bisogno emergenziale/acuto. Ciò premesso, si possono individuare come punti di accesso primari i Medici di Medicina Generale (MMG), il Pronto soccorso Ospedaliero (PS) e il Punto Unico di Accesso sociosanitario distrettuale (PUA)²².

L'accesso ai MMG è livello essenziale del SSN ed è garantito all'intera popolazione residente. L'insorgere della pandemia ha profondamente impattato sull'organizzazione e sulla fornitura dei servizi sanitari, evidenziando, al momento della redazione del rapporto, una situazione in via di stabilizzazione per quanto riguarda la dotazione di personale e l'attribuzione dei pazienti. Le informazioni disponibili mostrano un numero di MMG che cresce nel periodo 2019-2022 (da 26 a 31) e un numero medio di pazienti per medico che passa da oltre 1.600 a 1.498²³. Pur tuttavia, si evidenziano alcune differenze nella

²² Si fa presente che, a fine 2022, l'ASFO e i SSC dell'area vasta pordenonese hanno sottoscritto due protocolli operativi riguardanti: "Dimissione protetta e continuità di cura" e "Presa in carico integrata socio-sanitaria e punti unici d'accesso".

²³ In Italia nel 2021, secondo il Rapporto sui Medici di Medicina Generale di AGENAS, sono in attività 40.250 MMG (in calo di 1.457 unità rispetto al 2020). Nello stesso anno il rapporto tra cittadini assistiti e MMG è pari a 1.237 (www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2250-rapporto-sui-medici-di-medicina-

distribuzione dei carichi, con 6 MMG con meno di 1.500 pazienti, e nella copertura territoriale, con i territori di San Vito al Tagliamento, Sesto al Reghena e San Giorgio della Richinvelda, che superano i 1.500 pazienti/MMG, e i restanti comuni che si collocano sotto la soglia dei 1.400. I dati disponibili permettono inoltre di ricostruire l'attività extra ambulatoriale fornita dai MMG a pazienti anziani del territorio (*cf. par. 6.3*), che ha coinvolto 1.780 residenti nel 2022.

Per quanto riguarda invece **l'accesso al Pronto Soccorso** (indicatore di bisogno sanitario emergenziale/acuto), nel corso del 2022 il servizio ha accolto 2.886 anziani residenti, pari al 26,7% (oltre 1 su 4), con picchi nei comuni di San Giorgio della R. (33,3%) e Morsano al T. (28,5%)²⁴. Bisogna inoltre sottolineare che al crescere della fascia d'età, cresce il numero di pazienti con più di un episodio di accesso al PS nell'anno. Questi ultimi rappresentano il 28% nei giovani anziani (65-74), aumentano al 33% nella fascia 75-84 e raggiungono il 45,7% tra gli ultra 85enni.

Tali dati sono completati da quelli sulle **dimissioni da strutture di cura** (2.398 registrate), in aumento dopo una contrazione nel biennio 2020-2021 e tuttavia superiori all'annualità pre-pandemica (2.244). Le fasce d'età prevalenti partono dai 75 anni fino agli 85, e segnano inoltre l'aumento maggiore nel periodo 2019-2022. Come intuibile, l'incidenza dei dimessi sulla popolazione totale aumenta al crescere dell'età, con oltre il 40% nella fascia degli ultra 90enni. È infine interessante notare come, a dispetto di un differenziale di genere fortemente sbilanciato verso la componente femminile nella popolazione, l'accesso e dimissione dal PS riguardi con una lieve prevalenza (50,7%) maschi anziani, in particolar modo nelle fasce d'età modali (75-85 anni). Il ricovero in strutture di cura avviene nel 55% dei casi presso il presidio ospedaliero (PO) di San Vito al T. e Spilimbergo, nel 25% presso l'ospedale civile di Pordenone, nel 6,5% presso il Policlinico S. Giorgio e il 3,4% al CRO di Aviano. Poco meno del 10% delle dimissioni avviene invece da strutture regionali non collocate nell'area vasta pordenonese.

A completare l'analisi sull'accesso ai servizi sociosanitari contribuiscono infine i dati riguardanti il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, anch'esso livello essenziale d'offerta assistenziale. Nel corso del 2022, annualità in cui si registra un deciso aumento delle richieste, vi si sono riferiti 1.035 anziani, di cui 978 residenti nel territorio distrettuale (95%). Questi ultimi rappresentano l'8,9% dei residenti, incidenza che è tuttavia maggiore nei Comuni di Morsano al T. (11,1%) e S. Vito al T. (10,4%) e minima a S. Martino al T. (5,3%) e Sesto al Reghena (7,2%). È importante notare che poco meno del 75% delle dimissioni

generale). Un dato più recente fornito dal dataroom-Corriere della Sera del 15/04/2024 curato da Milena Gabanelli, eleva questo rapporto medio a 1.399 pazienti per medico, mentre dieci anni prima si attestava a 1.171.

²⁴ Il presidio ospedaliero (PO) di prossimità dei comuni dell'ATS è quello sanvitese, che costituisce struttura organizzativa assieme al PO di Spilimbergo. Dai dati si nota come quest'ultimo sia utilizzato in particolare dai residenti di S. Giorgio della Richinvelda.

risultano verso il domicilio (ordinarie), il 4,5% con attivazione di assistenza domiciliare integrata, il 12% trasferito ad altra struttura di cura e quasi il 9% deceduto.

In conclusione di paragrafo si propone infine un accenno al tema della valutazione del bisogno nelle **Unità di Valutazione Distrettuale (UVD)**, ovvero “l’equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell’ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale.” (LR 10/98). Essa si attiva, ove richiesto, in seguito all’accesso e costituisce luogo di sintesi valutativa e di progettazione integrata dei servizi alla persona (nel nostro caso, anziana). I dati disponibili²⁵ riportano, nell’anno 2023, 550 verbali redatti per residenti anziani del territorio, pari al 12,7% del totale di area vasta provinciale e a circa 47 verbali ogni 100 residenti. Quest’ultimo dato risulta superiore solamente a quello del distretto del Noncello, e largamente inferiore alla media provinciale di 58²⁶.

Fig. 5.1.1: Anziani residenti presenti con accesso al PS per genere e comune (v.a. e % 2022)

COMUNI	FEM	MAS	Totale	FEM	MAS	Totale
CASARSA DELLA DELIZIA	257	217	474	24,3%	24,7%	24,5%
CORDOVADO	93	79	172	24,8%	27,2%	25,9%
MORSANO AL TAGLIAMENTO	118	101	219	27,6%	29,6%	28,5%
SAN GIORGIO DELLA RICHINVELDA	212	172	384	33,8%	32,7%	33,3%
SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO	45	47	92	25,1%	27,2%	26,1%
SAN VITO AL TAGLIAMENTO	517	433	950	26,1%	27,3%	26,6%
SESTO AL REGHENA	201	190	391	25,7%	28,8%	27,1%
VALVASONE ARZENE	111	93	204	22,2%	22,0%	22,1%
Totale Ambito	1.554	1.332	2.886	26,2%	27,3%	26,7%

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

²⁵ Al momento della raccolta dati i sistemi gestionali dell’ASFO (e di tutta la regione) stavano transitando verso un nuovo sistema informativo, creando *in itinere* delle fisiologiche discontinuità con i dati precedenti e con un’implementazione ancora in corso nei territori. Ciò premesso, si è considerato comunque utile porvi un accenno in quanto fonti informative preziose per la lettura dei bisogni, che stimolano letture e riflessioni interservizi.

²⁶ Si precisa che il confronto del dato potrebbe non riflettere l’effettiva consistenza del fenomeno anche per l’esistenza di differenziate pratiche di registrazione dello stesso tra i diversi distretti.

Fig. 5.1.2: Anziani residenti con accesso al PS per n. di eventi (%2022)

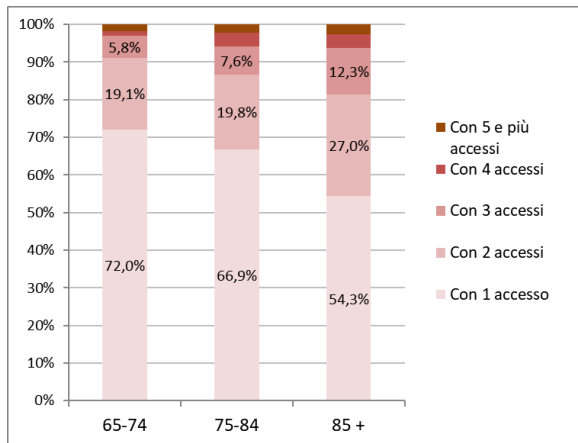
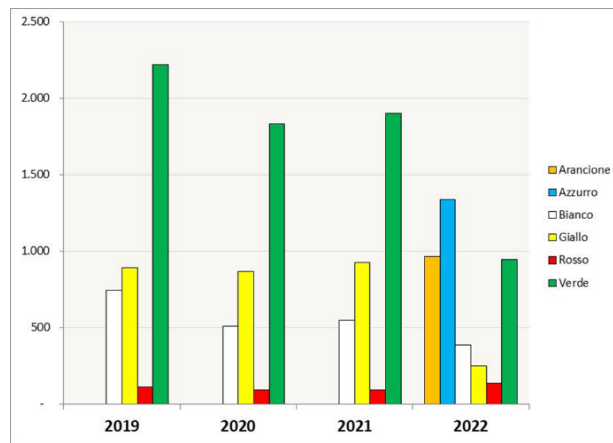


Fig. 5.1.3: Anziani residenti con accesso al PS per codice (2019-2022)



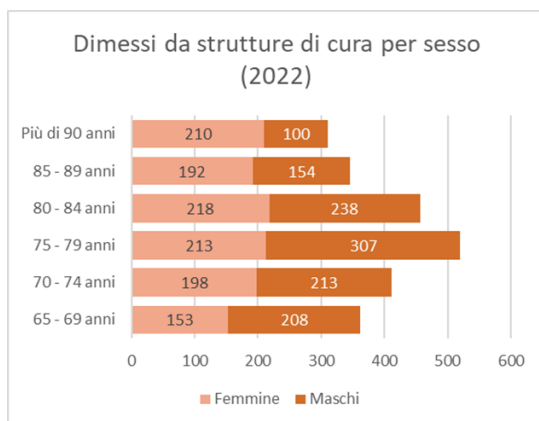
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.4: Anziani residenti dimessi da strutture di cura per comune (v.a. 2019-2022) e incidenza % dimessi su popolazione over 65enne (% 2022)

	2019	2020	2021	2022	% dimessi su over65 residenti (2022)
CASARSA DELLA DELIZIA	466	426	402	418	21,2
CORDOVADO	141	183	154	147	22,3
MORSANO AL TAGLIAMENTO	215	183	174	170	22,1
S.GIORGIO DELLA RICHINV.	280	239	236	215	18,5
SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO	85	73	62	62	17,2
SAN VITO AL TAGLIAMENTO	792	759	740	814	22,5
SESTO AL REGHENA	336	282	307	334	22,7
VALVASONE ARZENE	209	163	212	238	25,5
Distretto Tagliamento	2.524	2.308	2.287	2.398	21,9

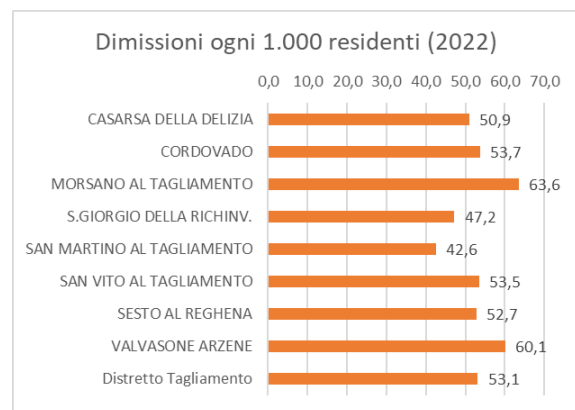
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.5: Anziani residenti dimessi da strutture di cura per genere e fascia d'età (v.a. 2022)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.6: Anziani residenti dimessi da strutture di cura ogni 1.000 over 65enni, per comune (2022)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.7: Anziani residenti dimessi da strutture di cura per fascia d'età: valori assoluti 2022, var. % 2019-2022 e % su popolazione (2022)



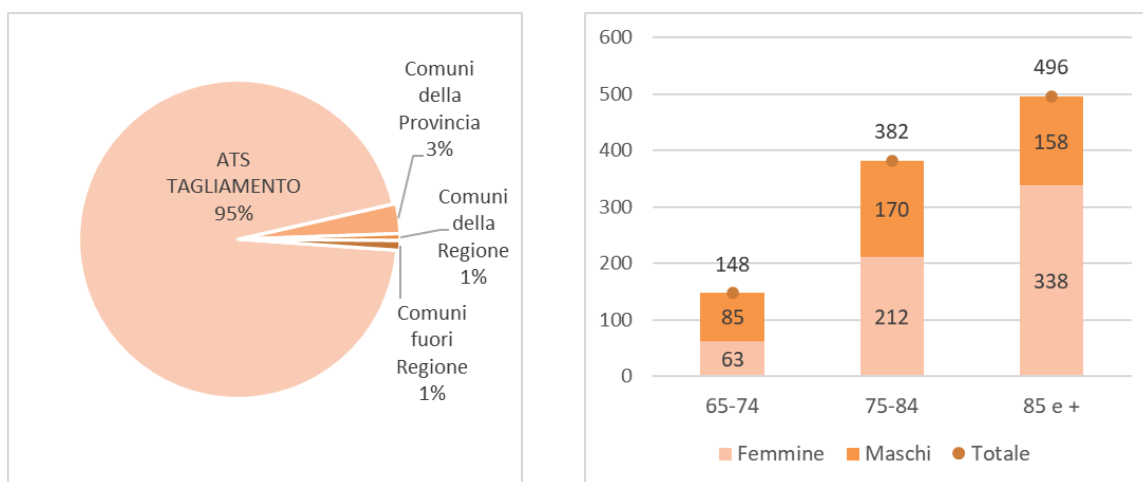
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.8: Anziani residenti dimessi da strutture di cura: origine e destinazione (2022)

Struttura di ricovero	Dimissioni	% struttura	Etichette di riga	Dimissioni	% Tipologia
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	1.326	55,2	ORDINARIA AL DOMICILIO	1796	74,7
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	615	25,6	DECEDUTO/A	209	8,7
CASA DI CURA SAN GIORGIO	156	6,5	ORDINARIA PRESSO UNA R.S.A.	120	5,0
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD	155	6,4	ORDINARIA CON ATTIV. ASSIST. DOMIC. INTEGRATA	109	4,5
I.R.C.C.S. CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	81	3,4	TRASF. AD ALTRO IST. PUBBL. O PRIV. PER ACUTI	82	3,4
P.O. LATISANA E PALMANOVA	17	0,7	TRASF. AD ALTRO REGIME RIC. NELLO STESSO IST.	42	1,7
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	15	0,6	AL DOMICILIO CON ATTIV. OSPEDALIZZ. DOMICILIARE	25	1,0
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	13	0,5	TRASF. AD ALTRO IST. PUBBL. O PRIV. DI RIABIL.	12	0,5
CASA DI CURA CITTÀ DI UDINE	10	0,4	VOLONTARIA	9	0,4
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	7	0,3	Totale complessivo	2404	100,0
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	3	0,1			
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	3	0,1			
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	2	0,1			
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	1	0,0			
Totale	2.404	100			

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

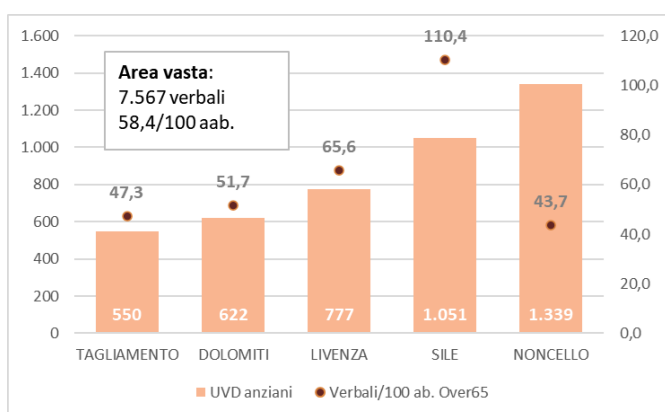
Fig. 5.1.9: Anziani con accesso PUA per comune (2019-2022) e incidenza su popolazione over 65enne (2022), scomposizione per fasce e genere (2022)



	2019	2020	2021	2022	% su pop. Over 65
CASARSA DELLA DELIZIA	118	111	107	159	8,12
CORDOVADO	38	47	54	55	8,33
MORSANO AL TAGLIAMENTO	59	77	59	86	11,08
SAN GIORGIO DELLA RICHINVELDA	35	32	52	96	8,30
SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO	19	17	17	18	5,13
SAN VITO AL TAGLIAMENTO	314	327	318	379	10,42
SESTO AL REGHENA	66	83	74	106	7,21
VALVASONE ARZENE	43	50	45	79	8,51
ATS TAGLIAMENTO	692	744	726	978	8,94

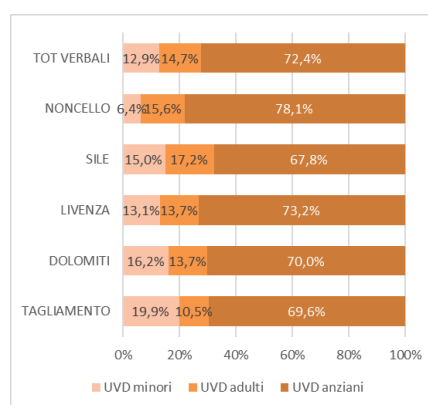
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.10: Verbali UVD per anziani residenti per Distretto (v.a. e n. verbali*100 ab. 2023)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.1.11: % Verbali UVD per fascia di età e territorio (v.a. e n. verbali*100 ab. 2023)



5.2 I principali servizi e interventi fruiti

Come per l'utenza del SSC, anche in questo paragrafo si cercherà di leggere il bisogno della popolazione attraverso l'accesso e la fruizione dei principali servizi sociosanitari, senza l'ambizione di esaurire la complessità dell'offerta, ma focalizzandosi in particolare sull'offerta territoriale/domiciliare.

Il nucleo centrale di offerta è rappresentato dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), al cui interno si distinguono il Servizio Infermieristico (SID) e quello Riabilitativo (SRD).

Nel corso del 2023, **l'ADI ha servito 1.543 anziani del territorio**, un numero sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (+0,3%), ma con un numero di

attività²⁷ in sensibile aumento (+10,1%), ad indicare un **intensificarsi della complessità delle situazioni**.

Ciò appare in special modo per i **servizi infermieristici (fruiti dall'86,5% del totale)**, che hanno visto una lieve flessione dell'utenza (-2,3%), ma un **incremento del 9,7% delle attività**.

I servizi riabilitativi segnano invece un aumento sia della casistica (+9,1%) che del numero di attività (+11,8%). La fascia d'età maggiormente presente è quella compresa tra gli 85 e gli 89 anni (26%), ma altrettanti superano i 90 anni. In generale, il 75% dei beneficiari risulta ultra 80enne. Circa il 60% dei fruitori risiede a San Vito al Tagliamento, mentre si notano differenziali significativi nella percentuale di anziani fruitori sul totale della popolazione di riferimento: si passa infatti dal 25% del comune maggiore ad un minimo attorno all'11% a Casarsa della Delizia, San Giorgio della Richinvelda e Sesto al Reghena.

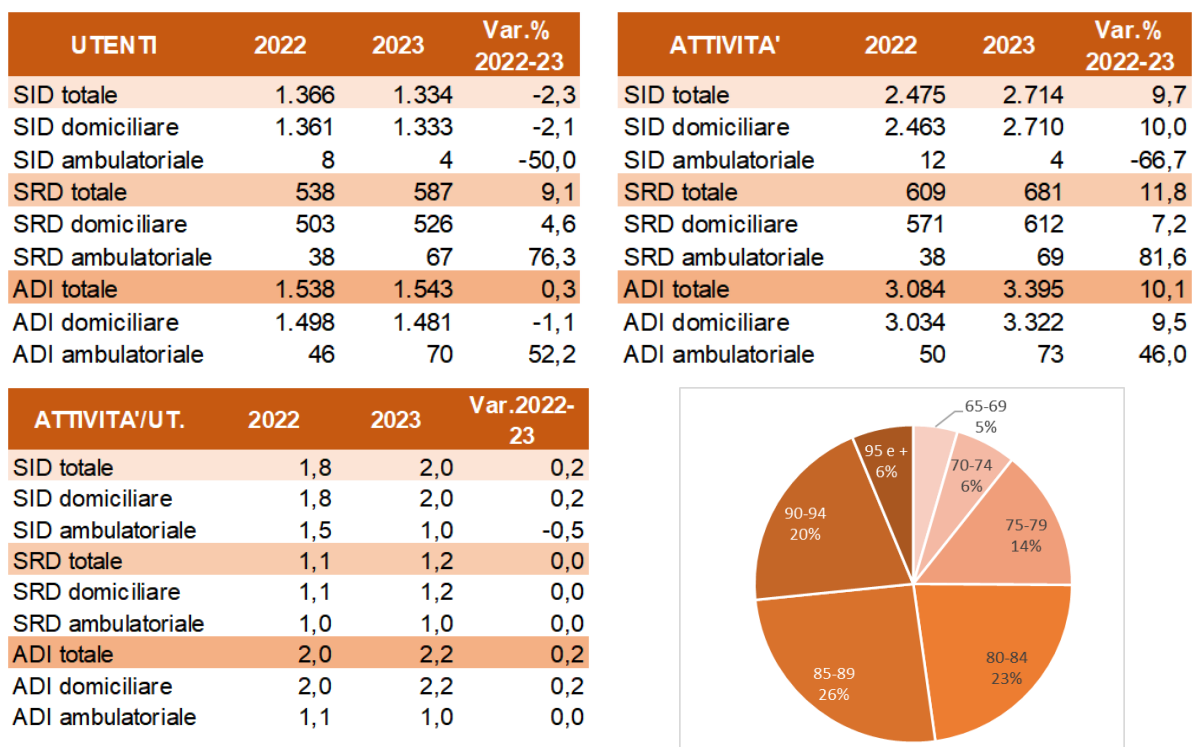
Oltre al SID e SRD **si contano più di 1.400 accessi a domicilio dei MMG**, i quali registrano anche circa **4.200 accessi in struttura residenziale per non autosufficienti**, pari rispettivamente al 20% e il 58% dell'attività extra-ambulatoriale.

All'interno dell'offerta domiciliare, un'attenzione specifica merita infine il **servizio di cure palliative domiciliari**, di cui nel 2022 hanno beneficiato 70 persone anziane del territorio. Rispetto agli altri servizi domiciliari, tuttavia, qui l'età media dell'utenza si abbassa, con la maggioranza relativa (17 casi) di under 70.

All'offerta di cura delle persone anziane sul territorio concorrono inoltre le **strutture intermedie** (RSA e Hospice), che si pongono come soluzioni temporanee tra il domicilio e l'istituzionalizzazione, e viceversa. Nel corso del 2022 vi hanno trovato ospitalità 294 residenti anziani, pari al 2,7% della popolazione over 65enne. Diversamente da quanto osservato per altri servizi, gli ultra 80enni risultano solo marginalmente maggioritari (52%) e, specie nelle fasce più giovani, si tratta prevalentemente di maschi. Il 68,7% dei ricoveri è avvenuto in seguito a dimissione da strutture ospedaliere, il 9,5% dal proprio domicilio con funzione sollievo, l'8,8% dal domicilio assistito con cure palliative. I ricoveri sono avvenuti primariamente presso l'RSA di San Vito al Tagliamento (47,6%), il 31% presso strutture di Hospice (San Vito al Tagliamento e, marginalmente Via di Natale), il 14,7% presso l'Ospedale di prossimità di Maniago; oltre il 7% ha trovato invece ricovero in altre strutture dell'area vasta.

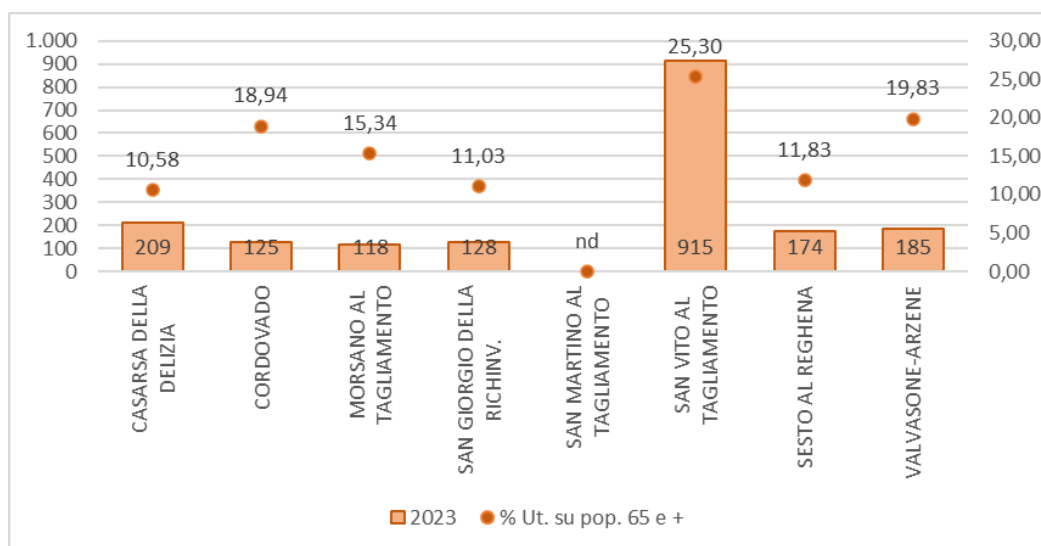
²⁷ Con "Attività" si considerano gli eventi di presa in carico, che possono essere multipli per la stessa persona sia nella tipologia (es: SID e SRD), che nel reiterarsi nel corso dell'anno (es: cicli multipli, ricadute, aggravamenti, ecc.).

Fig. 5.2.1: Anziani beneficiari ADI e attività svolte per tipologia di servizio e luogo di fruizione (v.a. e variazioni 2022-23); % attività per fascia d'età (2023)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.2: Anziani beneficiari ADI per comune (2023) e incidenza su pop. residente



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.3: Prestazioni per Over 65 con accesso MMG per tipologia di prestazione e fascia d'età (2022)

	65-74	75-79	80-84	85-89	90-WW	Totale	% tipologia
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	2			5	13	35	0,8
ASSISTENZA IN RESIDENZA PROTETTA	350	527	840	874	1.669	4.260	58,5
ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE	65	141	241	465	477	1.389	19,1
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (PREST. AGGIUNTIVE)	396	185	164	143	94	982	13,5
TAMPONI COVID	298	124	85	47	37	591	8,1
UNITA' DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE	2	1			2	1	0,1
Totale	1.113	978	1.335	1.544	2.313	7.283	100,0
	15,3	13,4	18,3	21,2	31,8	100,0	

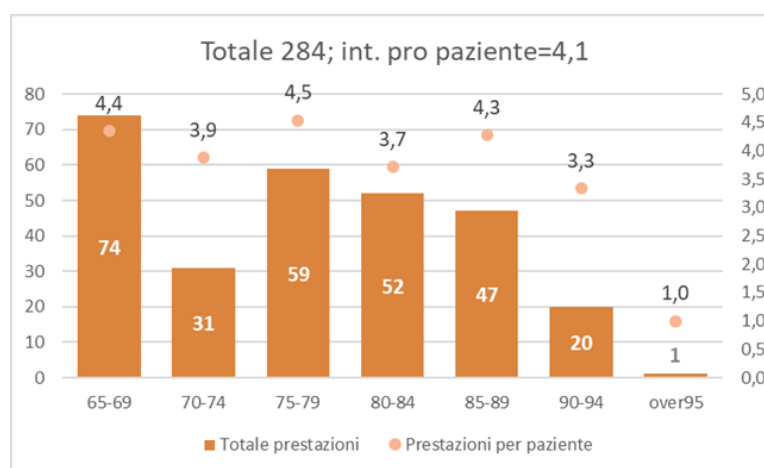
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.4: Pazienti over65 beneficiari di cure palliative domiciliari per Comune di residenza, fascia d'età (v.a. 2022)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	over95	Totale
CASARSA DELLA DELIZIA	3	3	3	3			1	13
CORDOVADO	1					1		2
MORSANO AL TAGLIAMENTO	5	1	1			2	1	10
SAN GIORGIO DELLA RICHINVELDA	3		1			2	1	7
SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO				1		1		2
SAN VITO AL TAGLIAMENTO	4	2	3	5	2		1	17
SESTO AL REGHENA		1	4	4	1	2		12
VALVASONE ARZENE	1	1		2	2	1		7
Totale	17	8	13	14	11	6	1	70

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.5: Prestazioni per pazienti over65 beneficiari di cure palliative domiciliari per fascia d'età (v.a. 2022)



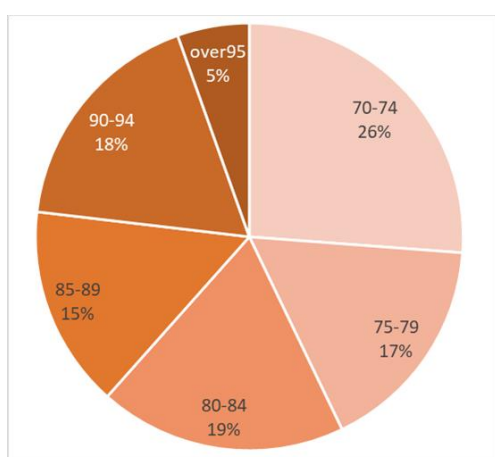
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.6: Anziani con ricovero in RSA per Comune (2019-2022); var. ass. 2019-2022 e % su residenti 2022

	2019	2020	2021	2022	Var. Ass. 2019-22	% su over 65 resid. (2022)
CASARSA DELLA DELIZIA	64	63	61	64	0	3,2
CORDOVADO	13	27	16	18	5	2,7
MORSANO AL TAGLIAMENTO	9	22	13	21	12	2,7
SAN GIORGIO DELLA RICHINVELDA	18	20	17	14	-4	1,2
SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO	5	10	2	9	4	2,5
SAN VITO AL TAGLIAMENTO	85	112	96	100	15	2,8
SESTO AL REGHENA	31	43	41	45	14	3,1
VALVASONE ARZENE	22	34	24	23	1	2,5
Totale	247	331	270	294	47	2,7

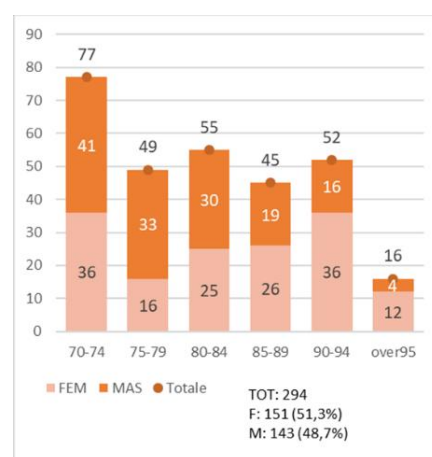
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.7: Anziani con ricovero in RSA per fascia d'età (% 2022)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.8: Anziani con ricovero in RSA per sesso e fascia d'età (v.a. 2022)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.9: Utenti RSA per livello assistenziale e fascia d'età (v.a.2022 e % tipologia)

	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	over95	Totale	% Liv. Assistenziale
R - RIABILITATIVO	21	10	11	12	16	2	72	24,5
M - MEDIO	4	6	6	7	3	1	27	9,2
B - BASE	6	4	14	3	8	1	36	12,2
S - BASE sollievo	3	2	3	6	9	6	29	9,9
X - NESSUN LIVELLO	4	8	6	7	9	5	39	13,3
ND	39	19	15	10	7	1	91	31,0
Totale	77	49	55	45	52	16	294	100,0

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.10: Utenti RSA per provenienza (v.a.2022 e % tipologia)

	Utenti	% Provenienza
1 - domicilio assistito, NO cure palliative attive	2	0,7
1a- Domicilio per residenzialità territoriale	1	0,3
1b- Domicilio per riabilitazione	2	0,7
1c- Domicilio per sollievo	28	9,5
2 - domicilio assistito con cure palliative attive	26	8,8
3- Altra RSA/SIP (strutture intermedie)	20	6,8
3a - Casa di riposo	1	0,3
4- Ospedale (incluso private convenzionate)	143	48,6
5 - strutture ospedaliere	59	20,1
5- Pronto soccorso	8	2,7
7- Residenza per anziani	1	0,3
9 - altro	3	1,0
Totale	294	100,0

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 5.2.11: RSA per struttura di accoglienza (v.a.2022 e % tipologia)

	Utenti	% Struttura
Presidio RSA San Vito	140	47,6
Presidio Hospice San Vito	84	28,6
Ospedale di prossimità Maniago	42	14,3
Presidio RSA SIP	8	2,7
Presidio Hospice Via di Natale	7	2,4
Presidio RSA Roveredo	5	1,7
Presidio RSA Azzano X	4	1,4
Presidio RSA Sacile	4	1,4
Totale complessivo	294	100,0

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

6. Offerta e fabbisogno residenziali

Nel capitolo 4 si è visto come il 12% degli interventi attivati dal SSC in favore degli over 65enni residenti nel territorio sanvitese abbia risposto ad un **bisogno di inserimento della persona in strutture residenziali o semiresidenziali** (305 casi)²⁸. La richiesta residenziale risulta preponderante (62,9%) rispetto a quella semiresidenziale. Oltre a ciò, se per quanto riguarda la soluzione residenziale le strutture per non autosufficienti sono solo lievemente superiori a quelle per autosufficienti, nel caso dei servizi a ciclo diurno l'offerta dei centri di socializzazione interessa 8 casi su 10. Più nello specifico, 101 interventi sono stati finalizzati all'inserimento in strutture residenziali per non autosufficienti a cui si aggiungono ulteriori 20 richiedenti servizi a ciclo diurno. In 91 casi l'inserimento richiesto è stato invece in strutture per autosufficienti e 94 ulteriori interventi hanno inserito la persona in centri di socializzazione.

Nello specifico delle strutture residenziali per non autosufficienti, l'andamento delle persone presenti nella **lista unica di accesso** dell'ASFO sembra suggerire che **la domanda residenziale superi l'effettiva capacità di risposta**, primariamente del territorio, ma più in generale a livello di area vasta²⁹. Infatti, già nell'anno precedente la pandemia da Covid-19, 194 residenti del territorio risultavano in attesa di inserimento, un dato che è fisiologicamente aumentato (221) nel 2020. Il 2021 ha visto un parziale recupero con 72 persone in attesa, ma il dato 2022 risulta di nuovo in crescita (125). In quest'ultimo anno, oltre la metà dei richiedenti in attesa risultava ultra 85enne. La carenza di posti disponibili sembra inoltre confermata dalla durata dei tempi di attesa a fine 2022³⁰, che solo in un terzo dei 125 casi (41) ha trovato risposta entro 6 mesi dalla domanda, mentre l'attesa si è protratta fino a 1 anno in 24 casi, in quasi altrettanti (29) ha raggiunto o superato l'anno e mezzo, mentre 32 richieste risultavano aperte.

Grazie ai dati ASFO sulle persone inserite nelle due strutture per non autosufficienti del territorio d'ambito (San Vito al Tagliamento e Morsano al Tagliamento), è inoltre possibile indagare alcune caratteristiche degli anziani che vi hanno avuto accesso nel corso del 2023³¹. In quell'anno, 111 persone hanno avuto una prima valutazione

²⁸ Considerato che tanto l'inserimento in strutture residenziali che semiresidenziali prevede la presentazione dell'istanza presso il SSC, tale dato rappresenta un valido indicatore di *proxy* del fabbisogno residenziale, pur non essendo sovrapponibile alle informazioni provenienti dai sistemi informativi sanitari.

²⁹ La lista unica è infatti redatta a livello provinciale. I dati presentati si riferiscono alla struttura di prima scelta (delle 5 possibili), e il periodo di permanenza è calcolato dalla UVD di ratifica fino *all'inserimento in struttura, non necessariamente quella indicata o preferita*. Inoltre, la permanenza in lista d'attesa si colloca spesso a cavallo di due annualità, tale per cui il dato dell'anno è da considerarsi come la somma delle nuove richieste unite a quelle in fase. Questi chiarimenti suggeriscono una lettura di trend più che puntuale, consapevoli che le cifre riportate non contengano il dato cumulativo della durata pluriennale dell'attesa, risultando così necessariamente sottostimate rispetto ai flussi operativi di ciascuna struttura.

³⁰ Il dato è calcolato nel periodo 2019-2022.

³¹ I dati degli ospiti delle due strutture non esauriscono la platea territoriale, in quanto alcuni richiedenti possono essere stati inseriti in strutture fuori dal territorio dell'ATS Tagliamento. Inoltre, lo studio è

all'ingresso in struttura attraverso lo strumento Valgraf³², che sintetizza i profili di bisogno in 6 categorie, dalla massima gravità (A complesso) alla parziale autosufficienza (E). Prima di analizzarne i responsi si ritiene opportuno sottolineare come due terzi (74 su 111) delle persone inserite sono state donne, 69 (62,1%) avevano superato gli 85 anni, anche se non mancano (8 persone) casi di particolare gravità con meno di 75 anni.

Tornando al bisogno espresso, **la maggioranza relativa degli ospiti inseriti (34,5%) apparteneva al profilo B**, ovvero un'utenza che spazia da soggetti con bisogni sanitari, seppur di media complessità, fino a giungere a utenti con prevalenti o esclusivi bisogni sociosanitari correlati a una progressiva perdita dell'autosufficienza funzionale (a partire da quella motoria). Possono trovarvi collocazione persone affette da problemi cognitivi medio-alti e/o da disturbi comportamentali non forieri di azioni pericolose per sé e per gli altri. Quasi altrettanti (27,9%) appartenevano invece alla tipologia A, di maggior gravità, comprendente persone che necessitano di monitoraggi clinici quotidiani e trattamenti continui, qualificati, specialistici e presentano spesso una severa limitazione della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL³³). In questi primi sottogruppi a medio-alta gravità si aggiunge un 10% di persone che presentano rilevanti disturbi del comportamento che complicano malattie mentali o quadri dementigeni (cat. Comportamentale). Questi profili coprono il 72,3% del totale dei nuovi ingressi 2023. Un ulteriore 22,5% è rappresentato da persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità lieve, associati a moderati bisogni sociosanitari che possono andare incontro a potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva (profilo C). Le persone con compromissioni lievi (profilo E) sono invece residuali (4,5%).

L'analisi delle valutazioni in ingresso restituisce dunque **profili di massima dipendenza dagli altri in oltre la metà dei casi** (61 su 111)³⁴, in cui le maggiori criticità si rivelano sul lato funzionale della persona (55 casi con compromissione grave), mentre il bisogno meramente sanitario risulta prevalentemente lieve o moderato. Il profilo di compromissione cognitiva vede infine una maggioranza di casi (66) con svantaggi lievi, pur segnando una prevalenza dei profili gravi (13,5%) su quelli moderati (11,7%).

Nel territorio sanvitese è presente anche una **struttura residenziale per persone anziane autosufficienti**: la Casa Albergo della Fondazione Opera Colledani Bulian ubicata a Valvasone. Durante il 2022 ha ospitato, nella modalità residenziale, 35 anziani (21 femmine, 14 maschi), 18 dei quali con più di 85 anni, provenienti in parte (22 casi) dai

effettuato sulle persone entrate in struttura nel 2023 che hanno avuto la prima valutazione (Valgraf) nei primi sei mesi di permanenza e non sulla popolazione totale residente nelle due strutture. Ciò permette di evidenziare i bisogni e le caratteristiche delle nuove richieste.

³² LR 10/98, DPR 144/2015 e ss. mm. ed ii. Fonte dati: sistema informativo Genesys (Regione Friuli Venezia Giulia).

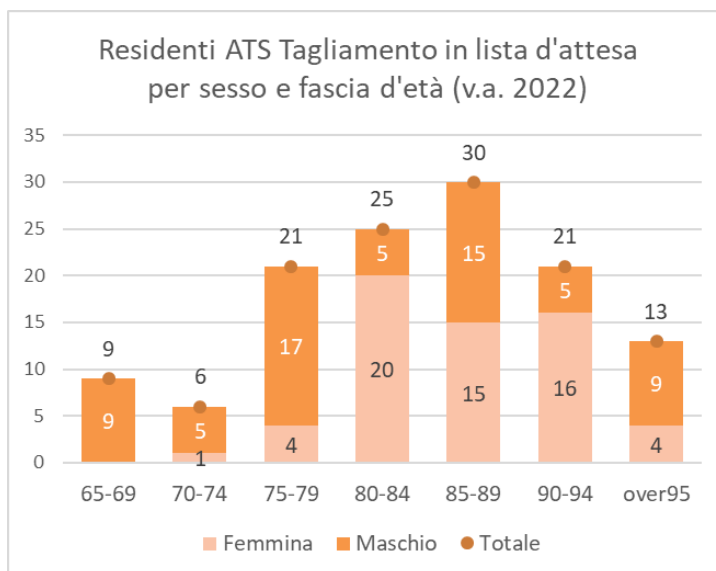
³³ Autonomies of Daily Living.

³⁴ Punteggi Scala di Barthel derivati da valutazione Valgraf.

comuni dell’Ambito e in parte (i restanti 13 casi) da altri comuni, anche fuori provincia e in un caso dal Veneto orientale. Inoltre, nello stesso anno, ha fornito ospitalità diurna anche a 8 donne anziane, pure queste provenienti sia dai comuni dell’Ambito che da fuori³⁵.

La presenza di questa struttura segnala l’esistenza nel territorio di un **fabbisogno, seppur limitato, di ospitalità residenziale e diurna pure per anziani autosufficienti.**

Fig. 6.1: Anziani residenti presenti nella Lista Unica di Attesa per sesso e fascia d’età (2022)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 6.2: Anziani presenti nella Lista Unica di Attesa per Comune di residenza (2019-2022)

	2019	2020	2021	2022
Casarsa della Delizia	46	56	15	29
Cordovado	3	13	0	3
Morsano al Tagliamento	22	13	7	9
San Giorgio della Richinvelda	6	7	2	1
San Martino al Tagliamento	14	14	0	3
San Vito al Tagliamento	68	85	41	38
Sesto al Reghena	14	25	5	10
Valvasone Arzene	21	8	2	32
Totale complessivo	194	221	72	125

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

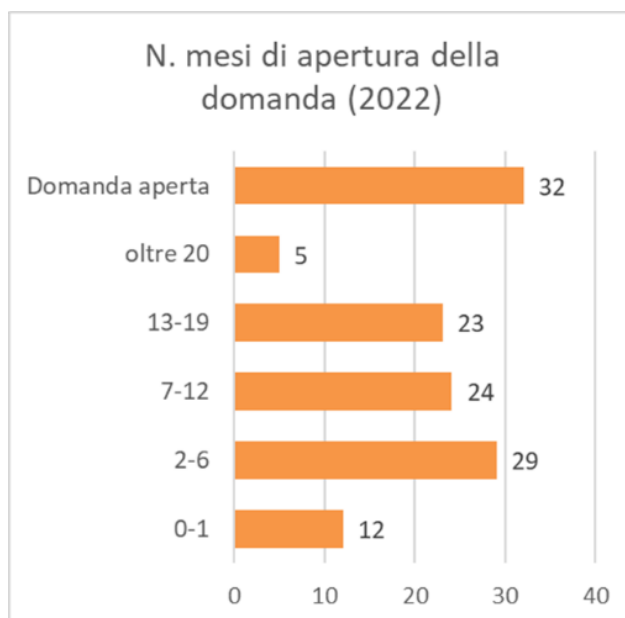
³⁵ Tra le persone ospitate nel 2022, si è registrata la presenza, sia nella modalità residenziale che in quella diurna, anche di qualche adulto. I dati sono stati gentilmente forniti dalla Fondazione durante l’intervista.

Fig. 6.3: Anziani residenti presenti nella Lista Unica di Attesa per struttura di inserimento (2019-2022)

	2019	2020	2021	2022
Casa di Riposo "SS Vito, Modesto e Crescenzia"	72	73	25	45
ASP "Daniele Moro" - Morsano	39	40	19	28
"Fondazione Micoli Toscano"	21	17	11	17
ASP "Solidarietà - Mons. D. Cadore"	24	19	8	9
ASP di Spilimbergo	10	13	2	7
"Casa Serena"	9	15	2	4
ASP "Umberto I"	5	13	1	4
ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"	5	10	0	4
Casa di Riposo del Comune di Sacile	3	7	1	0
Casa Lucia	1	4	1	2
Casa dell'Emigrante "C.e A. Carnera"	0	4	1	1
"Fondazione G.Fabricio"	2	2	0	1
Centro Assistenza Anziani di Maniago	0	2	1	0
Zaffiro Torre	0	0	0	2
Residenza "Le betulle"	1	1	0	0
Casa di Soggiorno per Anziani di Aviano	0	1	0	1
Residenza "La Panoramica"	2	0	0	0
Totale	194	221	72	125

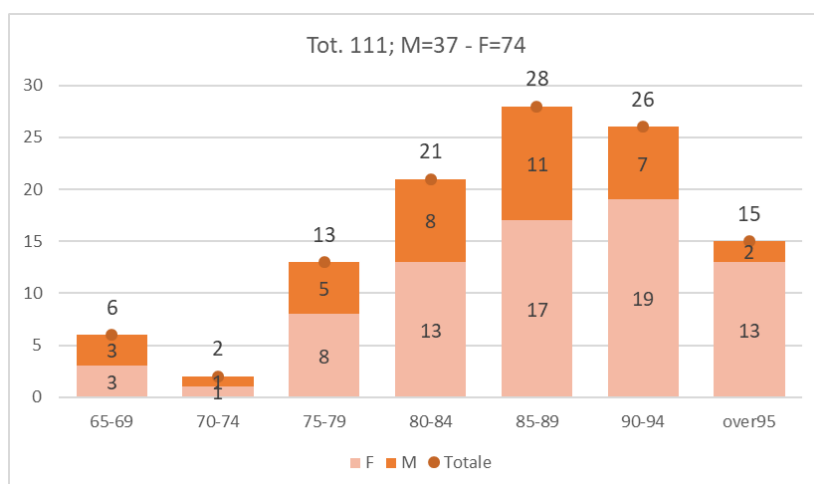
Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 6.4: Anziani presenti nella Lista Unica di Attesa per durata apertura della domanda (2022 su triennio precedente)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 6.5: Anziani con Prima Valutazione d'accesso alle strutture residenziali per non autosufficienti del territorio per genere e fascia d'età (v.a. 2023)



Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 6.6: Anziani con Prima Valutazione d'accesso alle strutture residenziali per non autosufficienti del territorio per Profilo Valgraf e fascia d'età (v.a. 2023)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	over95	Totale	% Classe
A Compl.					1			1	0,9
A	1	2	2	9	4	9	4	31	27,9
B	3		5	4	10	10	6	38	34,2
Com.le	1		4		4	2		11	9,9
C	1		2	4	9	5	4	25	22,5
E				3	1		1	5	4,5
Totale	6	2	13	21	28	26	15	111	100,0

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

Fig. 6.7: Anziani con Prima Valutazione d'accesso alle strutture residenziali per non autosufficienti del territorio per tipologia di profilo e gravità (v.a. 2023)

	COGNITIVO-COMPORTAMENTALI		FUNZIONALE		SANITARIO			
Grave	15	13,5	Grave	61	55,0	Grave	12	10,8
Moderato	13	11,7	Moderato	17	15,3	Moderato	30	27,0
Lieve	66	59,5	Lieve	22	19,8	Lieve	60	54,0
Nulla	17	15,3	Nulla	11	9,9	Nulla	9	8,1
Totale	111	100,0	Totale	111	100,0	Totale	111	100,0

Fonte: Elaborazioni su dati ASFO

PARTE II: DIMENSIONI QUALITATIVE

7. I bisogni emergenti degli anziani

In questo capitolo sono riportati, secondo quanto raccolto dagli attori intervistati³⁶, i bisogni che esprimono gli anziani del sanvitese. Come già ricordato, i bisogni su cui ci si è concentrati sono prioritariamente quelli espressi dagli anziani non autosufficienti, senza però trascurare quelli delle categorie più ampie della lieve non autosufficienza e della fragilità³⁷. Nondimeno è parso importante raccogliere pure i bisogni degli anziani attivi, spesso caregiver di grandi anziani, e quindi portatori di quei bisogni di secondo livello, altrettanto importanti, che riguardano chi cura e opera per il benessere di altre persone. Infine, alcuni bisogni sociali paiono trasversali coinvolgendo, perlomeno potenzialmente, indistintamente tutta la popolazione anziana (Fig. 7.1).

Come anticipato nel primo capitolo, trattandosi di una rilevazione indiretta, appare indispensabile iniziare presentando, seppur brevemente, gli attori pubblici e privati che, nell'Ambito territoriale Tagliamento, intervengono a favore della popolazione anziana rispondendo a domande esplicite di servizi e interventi e intercettando bisogni talvolta latenti (paragrafo 7.1). Sono questi attori che, proprio per il contatto continuo con i beneficiari, sono stati ritenuti dei testimoni qualificati per la raccolta dei bisogni qui riportati.

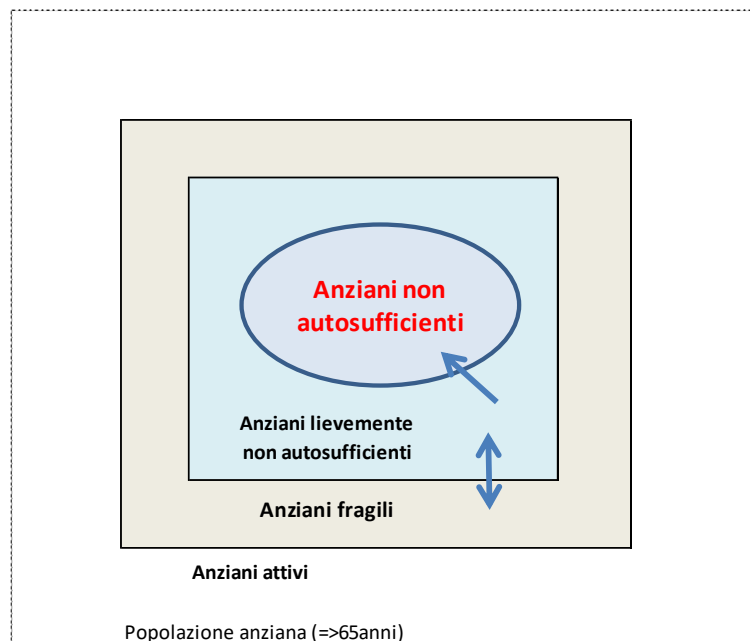
Segue la descrizione puntuale dei bisogni rilevati che, è bene sottolineare, per una parte, già si sono trasformati in una domanda accolta dagli attori del territorio e quindi pure soddisfatti, seppur in modo differenziato e non sempre ottimale, da un'estesa offerta di interventi e servizi, come si è avuto modo di rilevare anche nei capitoli precedenti. La descrizione si focalizzerà principalmente sui bisogni emergenti e insoddisfatti, tentando di capire quanto sono condivisi in una cornice interpretativa onnicomprensiva (paragrafo 7.2).

Il capitolo si chiude dedicando un'attenzione particolare ai bisogni latenti, a quelli che faticano a trasformarsi in domanda di servizi e interventi (paragrafo 7.3).

³⁶ A tal fine si ringraziano per aver dato la loro disponibilità a partecipare alla rilevazione: le assistenti sociali dell'area anziani del SSC (int_01); le assistenti domiciliari del SSC e delle cooperative sociali ITACA e ACLI che gestiscono il SAD (int_02); la direttrice facente funzioni del Distretto sanitario Tagliamento e sue collaboratrici (int_03); la direzione dei Servizi Sociosanitari dell'ASFO (int_04); i MMG (int_05); il direttore della CdR di Morsano al T. (int_06); il presidente e la segretaria della Fondazione Opera Colledani Bulian che gestisce la Casa Albergo di Valvasone Arzene (int_07); gli operatori dello sportello dell'amministrazione di sostegno e dell'Associazione Insieme per la solidarietà (int_08); i parroci (int_09); le operatrici di Sofia per la famiglia Srl (int_10); la Presidente di AFAP (Int_11); i volontari del progetto "Saluta il tuo vicino" di Casarsa della Delizia (int_12); un gruppo di volontari delle Caritas parrocchiali, facenti parte anche di altre associazioni attive nel settore anziani (int_13); il direttivo dell'UTE (int_14). Hanno arricchito le informazioni raccolte altre due interviste effettuate a testimoni privilegiati: Ranieri Antonio Zuttion (Direttore del Servizio di Integrazione sociosanitaria della Regione FVG); e Francesco Miele (Università di Trieste, esperto di tecnologie digitali per gli anziani).

³⁷ Si riprendono qui le stesse categorie del continuum della condizione di fragilità impiegate nel Piano regionale di supporto alla popolazione anziana fragile 2021-2023 della Regione Friuli Venezia Giulia.

Fig. n°7.1: Categorie dei portatori di bisogni



7.1 Gli attori che intercettano i bisogni

Gli attori che sono stati considerati utili alla rilevazione dei bisogni degli anziani sono tutti quelli che nel territorio sanvitese forniscono già, secondo differenti modalità, delle risposte, erogando servizi e interventi ulteriori a quelli forniti in seno al singolo nucleo familiare e alla rete parentale (welfare familiare)³⁸. È bene precisare che se l'offerta è facilmente catalogabile in categorie lungo una filiera di interventi e servizi che hanno come polarità domiciliarità e residenzialità, una lettura attenta dei bisogni sembra più difficilmente incasellabile in una esaustiva e completa tassonomia³⁹.

Un intento secondario di questa parte dell'indagine, solo parzialmente esplorato benché indispensabile nella predisposizione di piste di intervento future, è stato anche

³⁸ Si fa presente che oggi non esiste una lista completa e aggiornata di tutti i servizi e gli interventi forniti agli anziani. Anni fa, il Distretto Est dell'ASS n°6 e l'Ambito Est Servizio Sociale dei Comuni hanno pubblicato una "Guida ai servizi per la persona anziana" (documento senza data), da cui anche la presente indagine ha preso spunto e che descriveva tutta l'offerta istituzionale, pubblica e privata, fornendo inoltre l'elenco delle Associazioni di volontariato attive a favore degli anziani nell'ambito del Distretto Est: ACAT, AIFA, l'Albero della Vita, Caritas, Croce Rossa Italiana, UTE. Altra e più recente guida ai servizi domiciliari del territorio dell'ambito è la pubblicazione "AssiSTIAMO...a Casa" (s/d).

³⁹ La letteratura sui bisogni ha proposto diverse tassonomie, dalla notissima piramide di Maslow allo schema di Max-Neef. Quest'ultima ci pare più interessante e attuale in quanto propone una matrice dei bisogni costruita su due assi – le categorie esistenziali (Essere, Avere, Fare, Interagire) e le categorie assiologiche (Sussistenza, Protezione, Affetto, Comprensione, Partecipazione, Ozio, Creatività, Identità e Libertà – il cui incrocio rappresenta dei possibili soddisfattori degli stessi bisogni (Max-Neef, 2011: 57/58).

quello di rilevare quanto questi attori dialogano e collaborano tra loro nell'agire in favore della popolazione anziana.

La mappa degli attori attivi e delle loro reti relazionali nell'Ambito territoriale Tagliamento a supporto degli anziani è certamente più ampia di quella che la presente indagine ha avuto modo di intercettare, nondimeno pensiamo che quanto raccolto fornisca un quadro ampio e approfondito, benché ulteriormente integrabile, delle problematiche e delle necessità oggi presenti in questa fascia di popolazione.

Innanzitutto, si è provveduto a coinvolgere il corpo delle assistenti sociali dell'area anziani del SSC dell'Ambito Tagliamento per rileggere e interpretare i dati di presa in carico⁴⁰, nonché per raccogliere, dalla loro esperienza professionale, ulteriori aspetti di natura qualitativa riguardo le necessità espresse dagli anziani che incontrano⁴¹. Accanto a loro, sono state ascoltate in un focus group le assistenti domiciliari del SAD, composto dagli operatori OSS del SSC e delle cooperative sociali ITACA e ACLI affidatarie di una parte della gestione del Servizio. Pure lo sportello per l'Amministrazione di sostegno, attualmente gestito dall'Associazione "Insieme per la solidarietà", ha fornito elementi qualitativi, accanto a quelli quantitativi, della diffusione di questo istituto a supporto di vecchie e nuove fragilità (tra l'altro non solo dell'età anziana). E per quanto riguarda il centro disturbi cognitivi "Fruts di un timp" attivato dal SSC⁴², sono state ascoltate anche le professioniste di S.O.F.I.A. Srl⁴³ e la Presidente dell'Associazione Familiari Alzheimer Pordenone APS onlus (AFAP)⁴⁴ che hanno fornito una più ampia descrizione dei bisogni connessi alla situazione delle demenze nel territorio.

⁴⁰ Presentati sotto la dimensione quantitativa nel quarto capitolo.

⁴¹ Si rileva che i Centri Sociali, gestiti e coordinati dal SSC, si configurano come un luogo particolarmente interessante dove poter intercettare al sorgere bisogni e difficoltà degli anziani.

⁴² Il Centro per i disturbi cognitivi "*Fruts di un Timp*" nasce nel 2002: una struttura inserita nel contesto cittadino in grado di offrire un approccio professionale che, integrandosi a quello familiare, mira a supportare le persone anziane con una ridotta o parziale autosufficienza dovuta a difficoltà di tipo cognitivo e con disturbi della memoria.

Si tratta di un Centro la cui attività, attraverso l'elaborazione di progetti personalizzati, mira a:

- contrastare il percorso regressivo a livello psico-fisico;
- consentire il più a lungo possibile la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- sostenere le famiglie su cui grava il carico assistenziale

(<https://ssc.sanvitoaltagliamento.fvg.it/it/servizi-24372/disabilita-24579/centro-disturbi-cognitivi-24571>).

⁴³ Sofia Srl (Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia) è una startup a vocazione sociale fondata nel 2021 da due professioniste (e ora diventata una rete multidisciplinare di professionisti) proprio per rispondere al bisogno crescente di famiglie con componenti affetti da demenze che si sentono affaticate, ma anche abbandonate e isolate (cfr. <https://sofiaperlafamiglia.it>).

⁴⁴ Associazione costituitasi nel 2008 da familiari di malati di Alzheimer, offre in tutta l'area vasta pordenonese gruppi di auto-mutuo-aiuto dedicati ai familiari, percorsi formativi, uno sportello informativo per le famiglie. Nel territorio sanvitese aderiscono circa 30 famiglie attivi in 3 gruppi AMA. Per maggiori informazioni sull'attività dell'associazione si rinvia al sito internet: www.alzheimer-pordenone.org

I bisogni di natura sanitaria sono stati raccolti ascoltando la direttrice del Distretto sanitario e alcuni medici di medicina generale, mentre i dati raccolti da ASFO sono stati oggetto di confronto e analisi con il direttore dei Servizi sociali in delega e il team di referenti dei sistemi informativi aziendali. Indubbiamente un ruolo fondamentale non solo nella distribuzione di farmaci, ma anche di tipo informativo e orientativo, lo svolgono pure le 14 farmacie presenti nell'Ambito⁴⁵. Un particolare aspetto, appena segnalato dagli intervistati che però andrebbe ulteriormente approfondito, è quello di una crescente offerta di servizi sanitari e sociosanitari forniti da cliniche privatistiche (centri di medicina, poliambulatori, ecc.).

Oltre alla Casa di Riposo che ha promosso l'indagine, nell'Ambito territoriale Tagliamento sono presenti altre due strutture residenziali che hanno fornito preziose informazioni sui bisogni degli anziani: la CdR dell'Azienda dei Servizi alla Persona D. Moro di Morsano al Tagliamento e la Casa albergo per anziani della Fondazione Colledani Bulian di Valvasone Arzene.

Hanno completato il panel di soggetti intervistati numerosi attori del privato sociale comunitario: una rappresentanza dei parroci⁴⁶; più gruppi di volontari della Caritas coinvolti nella consegna delle borse spesa; i volontari del progetto "Saluta il tuo vicino" attivo a Casarsa della Delizia dal 2011 grazie anche al supporto offerto dal SSC; l'Università della Terza Età di San Vito al Tagliamento.

Indubbiamente altri servizi promossi dal welfare pubblico, qui non analizzati, offrono risposta ad alcuni specifici bisogni degli anziani, quali: il Sistema Previdenziale gestito da INPS; il Servizio regionale di Teleassistenza, Telesoccorso e Telecontrollo, gestito da Tesan-Televita Srl⁴⁷; il Servizio regionale "Si.Con.Te"⁴⁸ che si affianca al più ampio mercato privato delle agenzie di assistenza domiciliare.

⁴⁵ Dati estratti dall'Albo delle farmacie di Pordenone e provincia aggiornato al 1° giugno 2022 a cura dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone.

⁴⁶ I parroci intervistati continuano ad effettuare, seppur sempre più raramente, periodiche visite a domicilio agli anziani non autosufficienti o in particolari condizioni (anche momentanea) di criticità. La visita può essere originata da una richiesta diretta dell'anziano oppure su segnalazione di altri familiari, vicini di casa, talvolta pure dai referenti di associazioni o da operatori dei Servizi. I parroci affrontano prevalentemente gli aspetti religiosi, portando conforto e speranza soprattutto in occasione dei decessi di consorti, parenti, ecc.

⁴⁷ Servizio rivolto alle persone anziane o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria. Si tratta di una forma leggera di presa in carico domiciliare sulle 24 ore, adattabile a diverse tipologie di utenza e fragilità. Prevede prestazioni differenziate a seconda della tipologia di utenza e del bisogno: telesoccorso, telecompagnia, custodia chiavi, agenda farmaci e consegna farmaci (https://disabilita.regione.fvg.it/it/schede/servizi/aziende_sanitarie/tele.html).

⁴⁸ Il Servizio SI.CON.TE ha un duplice obiettivo: 1) offrire un servizio specialistico di incontro domanda e offerta nell'ambito del lavoro domestico e di assistenza alla persona; 2) fornire consulenza alle famiglie sugli strumenti che facilitano l'equilibrio fra la vita professionale e la vita familiare (www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/famiglia-casa/politiche-famiglia/FOGLIA38/). Nel territorio sanvitese è presente uno sportello.

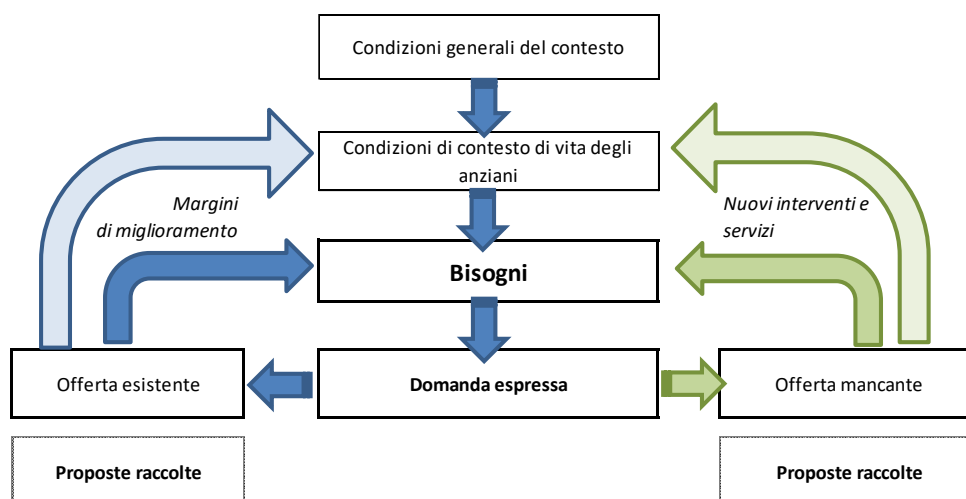
Per quanto riguarda il Terzo settore, ACAT (Associazione Club Alcolisti in Trattamento) Sanvitese, AIFA (Associazione Italiana fra Anziani e Volontariato)⁴⁹, Croce Rossa Italiana⁵⁰, ACLI, SOMSI, assieme ad altri ETS e sodalizi comunitari completano il quadro degli attori che, pur non esclusivamente, intervengono nell'area anziani.

7.2 Una possibile mappa dei bisogni

I testimoni qualificati che agiscono a favore della popolazione anziana nel territorio sanvitese e che abbiamo interpellato nella ricerca hanno fornito informazioni non solo sui loro bisogni strettamente intesi, ma più in generale anche sulle condizioni di vita degli anziani, nonché sull'attuale contesto dei servizi che riguardano tutte le fasce d'età della popolazione residente. È legittimo riconoscere, infatti, che alcune condizioni di contesto, generali o specifiche degli anziani, finiscono poi per generare esigenze e necessità che potrebbero, a loro volta, formalizzarsi in domanda di servizi e interventi. Inoltre, visto l'obiettivo operativo e non meramente ricognitivo dell'indagine, gli intervistati hanno fornito suggerimenti e proposte di intervento sia per migliorare l'offerta esistente, sia per introdurre delle innovazioni che illustreremo nel prossimo capitolo.

La presentazione di quanto raccolto seguirà quindi questo schema analitico, riprodotto graficamente nella figura sotto riportata, ben consapevoli del profondo intreccio esistente tra tutti gli elementi considerati.

Fig. n°7.2.1: Lo schema di raccolta dei bisogni degli anziani nel territorio



⁴⁹ Hanno sede nel territorio sanvitese 3 autonome Associazioni di Promozione Sociale (APS) sezioni di AIFA, una a San Vito al T., una a Casarsa della Delizia e la terza a Sesto al Reghena.

⁵⁰ Hanno sede nel territorio sanvitese 2 organizzazioni di volontariato (OdV) sezioni della CRI, una a San Vito al T., l'altra a Casarsa.

Condizioni di contesto generale. La descrizione del contesto generale in cui devono essere lette le informazioni che abbiamo raccolto, non può esimersi dal premettere che si tratta di una situazione che risente ancora profondamente del perturbamento provocato dalla lunga permanenza della pandemia da Covid-19, durata ben due anni (2020-2021) con strascichi che continuano ancora oggi.

L'elemento di contesto che sicuramente trova più consensi tra gli attori interpellati è la segnalazione, frutto di ripetute esperienze, di una carenza territoriale di medici di medicina generale (MMG)⁵¹. Essi sono i primi destinatari di qualsiasi problema o disturbo di natura anche solo vagamente sanitaria e, dato il numero limitato, li rende piuttosto oberati. Diffusa è pure la percezione della riduzione delle visite a domicilio da parte dei MMG (confermata, tra l'altro, anche da quelli interpellati nella rilevazione). Un intervistato si premura però di aggiungere che non sempre le visite domiciliari si sono ridotte per mancanza di tempo, in qualche raro caso non vengono effettuate pure per scelte operative degli stessi MMG. Inoltre, questa diminuzione di visite non viene totalmente compensata dall'attività delle guardie mediche. Tutti rilievi, questi, che possono contribuire a spiegare pure una quota degli accessi impropri al Pronto soccorso.

Oltre ai MMG, anche il personale infermieristico e riabilitativo domiciliare è ritenuto insufficiente a far fronte alla crescente domanda⁵². A tal proposito alcuni intervistati confermano la presenza nel territorio - di infermieri, operatori sociosanitari in pensione e di altre persone, che pur non avendo un passato professionale, sono capaci di eseguire iniezioni e piccole prestazioni - che si premurano di fornire, gratuitamente o a pagamento, interventi al domicilio degli anziani. Questa presenza, difficile da quantificare e probabilmente esistente da sempre, soddisfa in modo informale necessità di micro-prestazioni infermieristiche sussidiarie rispetto a quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

La percezione della riduzione di MMG, del personale infermieristico e riabilitativo si accompagna anche alla diminuzione di figure religiose, preti e suore. Congiuntamente al loro invecchiamento, il numero sempre più limitato di parroci e preti ha imposto pure una riduzione delle loro visite a domicilio, che per molte persone, anziane soprattutto, rappresentavano occasione di relazione oltre che di conforto psicologico e supporto spirituale⁵³.

Altro elemento di contesto, relativo a tutti i pazienti, ripetuto da diversi interpellati, riguarda i lunghi tempi di attesa per conseguire visite mediche specialistiche. Condivisa è anche la registrazione di un progressivo peggioramento della situazione che ha portato,

⁵¹ Si rinvia al paragrafo 5.1 per un confronto con i dati.

⁵² Nel territorio non sono presenti figure professionali quali quelle degli infermieri di comunità.

⁵³ È comunque opportuno ricordare che oggi i "Ministri dell'eucarestia", in parte, sostituiscono i sacerdoti nell'attività di incontro a domicilio dei credenti praticanti.

dopo la pandemia, ad un ulteriore allungamento dei tempi d'attesa. D'altro canto, chiusure, attese prolungate, sfiducia sembrano aver indotto i pazienti, a detta non solo dei MMG, ad essere più esigenti, più insistenti e persino più violenti nell'interlocuzione con chi è deputato a fornire un servizio pubblico.

Tra gli elementi di contesto generale viene osservato poi come la riduzione, o addirittura la scomparsa in alcuni paesi, degli esercizi commerciali di prossimità, le botteghe di generi alimentari e di altri prodotti di uso quotidiano, sia all'origine di una trasformazione della socialità comunitaria che sembra escludere soprattutto gli anziani. Anche le vecchie osterie e i bar si sono trasformati negli anni, riducendo le possibilità di fruizione per gli anziani.

Infine, degno di rilievo per le sue implicazioni sulla mobilità, ma anche sul sistema di servizi, è il modello di insediamento abitativo, tipicamente rurale, che caratterizza il sanvitese: accanto ai maggiori centri abitati è presente una frammentazione abitativa, sparsa sul territorio⁵⁴, con abitazioni prevalentemente di proprietà, in qualche caso edificate in gioventù dagli stessi anziani che ci vivono, quasi sempre di grandi dimensioni, disposte su perlomeno due piani, con numerose barriere architettoniche.

Condizioni di vita degli anziani. Tutte le condizioni di contesto generale sopra enucleate, benché riguardino i cittadini di qualsiasi fascia d'età, hanno un peso rilevante anche nella vita degli anziani, in particolare degli anziani più fragili e non autosufficienti. Di seguito esploriamo invece quelle condizioni, emerse dalle interviste condotte, che maggiormente hanno una specificità per questa fascia di popolazione.

La condizione di vita che desta maggior preoccupazione negli anziani in difficoltà, riportata praticamente da tutti gli intervistati, è quella della solitudine, dell'isolamento, dell'assenza di una robusta rete relazionale. Rete di cui si avverte ancora di più la mancanza in situazioni di criticità, di perdita di autonomia, momenti in cui diventa fondamentale trovare un supporto, un aiuto. Si tratta per alcuni intervistati di una solitudine profonda, di assenza totale di affetti che spesso genera disturbi depressivi e correlate patologie mediche. Solitudine che non viene meno neppure in prossimità fisica di altre persone, come può accadere nelle strutture residenziali in cui ci sono ospiti che rimangono senza visite di familiari, di amicizie, di conoscenti.

A determinare questa condizione⁵⁵ concorrono vari fattori: la frammentazione dei nuclei familiari, la correlata riduzione della rete parentale e sociale al crescere dell'età, il

⁵⁴ Gli otto Comuni che compongono l'Ambito si articolano in decine di frazioni, nuclei abitati, case sparse. Sicuramente il più composito è il Comune di Sesto al Reghena che conta ben 16 centri abitati tra località e frazioni (Cfr. www.comune.sesto-al-reghena.pn.it).

⁵⁵ Condizione che per Noreena Hertz, autrice del libro "Il secolo della solitudine", non è "solo come il sentirsi privi di amore, compagnia o intimità. Non si tratta nemmeno solo di sentirsi ignorati, invisibili, trascurati da coloro con cui interagiamo regolarmente, il nostro partner, la famiglia, gli amici, i vicini. Si

modello abitativo sopra ricordato, la concentrazione di servizi pubblici ed esercizi commerciali fuori dai centri abitati, i ritmi frenetici di vita e lavoro, lo stato di salute ed altri ancora.

Da alcuni intervistati emerge però anche una critica all'attuale assetto dei rapporti umani: rilevano un crescente distacco tra gli anziani e i figli, i nipoti, un allentamento della rete parentale. Distanza fisica quando vivono lontano, ma anche distanza relazionale quando, per i motivi più vari, c'è conflitto familiare o il dialogo langue e gli anziani non trovano supporto di alcun tipo. Alcuni intervistati si spingono a parlare, per alcuni casi, di de-responsabilità, disinteresse dei familiari, se non proprio di abbandono filiale o dei parenti prossimi, subito dalle figure genitoriali.

La capacità di spostarsi autonomamente nel territorio con l'utilizzo di qualche mezzo (auto, moto, bicicletta), decrescente in modo progressivo all'aumentare dell'età, unita alla scarsità di mezzi di trasporto pubblici, contribuisce ad una condizione di ridotta mobilità fisica che limita le reti di socialità e rende difficoltoso l'accesso ai servizi di cui gli anziani hanno bisogno.

Le tecnologie digitali hanno indubbiamente favorito un maggior accesso immateriale a servizi e opportunità relazionali pur senza spostarsi, ma molti anziani rimangono ancora ai margini o parzialmente esclusi da questa realtà virtuale. Lo scarso e poco competente uso di smartphone, l'assenza di altri dispositivi per connettersi a internet, le continue richieste di SPID, PEC, password finiscono per favorire un *digital divide* che li esclude da una piena cittadinanza e dalla possibilità di integrare la propria relazionalità sociale vis-à-vis a quella nuova di natura digitale.

Dai dati disponibili e sopra presentati non sembra invece che la condizione di povertà sia estesa tra gli anziani che vivono nel territorio sanvitese. I volontari della Caritas consegnano le borse spesa soprattutto a famiglie di adulti con figli, talvolta di origine straniera. Questo non significa, per i nostri intervistati, che degli anziani non nascondano alcune difficoltà economiche, per esempio trascurando la salute, ritardando visite specialistiche (di solito a pagamento) o l'assunzione di farmaci che richiedono il pagamento di ticket⁵⁶. Inoltre, se questa è la situazione attuale, alcuni lungimiranti intervistati avvertono che in futuro essa potrebbe ulteriormente degenerare, in quanto diventeranno anziane fasce di popolazione adulta già oggi in una difficoltà economica

tratta anche di sentirsi senza sostegno e cura da parte dei nostri concittadini, dei datori di lavoro, della comunità, del governo” (Hertz, 2021: 16).

⁵⁶ Il fenomeno della rinuncia alle cure è ampiamente confermato anche da recenti studi a livello nazionale, come l'ultimo “Rapporto civico sulla salute 2024” elaborato da Cittadinanzattiva <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/16710-presentato-lannuale-rapporto-civico-sulla-salute-unfermo-immagine-sulla-difficolta-di-accesso-ai-servizi-sanitari.html>.

non facilmente superabile nel prossimo futuro (anche per il mancato risparmio durante il corso della vita).

Altro fenomeno che sembra avere gli anziani come obiettivo prioritario è quello delle truffe e dei furti a domicilio⁵⁷. Il bisogno di sicurezza, spesso cavalcato dai media, si intreccia drammaticamente alle necessità sociali, creando un circuito vizioso. Infatti, la fragilità degli anziani diventa in questo frangente un fattore che agevola l'atto di aggirare e ingannare la persona. Le persone truffate o derubate accrescono in tal modo le proprie paure isolandosi ancora di più, riducendo così la già ridotta socialità.

Infine, è necessario sottolineare come la condizione di anziano fragile abbia delle caratterizzazioni a seconda del genere a cui si appartiene. Dagli intervistati le differenze di genere vengono lette in questo modo: alla perdita del partner o ai primi sintomi di fragilità, le donne generalmente mantengono un'autonomia superiore a quella degli uomini; i maschi, una volta rimasti soli, si lasciano andare (trascurando aspetto, alimentazione e salute) più velocemente, rischiando maggiormente di perdere la propria autosufficienza.

Bisogni. Dalle condizioni di vita sopra elencate emerge una serie piuttosto ampia di bisogni che le persone anziane esprimono.

La **condizione di non autosufficienza** porta con sé il problema di soddisfare, attraverso l'aiuto di qualcun altro (familiari in primis), tutti i bisogni di sussistenza (biologici e sociali), di cura e protezione che nel corso della vita generalmente vengono assunti autonomamente. Quando una persona anziana perde l'autosufficienza non è raro che generi panico tra i figli; in quel momento essi scoprono il bisogno di informarsi sui servizi e gli interventi disponibili. I figli esprimono quindi a loro volta un bisogno di orientamento e supporto, anche emotivo. In molti casi, il decadimento psicologico del familiare porta con sé anche la necessità di un supporto psicologico per i familiari. Le assistenti sociali intervistate insistono su questo punto riconoscendo che questi accadimenti provocano nei familiari, più che in passato, molta confusione, incertezza e interpretano queste situazioni anche come una mancata prossimità o educazione all'invecchiamento⁵⁸.

Sicuramente tra i bisogni maggiormente emergenti e segnalati dagli interpellati affiora la gamma di necessità connessa al diffondersi del **deterioramento cognitivo**. La mancata capacità di eseguire alcune azioni di vita quotidiana per qualche tipo di disturbo

⁵⁷ Secondo l'ultimo rapporto ISTAT sul Benessere Equo e Sostenibile (BES_ 2023): "Dal 2021, con l'allentamento delle misure restrittive e il ritorno alla normalità, questi reati [furti in abitazione, borseggi e rapine, NdA] hanno mostrato una lieve crescita, che è proseguita anche nel biennio 2022-2023. Nel 2023 il tasso di vittime di furti in abitazione si attesta all'8,3 per 1.000 famiglie (era il 7,6 nel 2022)."

⁵⁸ In passato, tale prossimità e/o educazione all'invecchiamento era resa possibile o perlomeno favorita dalla vita in comune con gli anziani, dall'abitare nello stesso nucleo familiare.

cognitivo (Alzheimer in primis) apre un ventaglio di necessità, che intaccano non solo la persona affetta, ma anche la famiglia, la rete parentale. Questa patologia colpisce soprattutto in età senile, ma pure nel territorio sanvitese si rilevano casi di “esordi precoci” che si configurano come “demenza giovanile”, ovvero presente in una fascia di persone pre-anziane (cinquantenni, neo-sessantenni), talvolta ancora in condizione lavorativa. La varietà dei bisogni che sorgono a partire da questa situazione limitante mutano ovviamente e si intensificano all’acuirsi della patologia. Come segnalato dagli intervistati, è oggi necessario disporre di diagnosi corrette⁵⁹, tempestive, effettuate negli stadi iniziali del decorso di decadimento, utili a ritardare l’evoluzione e ad alleviare i sintomi.

Altre necessità multiple segnalate sono quelle di altre patologie invalidanti, delle persone che hanno subito un trauma (**post-traumatici**), di incidenti domestici, ecc. Tutti eventi, anche quando richiedono dei ricoveri temporanei, che generano la necessità di un’adeguata assistenza in strutture intermedie, quali le RSA, Hospice, Ospedale di comunità, oggi ritenute insufficienti per le esigenze espresse dagli anziani residenti nel territorio. In questi casi la soddisfazione dei bisogni, dopo il ricovero ospedaliero, ricade prevalentemente sui familiari.

Le **dimissioni ospedaliere** di persone allettate che ritornano al domicilio rappresentano un altro elemento di riconoscimento di stati plurimi di bisogno. Infatti in questi casi sorgono esigenze di avvalersi di servizi di trasporto, di disporre immediatamente di ausili a domicilio, di poter contare su prestazioni sociosanitarie, ecc. Dimissioni talvolta eseguite senza un’adeguata programmazione temporale (“succede anche il venerdì pomeriggio”), che richiederebbero comunicazione e raccordo con il MMG di riferimento⁶⁰, con il Distretto sanitario, con gli stessi familiari o eventuali caregiver.

Un’ulteriore famiglia di bisogni, ascrivibile al superamento di **situazioni di dipendenza**, da alcol⁶¹ in primis e, in secondo luogo, dall’emergente gioco d’azzardo⁶², benché rilevati dagli intervistati, non sembrano attirare molta attenzione, forse anche perché difficili da intercettare prima che assumano una certa cronicità. Il Disturbo da gioco d’azzardo (DGA) risulta poi frequentemente correlato ad altri disturbi e può

⁵⁹ Gli intervistati denunciano anche di comunicazioni di diagnosi improprie o generiche (es. arteriosclerosi) che non permettono poi di avvalersi del corretto percorso terapeutico.

⁶⁰ Dalle interviste si è appurato che in regione esistono modalità diversificate di comunicare le dimissioni ospedaliere: dal messaggio sul cellulare del MMG, alla comunicazione via email al Distretto, alle telefonate, ecc. Ma si è raccolto dalle interviste anche casi di assoluta mancanza di comunicazione.

⁶¹ Per questa tipologia di dipendenza da anni si è strutturata un’offerta terapeutica che vede accanto ai SerD dell’ASFO anche l’offerta socio-relazionale dei club ACAT che accompagnano le persone anche per prolungati periodi rispondendo a vari bisogni.

⁶² “I pensionati italiani (...) costituiscono un’area di mercato (e di prelievo) appetibile e non trascurabile. È così che l’industria dell’azzardo ha sviluppato un suo specifico segmento di marketing mirato all’area anziani” (Croce, Arrigoni, 2017).

comportare difficoltà economiche con rischi di indebitamento, di perdita di relazioni sociali, dello stato di salute, ecc.

I parroci intervistati, ma non solo loro, hanno sottolineato anche la presenza di **bisogni spirituali e psicologici**. Gli anziani esprimono una pressante esigenza di comunicare, di essere ascoltati, di trovare conforto soprattutto nei momenti del lutto, della perdita del congiunto, del familiare. Per molti anziani rimasti soli la relazione con chi non c'è più fisicamente rimane comunque vitale e alimenta necessità (es. recarsi in cimitero, partecipare a celebrazioni religiose, ecc.) da soddisfare grazie al supporto di qualcuno.

Trasversali - che coinvolgono tanto gli anziani attivi, quanto quelli fragili, così come i caregiver - gli interpellati ricordano pure i **bisogni di socializzazione**, dello stare insieme divertendosi, bisogni che forse sfociano nei desideri, ma che appare miope non farsene carico.

Le trasformazioni culturali avvenute negli ultimi anni hanno portato anche nuove sensibilità tra gli anziani. Prodotti e comportamenti anti-age, che prevengono o attenuano l'invecchiamento sono diffusi anche nel sanvitese. In particolare gli intervistati si soffermano sul riconoscimento del **bisogno di mantenere in buona forma il proprio benessere psico-fisico**. Ovviamente riguarda gli anziani attivi, in piena autosufficienza, ma si sta allargando anche a chi ha un principio di fragilità o è inserito in percorsi riabilitativi. Sorge quindi la necessità di spazi e attività (palestre, corsi) per dare soddisfazione a questi emergenti bisogni, che indubbiamente, se guidati da esperti, apportano un beneficio rilevante non solamente per il praticante ma pure per tutta la comunità.

Per concludere riportiamo tre bisogni rilavati da diversi intervistati che fanno riferimento agli stessi attori che erogano servizi agli anziani. Il primo è la necessità di **comunicare e interagire reciprocamente all'interno delle stesse unità di offerta e tra organizzazioni diverse** (operatori sociali e sanitari, domiciliari e infermieri, tra operatori pubblici e caregiver familiari, tra MMG e le risorse pubbliche e private del territorio, ecc.); una necessità sempre più evidente all'aumentare delle opportunità esistenti e della loro frammentarietà. Il secondo è quello della **formazione dei caregiver**, siano essi familiari, badanti, amministratori di sostegno, ecc. Si tratta di una formazione continua, anche all'uso delle nuove tecnologie digitali. Il terzo è quello di **poter contare su moduli respiro** per ridurre l'affaticamento dei familiari con elevato e continuo carico assistenziale.

Domanda di servizi. Molti dei bisogni sopra elencati sono diventati e continuano a diventare domanda esplicita di interventi e servizi sociali. Domanda che generalmente

incontra già un'offerta strutturata e ampia⁶³. Di seguito ci concentreremo però sui bisogni che sono diventati componenti di una domanda che non sempre trova risposta nell'attuale offerta dei servizi e interventi domiciliari, semi-residenziali e residenziali. Una domanda che talvolta arriva a destinazione tardi quando i bisogni si sono acutizzati o cronicizzati, quando le situazioni risultano già compromesse e richiedono interventi molto più intensi e complessi di quelli che si potrebbero attivare in una fase preliminare.

La mancata conoscenza dei servizi, rilevata da molti intervistati, sia da parte dell'anziano che dei suoi familiari conduce inoltre al ben noto fenomeno delle domande improprie che, a sua volta, potrebbe pure non giungere al corretto soggetto competente e capace di fornire la risposta adeguata, disperdendo così la stessa domanda.

La domanda di interventi e servizi per mantenere a domicilio l'anziano non più autosufficiente o ad elevata fragilità è piuttosto ampia. Da un lato il MMG rappresenta il primo destinatario della domanda sanitaria, ma abbiamo visto come questa risorsa sia variata in termini quantitativi e qualitativi negli anni. Il potenziamento dei servizi domiciliari per far fronte alla domanda sembra poi scontrarsi con la carenza di personale infermieristico e fisioterapico. La ricerca di un caregiver a domicilio, oggi, si rivela altrettanto difficile, nonostante il proliferare di diverse agenzie private. Dalle interviste emerge che il progetto regionale "Si.Con.Te" per l'acquisizione di un'assistente familiare fornisce poche risposte; negli inserimenti si registrano numerosi fallimenti, difficoltà di gestione e un elevato turnover delle badanti; sottolineata è anche la scarsità di competenze di questi caregiver. Dal punto di vista economico il FAP certamente aiuta, ma non risolve tutte le esigenze, alcune voci di spesa non vengono sostenute. Il SAD avrebbe bisogno di più risorse per non trasformarsi in un intervento meramente prestazionale, definito prevalentemente dal minutaggio della durata di singole azioni di cura e igiene. Piuttosto, dovrebbe ampliare il suo sostegno alle famiglie includendo attività ricreative e di stimolazione cognitiva dell'anziano a domicilio.

Anche il Servizio di Telesoccorso, benché valutato importante, rivela alcuni limiti nel rispondere alla domanda, in quanto ritenuto riduttivo e lento ("si rimane in attesa").

I centri sociali e i centri diurni, presenti sul territorio, non sembrano soddisfare completamente la domanda, mentre si registra il bisogno di ampliare il target allargandolo anche alle fasce degli anziani più giovani. I 10 posti disponibili per frequentare il centro di disturbi cognitivi "Fruts di un timp", benché riservati ai soli residenti nei comuni dell'Ambito, richiede una turnazione degli ospiti per dare la possibilità a tutti di usufruire degli interventi erogati, mentre altri rimangono in lista d'attesa. Per quanto riguarda il fenomeno della demenza – che esprime una crescente

⁶³ L'offerta in termini di quantificazione dei beneficiari (e quindi della domanda soddisfatta) è desumibile da quanto presentato nei primi capitoli. Una descrizione puntuale delle attività e della qualità dell'offerta non rientrava tra gli obiettivi della presente indagine.

domanda di natura anche sanitaria, oggi in parte disattesa - è stata sottolineata la necessità di ripristino dell'ambulatorio con il neurologo dedicato.

Così pure la domanda di **trasporto sociale**, organizzata e in parte sostenuta economicamente a livello comunale, sembra superiore a quella oggi offerta e difficilmente soddisfabile a costi ridotti se non con la presenza di operatori volontari di cui però si sente sempre più la carenza.

Come si è visto nei capitoli precedenti anche le **liste d'attesa per entrare nelle due CdR** sono lunghe. Consistente è anche la lista d'attesa per la Casa Albergo di Valvasone Arzene che raccoglie una domanda di persone anziane, ancora autonome, talvolta con limitate fragilità, ma rimaste senza il/la consorte, i figli, che rifuggono all'idea di vivere senza nessuno intorno, di rimanere effettivamente da sole, di doversi far carico di tutte le incombenze quotidiane a casa propria⁶⁴.

Lo sportello dell'Amministratore di sostegno rileva, negli ultimi tempi, un ampliamento delle richieste per prestazioni sempre più varie, talvolta improprie anche per lo sportello stesso, sintomo quindi di necessità che non trova risposta altrove.

7.3 I bisogni che non si trasformano in domanda

Dei vari aspetti emersi durante la ricerca di campo, è sembrato opportuno dedicare un'attenzione particolare al fatto che alcuni bisogni, di cui sono portatori gli anziani, non si trasformano automaticamente in domanda esplicita di servizi e interventi rimanendo non riconosciuti come tali⁶⁵, e di conseguenza insoddisfatti o soddisfatti in modalità talvolta improprie e/o parziali⁶⁶.

Uno dei fattori che arrestano l'emergere dei bisogni è, secondo gli operatori intervistati, il tratto culturale del nascondere il più possibile, e finché è possibile, problemi, patologie proprie o dei familiari conviventi, unito a quello dell'arrangiarsi, del fare da soli⁶⁷ e possibilmente del non chiedere aiuto ad alcuno.

Poco conosciuti sono anche i propri diritti, i livelli essenziali delle prestazioni⁶⁸ a cui si ha diritto, e dunque i servizi esistenti sul territorio che potrebbero riconoscere e accogliere le esigenze di supporto. In altre parole, si potrebbe affermare che una parte di

⁶⁴ Casa propria che comunque solitamente non abbandonano del tutto, in particolare se dotata di orto, giardino e appezzamenti coltivati.

⁶⁵ Anche i sistemi informativi non hanno così modo di intercettarli rendendo impossibile il dimensionamento e dunque la possibilità di far entrare questi bisogni nelle pianificazioni e nelle programmazioni.

⁶⁶ Auto-soddisfacimento o soddisfacimento all'interno del ristretto nucleo familiare.

⁶⁷ In friulano è diffusa l'espressione "fasin di bessoi".

⁶⁸ Si tratta sia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) di natura sanitaria, che dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) di natura sociale.

anziani e dei loro familiari ignora se le esigenze, le necessità percepite configurino un bisogno che può essere soddisfatto, o se addirittura quel bisogno deve essere soddisfatto, in quanto costituisce un diritto esigibile.

Ciò che rallenta o addirittura impedisce la trasformazione del bisogno in domanda, lo abbiamo già ricordato, può essere anche il non dominio dei dispositivi tecnologici o digitali, alcune scelte organizzative che presuppongono un loro intensificato uso (si veda ad esempio la modalità dell'acquisizione della prenotazione telefonica per fissare l'appuntamento con il proprio MMG, disporre di uno SPID, ricordarsi pin, password per accedere ad interventi e servizi, ecc.).

Più grave è il racconto, fatto da alcuni intervistati per talune circostanze, di episodi di mancato ascolto dei bisogni, di segnalazioni che cadono nel vuoto, che nessuno raccoglie. Si cita l'esistenza di "casi sociali" lasciati soli, soprattutto perché il loro bisogno non è stato adeguatamente intercettato. Accanto a queste mancate segnalazioni, la rilevazione ha raccolto anche resoconti di diagnosi, in particolare sulla demenza, effettuate in modo improprio, senza la dovuta e necessaria tempestività, ritardi che minano così la possibilità di riconoscere il bisogno nella sua fase iniziale ed accogliere la conseguente domanda. Ciò produce anche l'effetto di rilevare domande già croniche che richiedono un'offerta di servizi diversi e più intensi di quelli che potrebbero essere forniti in uno stato iniziale della patologia.

Da tutto questo emerge, come ha notato uno degli interpellati, un altro bisogno latente che andrebbe riconosciuto dagli operatori: la malcelata esigenza di imparare a farsi aiutare.

8. Raccolta di indicazioni e proposte

Come ricordato nel precedente capitolo, nelle interviste con gli attori del territorio impegnati nel fornire servizi ed interventi agli anziani, si è avuto modo di raccogliere anche indicazioni e proposte volte sia a migliorare l'offerta oggi esistente (paragrafo 8.1), sia a suggerire nuove soluzioni ai bisogni emersi (paragrafo 8.2)⁶⁹. Queste indicazioni abbracciano tutte le categorie di anziani rappresentate nella fig. n°7.1, da quello attivo a quello non autosufficiente, passando attraverso vari stadi di fragilità⁷⁰. Sono indicazioni e suggerimenti per interventi e servizi che abbracciano soluzioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, ma spesso accompagnate anche da soluzioni di sistema, ovvero di natura più generale che, in quanto trasversali, riportiamo qui di seguito.

Dagli intervistati infatti sono emerse perlomeno quattro interessanti indicazioni di azioni di sistema, tra loro profondamente interconnesse.

La prima è la critica al fatto che oggi si registra **un'assenza di politiche locali per gli anziani**. Certo, in tempi recenti sono state emanate normative, sono stati predisposti piani nazionali e regionali⁷¹, ma ciò di cui si sente l'esigenza è di avere un chiaro quadro di politiche a livello comunale e di ambito territoriale, proprio in un'ottica prospettica, in grado di indicare strategie di intervento per il futuro prossimo.

Politiche locali che potrebbero essere supportate, ed è la seconda indicazione raccolta, dalla **riattivazione dei Piani di zona**⁷², quale strumento per fare incontrare e discutere gli attori che nel territorio agiscono sul tema, per supportare una reciproca conoscenza, per delineare insieme quali risposte dare ai bisogni degli anziani più o meno fragili.

La terza, più attinente alla governance e richiamata direttamente o indirettamente da tutti coloro che sono stati intervistati, consiste nel profondersi a cercare le **modalità per ridurre la frammentarietà dell'offerta esistente** incrementando le collaborazioni⁷³, connettendo tutti gli attori, pubblici e privati, e le varie compartimentazioni dell'offerta

⁶⁹ Si tratta ovviamente di indicazioni e segnalazioni che per essere rese operative vanno adeguatamente approfondite e analizzate in una sede diversa dalla presente indagine, che si è posta più modestamente l'obiettivo di rilevare i bisogni e dunque, indirettamente, le possibili e connesse risposte al loro soddisfacimento. Bisogna peraltro riconoscere che non sempre è facile distinguere chiaramente tra bisogno e soddisfattore dello stesso (Cfr. Max-Neef, op.cit.).

⁷⁰ Tenere connesse le varie età degli anziani nel pensare alla soddisfazione dei loro bisogni, pur calibrando risposte adeguatamente differenziate, è frutto più di un'interpretazione effettuata dai ricercatori che esplicitamente indicata dagli intervistati, ognuno di solito impegnato con segmenti di beneficiari anziani quasi sempre ben differenziati.

⁷¹ Si rinvia alla bibliografia finale per un elenco dei principali atti legislativi e programmatori.

⁷² In Friuli Venezia Giulia si sono avute due tornate di Piani di Zona (2006-2008; 2013-2015). Successivamente sono stati approvati due atti programmatori (2018-2020; 2021-2021) che, benché riportassero nel titolo "Servizi di contrasto alla povertà", si sono preoccupati (in particolare il primo dei due) di inserire elementi riguardanti anche il bacino complessivo degli utenti dei Servizi sociali.

⁷³ Per esempio tra ADI e SAD, tra MMG e altri attori che erogano servizi ed interventi socioassistenziali, ecc.

rivolta agli anziani. L'indicazione sottesa è quella di costruire un'effettiva filiera che dalla domiciliarità conduca, senza soluzione di continuità, alla residenzialità.

Infine, l'ultima proposta di sistema raccolta richiama **l'importanza di impegnarsi ad informare adeguatamente** e preventivamente cittadini e operatori su servizi ed interventi, rendere più rapidi e efficaci i flussi informativi sull'offerta esistente che, come si è visto, rimane ancora parzialmente sconosciuta.

8.1 Per migliorare l'offerta esistente

Nell'analisi della domanda di interventi e servizi già si è sottolineato che l'offerta territoriale oggi esistente appare insufficiente a rispondere a tutte le esigenze espresse dagli anziani. Un'insufficienza che riguarda tutte le sue articolazioni: domiciliare, diurna e residenziale. E l'incremento demografico, fornito dalle previsioni presentate nei capitoli due e tre, non fa che rendere ancora più legittima la preoccupazione per la tenuta futura del sistema di welfare⁷⁴. Di seguito ci si focalizza solamente sulle indicazioni ritenute più rilevanti.

Visto il preoccupante incremento delle persone colpite da demenza, un insieme di indicazioni riguarda non solo l'aumento della disponibilità di posti nel centro di disturbi cognitivi esistente, ma anche l'ampliamento del target accogliendo la demenza giovanile, incrementando l'informazione alla popolazione, supportando maggiormente i gruppi di stimolazione cognitiva, riattivando l'ambulatorio demenze, avviando più strette collaborazioni con i MMG, nonché con le Case di riposo per una gestione delle demenze pure a domicilio (supportando le famiglie).

Le strutture residenziali si candidano, a partire dalle competenze e capacità d'intervento accumulate, a fornire servizi oltre i sempre più porosi confini della residenzialità e semi-residenzialità per raggiungere gli anziani fragili direttamente al proprio domicilio o fornendo servizi diurni, possibilmente operando insieme agli attori che già intervengono.

L'espansione della tipologia di servizi e interventi potrebbe riguardare anche altri attori dell'offerta, come il SAD, per esempio fornendo un servizio di lavaggio di lenzuola, tende, capi di abbigliamento, ecc.

Altre indicazioni riguardano dotare il Distretto sanitario di un ambulatorio infermieristico-riabilitativo; incrementare le strutture intermedie necessarie (RSA,

⁷⁴ L'indagine ha raccolto la preoccupazione, espressa da molti attori, della crescita della sanità privata (di natura for profit) in grado di fornire prestazioni rapide e di qualità, ma a costi che non permette l'accesso a tutti i cittadini, creando diseguità sociale. La preoccupazione andrebbe ulteriormente approfondita con una puntuale rilevazione territoriale rispetto ai centri sorti negli ultimi anni, al numero di pazienti serviti e alla spesa sostenuta dalle famiglie.

Hospice) per dare assistenza a breve termine, per ricoveri temporanei a fronte di urgenze ed emergenze (come ad esempio la frequente rottura di femore da caduta, ecc.).

8.2 Per avviare nuovi interventi e servizi

Anche per quanto riguarda le indicazioni di nuovi interventi e servizi da avviare nel territorio sanvitese ci soffermiamo solo su quelle che sono emerse come le più dibattute e rilevanti.

Tra queste, quella che è stata sollevata da diversi intervistati riguarda l'abitare sociale (social housing o co-housing) quale modalità per favorire una riduzione della solitudine degli anziani attraverso l'incremento delle occasioni di relazionalità sociale. Il social housing è inoltre opportunità per concentrare al contempo interventi differenti di assistenza domiciliare (sociali, sanitari, infermieristici, riabilitativi) e pure per ridurre il costo della vita quotidiana (dall'acquisto di elettrodomestici da condividere, alla spesa comune per le utenze domestiche, ecc.) secondo un approccio ecologico (si favoriscono risparmi, si riducono sprechi, ecc.). Ebbene, nonostante venga spesso proposta come una innovativa e desiderabile soluzione abitativa per gli anziani, il co-housing ha diviso gli attori intervistati senza giungere ad una posizione condivisa. Per alcuni si tratta di una modalità di vita ancora distante dalla cultura abitativa degli anziani del territorio che, se in stato di salute e autonomia, ancora faticano ad abbandonare la propria casa e accettare la condivisione di spazi con estranei. Per altri invece, più possibilisti, ritengono che soluzioni di abitare sociale saranno certamente una modalità nella quale in un prossimo futuro si dovrà investire in quanto si troverebbero anziani disponibili, ancora meglio se aperte anche ad uno scambio inter-generazionale, ospitando persone più giovani.

Maggior condivisione trova, tra gli intervistati, la proposta di condomini solidali, o addirittura di villaggi solidali/sociali, soluzioni abitative che permettono ad ognuno di disporre di un proprio spazio, mentre si condividono alcuni servizi tra cui anche il portierato, l'assistente familiare (badante) e altre forme di assistenza sociosanitaria.

Tra le progettualità che dovranno arricchire l'offerta locale agli anziani sono state ricordate anche quelle finanziate con il PNRR, quali la casa della comunità e l'infermiere di comunità, oggi ancora assenti dal territorio sanvitese.

Tema emerso solo marginalmente ma che trova già delle sperimentazioni nelle strutture residenziali⁷⁵ è quello delle tecnologie digitali per gli anziani, sia a domicilio che

⁷⁵ Presente in quanto sono state già introdotte alcune soluzioni digitali, quali la telesorveglianza, il dispenser per la consegna automatizzata dei farmaci, l'ampio impiego di tablet, la doccia idro-molecolare, ecc.

nelle stesse strutture⁷⁶. Domotica, robotica umanoide, telemedicina, applicazioni dell'intelligenza artificiale definiscono modalità d'intervento che inevitabilmente andranno nei prossimi anni a modificare i servizi sociosanitari per gli anziani⁷⁷. Trasformazioni che, accanto ad alcune promesse, alimentano anche preoccupazioni sulla possibile sostituzione del personale attualmente impiegato, nonché sulle implicazioni etiche della nuova relazionalità uomo-macchina.

⁷⁶ Si precisa che l'AFAP, come altre associazioni del territorio, abbiano già accumulato esperienza non solo nell'organizzazione di corsi di alfabetizzazione digitale per caregiver, ma anche di impiego di dispositivi tecnologici sia hardware (tablet) che software (app) nei propri interventi.

⁷⁷ Un esempio è il recente *“Avviso pubblico per la concessione, in via sperimentale e in coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, di contributi per incentivare la realizzazione di interventi di domotica e digitalizzazione”* con il quale la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia intende promuovere l'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati, finalizzati al miglioramento della qualità di vita e dell'autonomia delle persone fragili rendendo più facile, sicura e confortevole la vita quotidiana al proprio domicilio.

PARTE III: CONCLUSIONI

9. Sintesi dei risultati emersi dalla rilevazione

In questo capitolo tenteremo una sintesi argomentata dei risultati emersi da questa rilevazione quanti-qualitativa sui bisogni degli anziani nel territorio sanvitese, finalizzata, ci si augura, a delineare e mettere in cantiere alcune possibili azioni di intervento⁷⁸. Azioni territoriali che dovranno necessariamente raccordarsi a dispositivi regionali e nazionali. È infatti assolutamente impensabile di poter far fronte al fabbisogno assistenziale degli anziani fragili con soluzioni meramente locali.

Il primo elemento rilevato, già noto perché sotto i riflettori anche della pubblica opinione nazionale ormai da alcuni anni, ma comunque imprescindibile per cogliere l'ampiezza potenziale dei portatori di bisogni sociali, è il costante aumento della popolazione anziana. Aumento in termini assoluti di persone che raggiungono un'età sempre più avanzata (le donne in numero maggiore che gli uomini) e aumento in termini percentuali dell'incidenza di questa componente demografica sull'intera popolazione. L'*ageing society*, l'espressione usata per designare una società con una forte tendenza all'invecchiamento demografico, è ormai una realtà strutturata che impatta su una molteplicità di aspetti della vita in comune.

L'incremento demografico apporterà inevitabilmente anche un aumento delle persone fragili e non autosufficienti. Il carico assistenziale dato dagli anziani non autosufficienti, se rimane costante il valore dell'incidenza impiegato nel terzo capitolo, riguarderà circa l'8% di tutta la popolazione superiore ai 64 anni. Maggiore è la percentuale di anziani fragili che rischiano di transitare verso la non autosufficienza (14%). Quindi già oggi, è facilmente prevedibile l'incremento quantitativo della domanda di anziani che si rivolgeranno ai Servizi sociali e sanitari nei prossimi anni. Domanda che, abbiamo rilevato, non necessariamente riflette tutto il fabbisogno assistenziale. Ci sono bisogni che faticano a diventare domanda; c'è poi una domanda disattesa mentre un'altra è in lista attesa (sempre più lunga), che in parte trova poi destinazione nell'assistenza sociale e sanitaria privata.

Oggi nel territorio sanvitese un anziano su dieci è in carico al SSC, ma soprattutto lo è un grande anziano su tre. E scalando l'età, l'assistenza si fa pure più intensa, richiedendo maggiori interventi e servizi multipli, sia domiciliari che residenziali. Se le percentuali rimangono stabili nei prossimi anni sarà inevitabile che questa fascia d'età conquisti la maggioranza dell'utenza dei Servizi sociali.

⁷⁸ Allo stesso tempo si ritiene utile dar seguito alle indicazioni emerse nel corso dell'indagine per approfondire, con ulteriori rilevazioni e analisi empiriche, aspetti, di natura sia quantitativa che qualitativa, che non si è avuto modo di esplorare: la diffusione della presenza delle assistenti familiari (badanti) e le modalità del loro impiego; la spesa sostenuta per la sanità privata; l'apporto delle figure informali nei servizi infermieristico-sanitari a domicilio; le cause di mortalità; la quantificazione della spesa previdenziale; l'ammontare dei contributi comunali per il sostegno al pagamento delle rette per le strutture residenziali.

L'impatto della crescita demografica investirà immancabilmente anche l'offerta sanitaria già sotto pressione, come dimostrano i dati del capitolo quinto relativi a MMG, PUA, pronto soccorso, ospedali, strutture intermedie (RSA, Hospice), ADI e altri servizi domiciliari.

La rilevazione qualitativa sui bisogni, effettuata ascoltando gli operatori che prestano interventi e servizi, dimostra quanto ampio e quanto profondamente intrecciato sia lo spettro di necessità espresso dagli anziani in difficoltà e dalle loro famiglie.

Innanzitutto emerge quanto miope sia perimetrare l'attenzione solo alle persone anagraficamente anziane o, peggio, restringerla ai grandi anziani. Dalla ricerca emerge che certi bisogni, disturbi o patologie sorgono precedentemente e, se non intercettati precocemente, si manifestano poi con maggior intensità nella fascia anziana. Tale considerazione aiuta a guardare al corso della vita come ad un continuum senza soluzione di continuità, evitando, quando possibile e utile alla costruzione di risposte maggiormente efficaci, rigide suddivisioni tra l'età adulta e la terza e quarta età.

In secondo luogo, rilevando i bisogni degli anziani in difficoltà, sono riaffiorati pure i bisogni di tutte le persone anziane, anche di quelle attive. E sono riaffiorati soprattutto i bisogni dei loro familiari, dei loro caregiver (peraltro talvolta a loro volta anziani). Si può trarre la lezione che questi ultimi sono altrettanto importanti e che un sistema di welfare maturo debba assolutamente occuparsene, dando risposte puntuali, che riguardano:

- l'informazione sull'offerta di servizi e interventi esistente sul territorio, e su come orientare l'attivazione delle persone;
- la formazione dedicata non solo al tema del prendersi cura degli anziani fragili o non autosufficienti (sfruttando pure l'uso delle tecnologie digitali⁷⁹), ma anche ad una più generale educazione all'invecchiamento e alla capacità di riconoscere e valutare i bisogni propri e degli assistiti;
- misure e modalità di sollievo (moduli respiro);
- interventi di supporto economico, relazionale, ecc.

Una terza acquisizione emersa dalla parte qualitativa della ricerca riguarda l'assetto dell'offerta che si è strutturata per rispondere alla varietà crescente e sempre più complessa dei bisogni degli anziani fragili. Ad oggi l'offerta del territorio sanvitese risulta ampia, composta da numerosi attori (pubblici e privati), ma frammentata, con flussi comunicativi ed operazionali che necessiterebbero di rafforzarsi per essere maggiormente efficaci. Parlare di rete o di filiera di servizi è più un auspicio per un desiderato assetto futuro che un'effettiva realtà già operativa.

⁷⁹ Cfr. Boccaletti, 2024.

Riferimenti bibliografici

- ARS Toscana, IL BISOGNO SOCIO-SANITARIO DEGLI ANZIANI IN TOSCANA. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BiSS. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (a cura di Paolo Francesconi), Dicembre 2009
- Billari F.C., Tomassini L. (a cura di), La salute degli anziani tra prospettive di resilienza e fragilità. In RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE. L'Italia e le sfide della demografia, Il Mulino, Bologna, 2021; cap. 8; pp. 213-223.
- Boccaletti F., MIO PADRE È ANZIANO: CON QUALI TECNOLOGIE POSSO AIUTARLO? Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2024.
- Censi A., VITA DA VECCHI. L'umanità negata delle persone non autosufficienti. Edizione Gruppo Abele, Torino, 2021.
- Croce M. Arrigoni F., GRATTA E PERDI. Anziani, fragilità e gioco d'azzardo. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2017.
- Hertz N., IL SECOLO DELLA SOLITUDINE. L'importanza della comunità nell'economia e nella vita di tutti i giorni. Il Saggiatore, Milano, 2021 (ed. or. 2020).
- Illich I., PER UNA STORIA DEI BISOGNI. Arnoldo Mondadori, Milano, 1981.
- ISTAT, Aspetti di vita degli over 75 Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa, 27 aprile 2020 (www.istat.it)
- ISTAT, Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019, Statistiche report, 14 luglio 2021 (www.istat.it).
- Iurlaro F., (a cura di), SARÀ UN PAESE PER VECCHI, Editrice Dapero, Piacenza, 2021.
- Luppi E., PRENDERSI CURA DELLA TERZA ETÀ. Valutare e innovare i servizi per anziani fragili e non autosufficienti. FrancoAngeli, Milano, 2016.
- Mantellini M., INVECCHIARE AL TEMPO DELLA RETE. Einaudi, Torino, 2023.
- Max-Neef M. et al., LO SVILUPPO SU SCALA UMANA. Slow Food Editore, Bra (CN), 2011; ed. or. HUMAN SCALE DEVELOPMENT. The Apex Press, N.Y., 1991.
- Miele F., Piras E.M., Attila Bruni, Coletta C., Zanutto A., *Gestire il fardello della cura: le reti di sostegno agli anziani fuori dalle istituzioni sanitarie*. In: Autonomie locali e servizi sociali (ISSN 0392-2278) Fascicolo 1, aprile 2016.
- NNA (a cura di), L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA. 7° RAPPORTO 2020/2021. Punto di non ritorno. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2020.
- Pasquinelli S., *Esiste qualcosa dopo le RSA?* In PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE. Anno LII, n°1/2022; pp. 1-2.

Rizzo M., Rao S., De Piccoli N. (a cura di), RESIDENZE DI COMUNITÀ. Un contributo per una nuova filiera delle residenzialità e delle cure domiciliari. Fondazione CRC, giugno 2022.

Scortegagna R., INVECCHIARE, Il Mulino, Bologna, 2005.

Trabucchi M., UNA LUNGA VITA BUONA, Il Mulino, Bologna, 2020.

Vergani E., BISOGNI SOPSETTI. Saggio di critica sociale. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2010.

Documenti pianificatori

DPCM 3 ottobre 2022, PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Delibera n°1283 del 20 Agosto 2021, PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021-2023.

PARTE IV: RACCOLTA DI IDEE, SUGGERZIONI, PROPOSTE, INTERVENTI DI CHI GLI ANZIANI FRAGILI LI CONOSCE

A corollario della ricerca qui pubblicata e presentata durante il Convegno, si è ritenuto importante dar voce a quanti nel territorio dell’Ambito del Tagliamento operano a favore degli anziani e, a partire dalla propria esperienza diretta, possono offrire un utile contributo in termini di proposte, suggerimenti, interventi da avviare e suggerire per migliorare la risposta ai bisogni della popolazione anziana stessa.

Molti di questi soggetti sono stati anche coinvolti nella ricerca, garantendone così anche il profilo qualitativo, accanto a quello demografico e statistico di carattere quantitativo.

Di seguito sono pubblicati gli interventi integrali di quanti (volontari, associazioni, professionisti, ecc.) hanno voluto cogliere questa opportunità, che ha permesso anche di produrre il video proiettato durante il Convegno laddove è stato condensato quanto dettagliatamente riportato di seguito.

Ringraziamo, quindi, per la partecipazione:

- **Ambito Sociale Territoriale “Tagliamento”** (*dott.ssa Tamara Zandotti, dott. Andrea Minato,*)
- **A.C.L.I. Provinciale di Pordenone** (*sig. Giancarlo Tisiot*)
- **Associazione Insieme per la solidarietà ODV**, San Vito al Tagliamento (*sig. Federico Facchin*)
- **Associazione SOMSI** San Vito al Tagliamento (*sig. Mariano Polo, sig.a Tiziana Trevisan*)
- **Azienda Pubblica Servizi alla Persona ASP “Daniele Moro”**, Morsano al Tagliamento (*dott.ssa Simona Peruzzo*)
- **A.I.F.A. APS**, San Vito al Tagliamento (*dott.ssa Luigina Barosco*)
- **dr.ssa Michiela Bruckbauer**, San Vito al Tagliamento, Medico di Medicina Generale
- **Caritas**, Forania San Vito al Tagliamento (*sig.a Maria Teresa Rossit*)
- **Centro Disturbi Cognitivi “Fruts di un timp”** - Ambito territoriale “Tagliamento” (*sig.a Francesca Iudica*)
- **Farmacia Comunale – Comune di San Vito al Tagliamento** (*dott.ssa Dania Girolami*)
- **Fondazione Colledani-Bulian**, Valvasone Arzene (*sig.ra Paola Leschiutta*)
- **Itaca Cooperativa Sociale onlus**, Pordenone (*dott.ssa Vanessa Boyer*)
- **Progetto “Saluta il tuo vicino”** – Comune di Casarsa della D. (*dott.ssa Lisa Bresil*)
- **S.O.F.I.A Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia** (*dott.ssa Silvia Fabris e dott.ssa Annapaola Prestia*)
- **Università della Terza Età del Sanvitese APS** (*sig.ra Elena Barei, dr. Tiziano Susanna, sig.ra Sonia Zaccheo*)

Entro lo scenario e le previsioni demografiche di invecchiamento progressivo della popolazione dove l'Italia detiene il primato tra i paesi europei con il tasso più alto di popolazione anziana (quasi il 25%), situazione che si riflette anche a livello locale, del nostro ambito, con un costante aumento soprattutto nella componente ultraottantenne, il Servizio Sociale riscontra un aumento delle domande di supporto in relazione a situazioni di non autosufficienza, di solitudine, alla presenza di forme di disturbo cognitivo e rileva sempre più la difficoltà e la fragilità delle famiglie nel farsi carico dell'assistenza e della cura del proprio familiare.

Malgrado le politiche, nazionali e regionali, messe in campo a favore della popolazione anziana, sia di promozione dell'invecchiamento attivo a quelle di contrasto alla solitudine, di supporto ai caregiver, di supporto alla non autosufficienza, non si è riusciti a promuovere una politica significativa in grado di ridisegnare il sistema socio-sanitario-assistenziale che rimane ad oggi ancora frammentario nelle risposte e negli interventi con una offerta pressoché invariata negli ultimi 20 anni e ancora limitata rispetto l'evoluzione e la complessità dei nuovi bisogni;

Manca una strategia complessiva e un sistema organico e coordinato garante di una continuità promozione, cura e assistenza in una logica di filiera che vede protagonisti gli anziani a partire dalla loro casa, territorio, comunità fino all'ospedale, servizi intermedi, servizi semi residenziali e residenziali.

Per dare risposte più ampie, integrate, articolate e nuove/innovative capaci di:

- Intercettare precocemente i bisogni delle persone anziane;
- Supportare le persone anziane sia come risorse sia nelle loro difficoltà e vulnerabilità;
- Sostenere i familiari/caregiver nel carico assistenziale e mantenere più a lungo possibile le persone anziane nel proprio domicilio/territorio;
- Rispondere adeguatamente ed efficacemente all'evoluzione dei bisogni;

Ci vuole una visione territoriale condivisa e complessiva tra i Servizi sociali, sanitari e assistenziali e al contempo una alleanza/collaborazione con i diversi attori del territorio.

Come?

Attraverso un tavolo permanente socio-sanitario volto alla definizione di linee condivise di programmazione e intervento, capace di:

- Ingaggiare la comunità in questo tavolo: coinvolgimento dei diversi attori locali impegnati nella cura delle persone anziane: cooperazione e imprese sociali, strutture residenziali, associazioni, enti religiosi;

- Condividere e Riflettere insieme sui dati, sui bisogni e sul fare, in una logica di co-programmazione;
- Creare una maggior cultura rispetto la fragilità e alla non autosufficienza (promuovere una responsabilità comunitaria).

Dalla programmazione il tavolo promuove una co-costruzione di piste di lavoro insieme utilizzando anche lo strumento della coprogettazione mettendo in sinergia le risorse economiche, professionali, strumentali e conoscitive per una risposta di sistema al tema della cura agli anziani.

In questo modo rendere più armonico ed efficaci gli interventi di tutti rimodulando/riformulando i servizi e gli interventi, anche già in atto, entro una continuità assistenziale, casa/domicilio - territorio – ospedale -semi residenzialità e residenzialità, con la possibilità di implementare progettualità innovative, in termini di adeguatezza e flessibilità, rispetto all’offerta esistente.

Vuol dire attivare una presa in carico comunitaria in un’ottica di welfare di comunità e costituire una rete della cura intorno ai temi della fragilità e della non autosufficienza composta da più soggetti di natura pubblico-privata.

Proviamo a cambiare lo sguardo!



Le Acli, come tutte le altre associazioni di volontariato, hanno riscontrato come il periodo del Covid abbia creato grossi problemi di socializzazione e di emarginazione tra le persone. Per ovviare in parte a questo problema abbiamo organizzato 7 corsi di informatizzazione informatica sull'uso dello smartphone, per over 65, in diversi nostri circoli, questo per soddisfare le innumerevoli richieste pervenute. I corsi si sono svolti a Cordovado, Pravidomini, Casarsa e Torre di Pordenone e hanno visto coinvolte più di 150 persone. Le richieste però sono sempre continue.

Cosa si è evidenziato da questa nostra esperienza:

1. L'emarginazione sociale nella quale vivevano gran parte dei partecipanti che scoprivano solo ora questo mezzo per comunicare con altri,
2. È emersa la difficoltà, dei famigliari che li circondano, di trovare il tempo e soprattutto la pazienza necessaria, nell'essere disponibili a rispondere alle loro continue e ripetute domande, nello spiegare e rispiegare le procedure di accesso alle principali App oppure far loro capire dove hanno sbagliato,
3. La difficoltà di queste persone nell'uso di apparecchi, spesso di difficile utilizzo e il più delle volte solo parzialmente da loro utilizzati.
4. Come la differenza nell'apprendimento non è dovuta all'età anagrafica della persona ma dal suo vissuto, in particolare come questi abbia vissuto e compreso l'importanza della socialità e della comunità,
5. La difficoltà che gran parte di essi hanno nel tenere a mente quanto appreso e, se non aiutati, ricadere nell'emarginazione perché non hanno riferimenti a cui rivolgersi,
6. A conclusione degli incontri ci veniva richiesto, da quasi la totalità dei partecipanti, di fare degli incontri di formazione sulle procedure per l'accesso tramite lo spid perché la maggioranza di essi non riusciva a completare dette procedure.

Ora che tutto viene informatizzato, dove comuni interi resteranno senza medico di base, senza banche, senza servizi. Dove una persona, priva di mezzi personali, per poter recarsi ai servizi più vicini deve partire al mattino per rientrare nel pomeriggio o alla sera. Dove una persona per prenotare una visita dal dottore deve accedere, tramite l'App dedicata, entrando con lo spid, perché l'accesso al centralino telefonico dello studio è quasi sempre occupato. Dove per accedere ai vari enti per avere delle risposte lo si può fare solo tramite l'uso dello spid, per non parlare

poi di tutte le altre persone che sono fragili che non si possono muovere da casa e che non si conoscono. Per tutte queste persone se non viene fatto qualcosa saranno sempre più emarginate.

Come associazione avevamo predisposto un ufficio proprio per aiutare le persone a facilitare l'accesso tramite lo spid e ripetere loro le informazioni sull'utilizzo dello smartphone. L'intento era di mettere a disposizione un operatore che utilizzando un pc e facendosi dare i dati ricevuti dalle mail e codice di OTP del telefonino dell'utente, faceva accedere le persone alla pagina dell'Ente o specialista richiesto dalla persona, oltre dare delle risposte alle loro domande di aiuto.

Causa problemi di privacy non abbiamo potuto attuare questo servizio.

Per sopperire a questa difficoltà si ha quindi la necessità che, chi di competenza, verifichi la possibilità che questo servizio possa essere messo a disposizione delle persone, in particolar modo quando questo servizio è svolto come volontariato. Spetta però all'Ente preposto determinare le regole che tutelino sia l'associazione, sia l'operatore che l'utente stesso.



Associazione Insieme per la solidarietà ODV, San Vito al Tagliamento

sig. Federico Facchin, Presidente

La crescita a dismisura degli anziani è davanti agli occhi di tutti accanto al calo demografico e alle difficoltà di inserimento nel tessuto sociale degli stranieri, nonostante i livelli di benessere diffuso.

Chi è anziano e ricco non ha problemi, anche se non autosufficiente e fragile, può rivolgersi a strutture che lo possono accogliere con ogni confort oppure anche stare a casa assistito da personale qualificato. Basta pagare.

Abbiamo invece milioni di cittadini che devono rivolgersi a strutture pubbliche e private, spesso con personale all'osso, e con costi insostenibili rispetto al reddito medio dell'utente (c'è un differenziale, alle volte, di circa il 50%).

Se la Sanità (parte assistenza) come strutturata in Italia funzionasse, avrebbe da tempo affrontato il problema creando strutture di assistenza, adeguatamente gestite, a basso costo e con personale sufficiente. Invece si chiede al cittadino di trovare le soluzioni davanti ad una disorganizzazione cronica e soprattutto ad una macroscopica carenza di risorse economiche.

Per restare concentrati sulle persone fragili e quindi evitare di approfondire tematiche la cui soluzione spetta ai nostri governanti cercherò di proporre percorsi migliorativi legati all'amministrazione di sostegno.

Esaminiamo utenti che sono privi di rete familiare o comunque che per motivi legati anche alla disaffezione dei parenti fanno una vita solitaria e che improvvisamente per motivi di deterioramento della loro salute fisica o mentale o per età non sono più in grado di gestirsi autonomamente.

Normalmente sono persone già oggetto di intervento da parte dei Servizi sociali che cercano delle soluzioni di assistenza il più possibile idonee alla persona.

Peraltro, gran parte degli utenti "fragili" hanno scarse risorse economiche (parliamo di quelli che non hanno il sostegno della famiglia e possiedono patrimoni esigui e vendibili). A questo punto viene reso indispensabile la nomina di un amministratore di sostegno "d'ufficio" che, in collaborazione coi Servizi sociali, elaborino un progetto su misura alla persona indicata. Questo progetto può contenere dall'ottenimento dell'assegno di accompagnamento alla richiesta del fondo per l'autonomia possibile (FAP), all'inserimento in una struttura protetta, alla verifica di redditi ed eventuali esenzioni di imposte, alla vendita, se esistenti, di beni immobiliari finalizzati al pagamento delle rette delle strutture (inserirei in questa categoria anche gli utenti dove esiste una rete familiare che non si presta all'assistenza dell'anziano). Per questa categoria di persone è indispensabile trovare un accordo con il Tribunale in modo da arrivare alla operatività dell'AdS in brevissimo tempo. Nomina urgente di un AdS provvisorio con mansioni limitate alle necessità del momento in attesa dell'udienza per la nomina definitiva.



Associazione SOMSI San Vito al Tagliamento

sig. Mariano Polo, Presidente - sig.ra Tiziana Trevisan, Consigliera

SOMSI San Vito da anni conta oltre 2000 soci ed ha la tradizione di portare a casa la tessera annuale alle persone che escono poco, in particolare agli anziani. La consegna è svolta da volontari, dal Presidente e dal Consiglio Direttivo. In questo frangente abbiamo notato quanto questa consegna si trasformi spesso in un bel momento di chiacchiere e di socialità, e di ricordi. La solitudine degli anziani infatti è uno dei problemi emergenti della società attuale e anche della nostra comunità. Questi incontri sono un piccolo, ma a nostro parere importante, contributo a combatterla, un'occasione di incontro e di scambio. A partire da questa esperienza vissuta in SOMSI ci siamo chiesti: sarebbe possibile estendere questa esperienza ed arricchirla? Avviene la stessa cosa nelle altre associazioni di volontariato della nostra comunità?

Il progetto che proponiamo consiste quindi in trasformare ed estendere questa interessante esperienza. Gli obiettivi pertanto sono:

- Incoraggiare le associazioni presenti nel territorio a trasformare l'occasione del rinnovo delle iscrizioni annuali in visite a casa alle persone per scambiare qualche chiacchiera, cercando di capire se le persone visitate abbiano desiderio di ulteriore socialità quale ad esempio incontrare amici che altrimenti non possono vedere per difficoltà di spostamento, andare a iniziative quali teatro, mostre, sagre, ecc.
- Valutare la possibilità di mettere assieme le risorse delle associazioni per eventuali "uscite" e incontri fuori casa.

A CHI È RIVOLTO IL PROGETTO - I destinatari sono gli anziani con scarsi contatti sociali, già iscritti alle associazioni della comunità o comunque segnalati dalle associazioni o da altri anziani.

CHI DOVREBBE ATTUARE IL PROGETTO – Le associazioni dovrebbero promuovere la propria visita a domicilio in occasione del rinnovo della tessera. Prendere il tempo di fermarsi, scambiare qualche chiacchiera, capire se la persona gradisce altre visite, se ha voglia di uscire per incontrare amici o comunque partecipare a qualche iniziativa della comunità. Dovrebbero anche raccogliere eventuali segnalazioni di altre persone che vivono in relativa solitudine. La visita a casa è l'elemento più importante, le eventuali "uscite" richiedono un impegno più rilevante ed un'organizzazione che deve essere accuratamente valutata e programmata. La ricchezza associativa della nostra comunità comunque può rendere possibile attuare almeno alcune piccole iniziative quali ad esempio incontri tra amici che hanno difficoltà di spostamento.

Il progetto richiede un cappello istituzionale e quindi la presenza di Ambito, Comune (Centro anziani) e Casa di Riposo. A partire dalle istituzioni si dovrà creare un censimento e un coordinamento delle associazioni disponibili.



A.I.F.A. APS, San Vito al Tagliamento

dott.ssa Luigina Barosco, Presidente

Si parla molto di terza età. L'età media della popolazione è aumentata anche grazie ad un migliore tenore di vita e alle scoperte nel campo della medicina. Ma a questo dato positivo corrisponde anche la necessità di garantire servizi e supporti che aiutino le persone ad affrontare tutte le fragilità che possono permeare questa fase della vita. Momenti di debolezza possono derivare dall'allontanamento dei figli, dalla perdita del coniuge, dalla carenza di una cerchia parentale, dal disporre di una abitazione inadeguata, dall'insorgere di malattie che possono ridurre l'autonomia residua. Queste situazioni spesso portano la persona ad isolarsi, specialmente quando non ci siano aiuti o stimoli esterni idonei ad aiutare a recuperare una esistenza attiva con un buon grado di autonomia.

I problemi possono essere anche in parte collegati al fatto che i Presidi sanitari e i servizi territoriali, pur presenti e attivi, non sono sempre adeguati alle crescenti esigenze dei cittadini in questa fascia di età. Talora si possono presentare anche necessità di attivare spostamenti per visite/terapie in sedi lontane con conseguenti disagi e incremento dei costi che molte persone possono non essere in grado di affrontare per inadeguata situazione reddituale o carenza di aiuti.

Potenziare e localizzare le strutture al servizio delle persone anziane fragili, intervenire con adeguati supporti economici e agevolazioni per sostenere i famigliari che vogliono prendersi cura dei parenti anziani nell'ambito domestico sono e saranno condizioni imprescindibili per assicurare a queste persone una esistenza dignitosa.

Non c'è dubbio che oggi una parte dell'assistenza è garantita da forme diverse, ma tutte orientate al benessere dell'anziano, di Volontariato, fatto da persone che spesso senza alcun clamore mediatico impegnano il loro tempo e talora anche sostengono economicamente chi non ha disponibilità personali.

L'A.I.F.A. (Associazione Italiana Fra Anziani APS), attiva fin dalla metà degli anni 80, ha sempre avuto come finalità principale quella di svolgere una serie di iniziative orientate al mantenimento di una condizione di autonomia e di benessere psico-fisico nell'ottica dell'invecchiamento attivo, anche grazie al supporto logistico che le Amministrazioni Comunali, succedutesi nel tempo, hanno sempre garantito.

Le proposte offerte a questi Cittadini si concretizzano in:

- corsi di ginnastica di mantenimento, particolarmente graditi ed apprezzati dai soci
- momenti di incontro e convivialità correlati alle diverse ricorrenze e stagioni dell'anno
- momenti culturali con visite guidate in località di particolare interesse storico, artistico e paesaggistico;

- supporti economici, con donazioni ad Associazioni aventi scopo di supporto a persone che versano in particolari situazioni di disagio economico e sociale o sanitario
- collaborazione con servizi istituzionali che si occupano di persone con necessità di socializzazione assistita;
- miglioramento del sentimento di autostima personale e del proprio valore umano nelle varie occasioni della vita di relazione con gli altri, prevenendo dannose situazioni di isolamento individuale

Tutta l'offerta è sostenuta dalle quote versate dai Soci stessi.

Pensiamo che l'attività dell'Alfa rivolta sia ai Soci che alla Comunità, possa contribuire a mantenere le persone, in maggioranza ultra settantacinquenni, in una condizione attiva idonea a prevenire e a contrastare, per quanto possibile, le cause di decadimento senile e le patologie correlate all'invecchiamento.

Un dovuto e particolare ringraziamento va all'Amministrazione della Casa di Riposo di San Vito che con questa iniziativa si fa carico di porre all'attenzione della Comunità e in particolare di tutti i soggetti interessati alla cura degli anziani, la necessità di "fare rete" insieme, cioè di occuparsi, ognuno per una parte, dei tanti bisogni di queste persone, per assicurare loro una dignitosa qualità di vita.

dr.ssa Michiela Bruckbauer, San Vito al Tagliamento

Medico di Medicina Generale

Sistema informativo integrato per l'anziano fragile.

Per anziano fragile si intende una persona non disabile, autonoma nelle attività della vita quotidiana (ADL), ma non in grado di svolgere due o più funzioni complesse (IADL), come preparare pasti, fare lavori domestici, assumere farmaci, uscire, gestire il denaro o utilizzare il telefono. Negli ultimi cinquant'anni, l'invecchiamento della popolazione italiana ha portato a un aumento delle persone fragili, dovuto all'incremento delle malattie cronico-degenerative, cardiovascolari, cerebrovascolari e neurologiche, tra cui depressione, Alzheimer e altre demenze. Il numero di persone richieste per l'assistenza degli anziani fragili è in costante aumento. Questo compito, oltre a essere impegnativo dal punto di vista umano e organizzativo, richiede competenze specifiche, forza fisica e psicologica, tempo e, spesso, risorse economiche. La famiglia ha cambiato struttura, passando da un sistema di assistenza condiviso alla solitudine del caregiver, che si trova spesso a gestire il carico emotivo della cura, con sentimenti di solitudine e incertezza. Il caregiving richiede abilità tecniche, organizzative e capacità di dialogare con i servizi territoriali. Il caregiver ha bisogno di informazioni, sostegno e aiuto dalle strutture a lui dedicate. A questo punto dovrebbero entrare in gioco i servizi sanitari territoriali e i servizi psico-socio assistenziali. I primi, sotto la guida del distretto, gestiscono l'anziano fragile dal punto di vista sanitario, con accessi a domicilio di infermieri, medici di medicina generale, fisioterapisti e specialisti territoriali. Tuttavia, questi servizi non sono sempre ben organizzati e coordinati, causando sprechi di tempo e risorse. Anche i Servizi sociali offrono piani di assistenza individuali, ma mancano sovente di una coordinazione precisa. I due sistemi operano spesso su percorsi paralleli, senza una vera integrazione. È necessario creare un **sistema informativo integrato**, che consenta la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi all'anziano fragile. Una piattaforma ad hoc potrebbe favorire l'incontro virtuale tra i diversi attori, migliorando la programmazione e il monitoraggio degli interventi, nonché la comunicazione tra i settori coinvolti. L'uso di strumenti semplici e integrati, adottati da tutti gli operatori della rete dei servizi, favorirebbe un lavoro più efficiente. Un cruscotto verde-rosso, ispirato alle strategie delle aziende private, permetterebbe di monitorare in tempo reale la situazione dell'anziano fragile. La fragilità è una condizione clinica che può essere reversibile se trattata, ma trascurarla può portare a un rapido deterioramento della salute e disabilità nell'anziano. **Il medico di medicina generale deve riconoscere la pre-fragilità**, caratterizzata da malnutrizione, isolamento sociale, inattività, e deficit cognitivi, per prevenire la progressione verso la fragilità.



Si diventa “anziani fragili”, nel vasto e dislocato territorio del sanvitese, quando non si riesce a soddisfare le necessità quotidiane: viene ritirata la patente, non si è più in grado di usare la bicicletta...

Le cause possono essere: la salute malferma e la lontananza dei servizi di prima necessità (alimenti, medico, farmacia).

La persona fragile è spesso senza mezzi di trasporto; c'è difficoltà di relazione di vicinato; talvolta c'è scarsità di risorse/ reddito insufficiente che diventa un disagio manifestare; talvolta manca una rete familiare disponibile (i figli lavorano o/e non vedono il loro congiunto più bisognoso di cura)

Il problema principale, a nostro avviso, è quindi la mancanza di comunicazione e trasporto. Andare dal medico di base è un labirinto informatico o telefonico, aggravato dalla mancanza di mezzi di trasporto collettivo; recarsi in ambulatorio è praticamente impossibile, parlare con il medico, se non è urgente, anche. Fare la spesa è difficile. Bisogna chiedere.

I familiari, come detto, per lo più sono in età lavorativa e faticano a farsi carico delle nuove esigenze che presenta la persona fragile. Spesso il fragile ha difficoltà o si vergogna a chiedere aiuto (mi sono sempre arrangiato).

Anche se la responsabilità principale è della famiglia, vengono a mancare i servizi capillari che permetterebbero alla persona in difficoltà di muoversi nel suo territorio.

Il contributo che la Caritas dà è principalmente l'Ascolto; l'aggregazione e la distribuzione di viveri di prima necessità. Per noi la prossimità è il tentativo di alleviare la solitudine. È difficile però individuare le persone fragili che tendono ad isolarsi.

Proposte

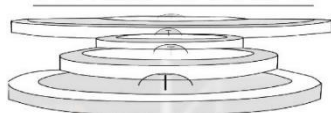
1. Servizi adeguati all’aumento della domanda delle persone affette da demenza con relativa informazione dell’esistenza di queste strutture che spesso non sono conosciute.
2. Un riferimento sui servizi esistenti sul proprio territorio con le informazioni più utili (dove si trova, cosa fa, quanto costa, orari di apertura) semplificando le risposte ai bisogni delle famiglie aiutandole nella rete offerta dai servizi socio assistenziali.
3. Sostenere le famiglie con aiuto concreto, vicinanza emotiva, punto di riferimento, accompagnamento, condivisione e sostegno materiale ed economico. Aiuti anche in merito ai servizi previdenziali (indennità d’accompagnamento, amministratore di sostegno, inabilità, legali ecc.)
4. Salto culturale per i medici (i servizi non sono conosciuti da tutti i medici con cui le famiglie hanno contatti) la loro risposta alle domande dei familiari è: “non c’è niente da fare”, da prevedere quindi: incontri, sensibilizzazione e conoscenza dei servizi offerti dal sociale.
5. Conoscere operatori di diversa professionalità che possono fornire informazioni, consigli pratici su varie strategie e modalità relazionali.
6. Incrementare i centri diurni con orari ampi e flessibili adeguati ai bisogni delle famiglie per i pazienti affetti da demenza con lo scopo di migliorare la cura e la qualità della vita, il loro benessere psico-fisico e con la possibilità di confrontarsi. Provvedere subito all’inserimento nei centri su indicazione dei medici, assistenti sociali e le figure della presa in carico. Per i familiari è importante anche la condivisione di momenti di scambio, svago e tranquillità, l’opportunità di stare insieme in un contesto libero da pregiudizi e condizionamenti (bisogno di normalità, solidarietà) per combattere la solitudine e l’isolamento.
7. Sensibilizzazione del territorio, istituzioni locali, regionali, studi medici, associazioni di volontariato, social ed altri per dare voce alla solitudine e alle problematiche che si trovano nell’affrontare l’assistenza quotidiana di un malato al fine di ottenere una rete di servizi di sollievo più efficaci.
8. Ciclo d’incontri per i caregiver, badanti, operatori e soprattutto coloro che assistono il malato a domicilio per una migliore gestione quotidiana del paziente. Gli incontri dovrebbero essere svolti da tutte le figure professionali che si occupano della presa in carica dei pazienti: medici di medicina generale, neurologi, geriatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, OSS, educatrici.
9. Collaborazione dei servizi sanitari, Servizi sociali e servizi socio-sanitari in rete per dare informazioni/risposte ai bisogni delle famiglie. Purtroppo tutto ciò che è sociale non corrisponde ancora ad un diritto del cittadino ma è subordinato.
10. RSA e nuclei Alzheimer con riserva di posti.
11. Ricoveri Alzheimer temporanei (offrire un supporto alle famiglie che si trovano in difficoltà).

IL PAZIENTE ANZIANO E LA FARMACIA

La fragilità dell'anziano - La fragilità del paziente anziano, dal punto di vista professionale di un farmacista, è in primis rappresentata dal fatto che l'anziano è un paziente in politerapia, cioè un paziente che assume molti farmaci. Se da un lato il farmaco è necessario per curare le patologie, dall'altro ogni farmaco assunto ha degli effetti collaterali, che si sommano fra loro, e che vanno valutati attentamente ogni volta che si manifesta la necessità di introdurre un nuovo farmaco in terapia. Il consiglio che noi farmacisti possiamo dare è di fare prevenzione e vivere in maniera sana, in modo tale da arrivare alla fase di anziani, nel miglior stato di salute possibile.

Il paziente anziano e la somministrazione della terapia - Nell'ultimo anno e mezzo in farmacia ci sono pervenute richieste per fornire un nuovo tipo di servizio: la preparazione della terapia personalizzata, che consiste nel preparare la terapia del paziente sconfezionando (*deblistering*) i farmaci e preparando le dosi singole da assumere, raggruppandole per orario. Tali richieste ci sono pervenute dalle Case di Riposo, ma anche da assistenti sociali e infermiere domiciliari. È una possibilità da valutare su larga scala, non solo come servizio fornito da una singola farmacia; l'introduzione della terapia personalizzata può snellire il lavoro delle figure professionali che seguono l'anziano e portare anche ad un risparmio economico per il sistema sanitario.

La dispensazione di farmaci ad un anziano ospite di una Casa di Riposo - Un farmacista vive l'anziano tramite la fornitura dei farmaci che deve assumere, sia gli anziani che vivono a casa sia gli anziani che sono ospiti delle strutture a lunga degenza, dove l'anziano è circondato e accudito da professionisti. Stupisce il vedere anche strutture come le Case di Riposo debbano in certi casi affrontare le stesse procedure burocratiche ed incontrare gli stessi ostacoli burocratici, che può incontrare il singolo cittadino privato. Mi riferisco in particolare a trasferimenti di pazienti da altre regioni, dimissioni ospedaliere, etc., per pazienti a cui vengono prescritti farmaci 'particolari' che necessitano di ricette limitative e/o piani terapeutici. Spero che per le strutture a lunga degenza si proceda verso uno snellimento delle procedure burocratiche da seguire in questi casi 'particolari'.



Quando si diventa anziani fragili?

Si diventa anziani fragili quando si ha bisogno del prossimo per gestire il proprio quotidiano e ci sono due ambiti che condizionano la vita dell'anziano e lo spingono nella fragilità: quello sanitario e quello sociale. Un anziano trova riscontro ai suoi problemi sanitari nel medico di medicina generale, nella rete ospedaliera, nell'assistenza territoriale e domiciliare. Diverso è il discorso per la fragilità sociale, caratterizzata dalla solitudine e, di conseguenza, dalle paure che essa genera. Quando non esiste una rete familiare il problema diventa grave e la nostra società non è organizzata per intervenire efficacemente. La solitudine spinge all'apatia, al disinteresse per il vivere dignitoso, all'escludersi dal contesto sociale.

Qual è il problema che vive un anziano fragile oggi nel nostro territorio?

Il problema più grave è quello della solitudine, generato dalla carenza della rete familiare e sociale. In questo contesto tutto diventa insuperabile e le difficoltà maggiori sono quelle legate e alimentate dalla mancanza di una vita sociale. L'anziano fragile è quello che si sente inutile, improduttivo, dimenticato. È colui che vive lo scorrere lento delle ore in attesa dei grandi eventi della giornata: il pranzo, la cena. È quello che ha il televisore acceso per sentire una voce a tenere compagnia. L'anziano fragile è spaventato dalla paura di morire, e morire solo.

Chi ha la maggior responsabilità riguardo la condizione di vita dell'anziano fragile?

Amministrazioni locali e regionale hanno sicuramente delle responsabilità ma sono in buona compagnia, ossia ognuno di noi, la cosiddetta società civile. Se non si pretende maggiore attenzione per le difficoltà della terza e quarta età, niente si farà per portare correzioni allo stato di fatto. Purtroppo gli anziani non hanno voce per portare avanti le loro istanze, e quindi restano semplicemente inascoltati e dimenticati. Dovremmo pensare che quello che riusciremo a progettare e costruire oggi altro non sarà che un investimento sul nostro personale futuro.

Cosa si potrebbe fare per migliorare la condizione degli anziani nel nostro territorio?

Il ragionamento è incentrato sui centri diurni che dovrebbero essere completamente riorganizzati, facendoli diventare centri polifunzionali, aperti ogni giorno della settimana, perché possano essere ambienti di incontro dove l'anziano possa trascorrere del tempo assieme a coetanei. I pasti a domicilio sono sicuramente un grande aiuto ma se invece di consumarli in solitudine ci fosse la possibilità di consumarli in compagnia, magari proprio nel centro diurno? Il centro diurno potrebbe essere anche un'organizzazione idonea a fornire servizi: dal disbrigo pratiche amministrative ai trasporti alla consulenza... "Il limite a cosa fare è solo la fantasia"



ITACA Cooperativa Sociale onlus, Pordenone

dott.ssa Vanessa Boyer, Animatrice e referente per i Centri Sociali dell'ATS Tagliamento

Insieme. Per rispondere alla solitudine di oggi e di domani”

Nello stare insieme troviamo le soluzioni. Proviamo, per esempio, a dare uno sguardo alla popolazione anziana; si stima che in Italia almeno il 14% si ritrovi in solitudine. Molti anziani semplicemente non hanno nessuno a cui chiedere aiuto, con cui raccontarsi e condividere...Ma la solitudine non è sola su questo fronte perché facilmente porta con sé quel bagaglio ingombrante di depressione, disturbi del sonno, demenza e malattie cardiovascolari. Nello specifico, per quanto riguarda il territorio di San Vito al Tagliamento, circa il 12% della popolazione è costituita da anziani over 75. Noi possiamo fare la differenza rispondendo ai bisogni di oggi che, senza dubbio, ritroveremo domani. Tra i servizi sul territorio, Itaca gestisce i sei centri sociali dell'Ambito Territoriale Tagliamento (San Vito, Casarsa, Morsano, Ramuscello-Sesto al Reghena, Cordovado, San Martino). Circa un centinaio le persone che quotidianamente frequentano i nostri spazi d'incontro e per i quali la voglia di stare insieme, il condividere, lo scoprire e il divertirsi sono gli ingredienti principali per il benessere della vita. Numerose e variegata le iniziative proposte: dai laboratori creativi ai giochi della tradizione, dalla ginnastica alle feste e fino ai pranzi conviviali; dalle gite fuori porta a qualche intervista rilasciata ai giornali perché i racconti sono parte della nostra Vita. Le attività dei centri, coadiuvate dal Servizio Sociale dei comuni afferenti e dalla rete di volontari, associazioni, familiari e professionisti, si connota giorno dopo giorno di nuove e coinvolgenti idee volte ad allontanare la solitudine. E quando si torna a casa? Pensare di non ritrovarsi più da soli fra le mura domestiche è il prossimo passo volto a contrastare la nemica solitudine. Al riguardo ITACA, con le già collaudate esperienze di Abitare Possibile realizzate in Friuli Venezia Giulia, continua ad offrire una soluzione abitativa nella quale la condivisione di spazi e di servizi a supporto assistenziale contribuisce a far fronte alle necessità dell'età che avanza. Pensiamo fortemente che anche in questo territorio sia possibile pensare ad una proposta innovativa che si contrappone all'isolamento. È possibile vivere in un ambiente dal sapore domestico, nel quale lo spazio personale incontra gli spazi comuni per stare con gli altri, parlare, giocare, mangiare, condividere e sorridere insieme. ITACA nutre anche dall'esperienza dei centri sociali il benessere dello stare insieme e proietta, non tanto in avanti nel tempo, la possibilità concreta di dare vita nel territorio ad un nuovo progetto nel quale gli anziani di oggi e di un domani non molto lontano, possano trovare anche insieme e grazie alla comunità il sostegno più idoneo, l'ascolto più empatico e l'accoglienza migliore per le proprie necessità.



Commissione Anziani Casarsa della Delizia

Progetto “Saluta il tuo vicino” - Comune di Casarsa della Delizia

Servizio Sociale dei Comuni Ambito Territoriale “Tagliamento”

dott.ssa Lisa Bresil, Assistente sociale Ambito Sociale Territoriale “Tagliamento”

Il progetto “Saluta il tuo Vicino” nasce nel 2011 nel Comune di Casarsa della Delizia ed è un’iniziativa fortemente voluta dai volontari della Commissione Anziani dell’Osservatorio Sociale Comunale (volto alla tutela delle fasce svantaggiate della popolazione) sostenuta dall’Amministrazione Comunale e dal Servizio Sociale dei Comuni dell’Ambito Territoriale “Tagliamento”.

Lo scopo è quello di prevenire e contrastare il rischio di isolamento e di rompere la solitudine degli anziani soli che vivono in una condizione di fragilità sociale e di povertà relazionale.

Il progetto si configura fin da subito come una strategia di sviluppo sociale basata sulle relazioni comunitarie, i legami di vicinanza e di solidarietà al fine di predisporre interventi adeguati tramite un lavoro di rete tra soggetti privati non profit/profit ed istituzionali. Da qui l’obiettivo di creare un sistema integrato di solidarietà sociale coinvolgendo i vari interlocutori privilegiati della comunità come medici, parroci, commercianti, farmacie, associazioni e semplici cittadini che come “sentinelle di quartiere” e “sensori intelligenti col cuore” monitorano e segnalano situazioni e persone potenzialmente a rischio e bisognose di sostegno al Servizio Sociale. Gli anziani soli individuati vengono agganciati grazie all’elaborazione di un progetto personalizzato condiviso con l’assistente sociale, il medico di famiglia, il volontario. Ad oggi: 52 anziani monitorati; 30 sentinelle; 20 volontari come regia del progetto; 6 salvataggi di anziani soli con interventi di soccorso del volontario e assistente sociale. Molti anziani usufruiscono di un collegamento col Servizio Sociale e permangono a domicilio più a lungo. Mappare la fragilità degli anziani è un’azione necessaria poiché permette, da un lato, di intervenire sui singoli casi e, dall’altro, di potenziare le risorse a disposizione nella comunità per fronteggiare eventi critici.

In qualità di professionisti del sociale è sempre più importante lavorare al rafforzamento delle risorse individuali, allo sviluppo dei loro legami di cura e delle reti di solidarietà. È possibile parlare di welfare relazionale laddove è condivisa la consapevolezza che la qualità della vita degli anziani dipende dalla capacità di inclusione della comunità. Il Progetto si configura come un chiaro esempio di welfare municipale ove il continuo raccordo e valorizzazione delle reti sociali si traduce in una governance locale volta ad orientare le politiche sociali in politiche solidali.

Da ultimo, si sta lavorando affinché altri territori vengano contagiati dalla medesima iniziativa e sensibilità.



S.O.F.I.A Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia

dott.ssa Silvia Fabris e dott.ssa Annapaola Prestia

“CAMBIARE IL FUTURO”: PROGETTO DI RICERCA E DI SVILUPPO SULL'IMPATTO DELLA DEMENZA GIOVANILE IN DUE REGIONI ITALIANE

Il progetto "Cambiare il Futuro" affronta un tema cruciale e poco discusso, quello della demenza giovanile, proponendo un approccio sistematico per comprendere e migliorare la gestione della malattia nelle regioni del Veneto e Friuli Venezia Giulia. Esaminando la situazione epidemiologica, confrontando le politiche regionali e valutando iniziative locali, il progetto si pone l'obiettivo di creare un impatto concreto non solo nella comprensione del fenomeno, ma anche nel miglioramento dei servizi e del supporto offerto ai pazienti e ai loro caregiver.

La demenza giovanile è una condizione in crescita che pone sfide complesse, non solo mediche, ma anche sociali ed economiche, richiedendo una risposta coordinata e innovativa.

OBIETTIVI:

- Fornire stime aggiornate e dettagliate sulla prevalenza della demenza giovanile. Confrontare le risposte politiche e sanitarie del Veneto e del Friuli Venezia Giulia. Esplorare e diffondere le migliori pratiche locali.
- Identificare i bisogni specifici dei pazienti e dei loro familiari tramite interviste. Sviluppare una proposta di intervento basata sui dati raccolti e sulle esigenze individuate. Attività Principali:
- Stima Epidemiologica: Raccolta e analisi dei dati forniti da enti locali, aziende sanitarie e statistiche nazionali.
- Confronto Regionale: Analisi comparativa tra le due regioni per individuare differenze nell'organizzazione dei servizi.
- Esplorazione di Iniziative Locali: Studio delle pratiche implementate nel biennio 2021-2023 e valutazione della loro efficacia.
- Interviste Familiari: Indagine qualitativa per identificare i bisogni dei caregiver.
- Proposta di Intervento: Sviluppo di un piano d'azione che migliori la qualità della vita di pazienti e famiglie.
- Disegno del Progetto: Il progetto è articolato in Work Packages (WP) con attività mirate per ognuno. Ogni WP prevede deliverables specifici, tra cui rapporti e pubblicazioni scientifiche.
- Indicatori di Esito: Tra gli indicatori chiave si includono la percentuale di accuratezza nelle stime, la valutazione delle migliori pratiche locali e la soddisfazione delle famiglie intervistate.

CRONOPROGRAMMA: Le attività saranno distribuite nell'arco di 12 mesi, con una fase conclusiva dedicata alla diffusione dei risultati tramite articoli scientifici, seminari e materiale divulgativo.

Questo progetto non solo mira a una più accurata e approfondita comprensione della demenza giovanile, ma intende anche creare un cambiamento tangibile, migliorando l'accesso ai servizi e il supporto per chi vive questa condizione. L'integrazione tra dati quantitativi e l'esperienza umana dei pazienti e dei caregiver costituirà la base per sviluppare un sistema più empatico e funzionale.

DESTINATARI: Famiglie e persone affette da demenza giovanile, professionisti della cura e dell'assistenza socio-sanitaria, comunità scientifica e locale

SOGGETTI COINVOLTI: Regione Friuli Venezia Giulia e Veneto/Aziende Sanitarie delle due Regioni/Comuni/Ambito dei Servizi Sociali/Casa di Riposo di San Vito al Tagliamento ed altre strutture nelle due Regioni/opinione pubblica/Associazioni di Malati e di Familiari, Soggetti del privato e del privato sociale che si occupano di assistenza alle famiglie di persone con demenza e alla fragilità



UTE

Università della Terza Età
del Sanvitese a.p.s.

Università della Terza Età del Sanvitese APS

sig.ra Elena Barei, Consigliere Direttivo

dr. Tiziano Susanna, Presidente

sig.ra Sonia Zaccheo, Direttrice

L'anziano diventa fragile quando rimane solo ed iniziano le difficoltà ad espletare le consuete incombenze giornaliere anche dal punto di vista della cura personale.

Il problema principale dell'anziano (fragile) nel nostro e non solo nostro territorio, è la solitudine. Soprattutto per l'anziano con qualche impedimento, la solitudine è deleteria.

I problemi principali per la famiglia possono derivare dalla lontananza, dalla non convivenza con l'anziano. Nell'attuale società le famiglie sono composte da poche persone; i figli si sposano e lasciano la casa di famiglia e spesso per esigenze lavorative si spostano in zone lontane. Nel caso del caregiver spesso l'anziano non accetta l'estraneo e soprattutto nel caso di stranieri subentrano anche problemi di lingua ed abitudini diverse.

La maggiore responsabilità, per logica, dovrebbe essere dei figli o altri famigliari conviventi, nel caso ci siano. Tuttavia bisogna considerare impegni di lavoro che i figli sicuramente hanno, magari bambini piccoli da accudire.

Ci sono nel territorio varie associazioni (centri per anziani, AIFA ecc..) verso le quali si potrebbero indirizzare gli anziani almeno per mitigare la solitudine restando in compagnia e dedicandosi a varie attività culturali, sportive, ludiche. Tra queste associazioni annoveriamo anche l'U.T.E. le cui finalità sono le seguenti: studio della condizione degli adulti ed anziani, promozione di iniziative di studio, di incontro, formazione in forma continuativa e sistematica atta a migliorare l'inserimento sociale.

Noi pensiamo che stimolare l'attenzione, la curiosità, l'interesse della persona la preservi dal vero invecchiamento mentale e su questo puntiamo, così da ritardare il più possibile il processo d'invecchiamento.

Stampato grazie al sostegno di

