



Fondazione
Roberto Franceschi
Onlus



Disuguaglianze sociali e fragilità degli anziani: analisi dei problemi e mappatura delle soluzioni innovative

Ricercatore beneficiario della borsa Young Professional Grant:
Dott. Bernardo Provvedi
Coordinatore del progetto di ricerca: Dott.ssa Elena Como
Supervisore Scientifico: Dott.ssa Giulia Di Donato

Milano 30 Settembre 2016

Motivazioni della ricerca

- **Invecchiamento**
 - Indice di vecchiaia pari 157,7 (+14,2 dal 2005)
 - Indice di dipendenza anziani pari a 33,7 (+14,6 dal 2005)
 - Popolazione over 65 passerà dal 21,7% del 2015 al 32,6% nel 2065
 - Popolazione over 85 passerà dal 3,2% del 2015 al 10,% nel 2065
- **Aumento delle patologie croniche**
 - Le persone tra 65 e 74 che soffrono di almeno una patologia cronica sono il 74,8% che sale all'85,2% tra le persone ultra settantacinquenni
- **Cambiamento delle strutture familiari**
 - Assottigliamento delle strutture familiari;
 - Minore capacità di risparmio dei giovani;
- **Insostenibilità del modello di welfare**
 - Attuale situazione di finanza pubblica
 - Pensioni e Sanità sono pari al 50,7% e al 23,7% del totale della spesa pubblica per prestazioni sociali

Intervenire prima che insorga il bisogno assistenziale

Struttura della ricerca

1. Analizzare la struttura dei servizi socio-assistenziali connessi alla Long-Term care nel contesto Toscano e Fiorentino
2. Analizzare i principali bisogni assistenziali degli anziani fragili
3. Mappare le principali innovazioni sociali presenti nel territorio connesse agli anziani fragili

Metodologia adottata

- Analisi documentale (Comune di Firenze, dalla Società della Salute di Firenze e dall'Agencia Regionale di Sanità)
- Realizzazione di 32 interviste semi-strutturate (Dirigenti dei servizi sociali professionali, assistenti sociali, numerose associazioni e cooperative sociali).
- Realizzazione di 3 focus group con anziani fragili (centri diurni e centri anziani)

Fragilità degli anziani

- Stato biologico strettamente collegato all'avanzamento dell'età e alla progressiva perdita di riserve fisiologiche (Razzanelli et al. 2013).
- Le caratteristiche principali:
 - Perdita di peso (4,5 Kg nell'ultimo anno)
 - Facile affaticamento
 - Riduzione della forza muscolare
 - Ridotta attività fisica
 - Riduzione della velocità di cammino
- ridotta resilienza agli stress e al declino di più sistemi biologici e correlato positivamente alla disabilità, la multi-patologia e il rischio di istituzionalizzazione (Fried et al. 2004).
- Nella ricerca:
 - Integrare paradigma medico con elementi sociali
 - Includere la lieve non-autosufficienza (Isogravità 1-2 su scala di 5)

Risultati 1: la struttura dei servizi socio-assistenziali

- Perché Toscana:
 - Indice di vecchiaia 195
 - indice di dipendenza anziani pari a 40
 - Forte tessuto sociale
- Quadro normativo regionale ben definito sulla non-autosufficienza
 - Fondo Regionale per la non autosufficienza
 - Progetto per l'assistenza continuativa alla persona non-autosufficiente
- Piano Sociale e Sanitario Integrato Regionale 2012-2015
 - Azioni specifiche per il sostegno degli anziani fragili (sceening, prevenzione, residenzialità sociale, assistenza domiciliare)
- Linee guida regionali sulla «Fragilità dell'Anziano» (2013)

Risultati 1: la struttura dei servizi socio-assistenziali

- Anziani fragili nel Comune di Firenze sono (stima) 16.000 su una popolazione over 65 di circa 95.000 persone
 - 13.600 persone over 65 (indice di prevalenza dello Studio Biss condotto dall'ARS nel 2009)
 - 2.505 anziani lievemente non autosufficienti (isogravit  1 e 2)
- Soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani sono:
 - Servizio sociale professionale, la Societ  della Salute di Firenze, le Associazioni, le cooperative sociali, le famiglie e care giver informali
- Accesso ai servizi differenziato per problematiche sociali (segretariato sociale) e problematiche strutturate (Valutazione UVM)

Risultati1 : la struttura dei servizi socio-assistenziali

- Nel 2013 gli anziani in carico al servizio sociale professionale del Comune di Firenze erano 5.347
 - 43% degli utenti complessivi
 - 64% (2.587 persone) è stato classificato non autosufficiente grave
- Nel 2013, Prestazioni sociali dirette rivolte agli anziani fragili o lievemente non autosufficienti:
 - Domiciliari (SAD 1.195 beneficiari di cui solo 583 fragili o lievemente non-autosufficienti)
 - Semiresidenziali (299 utenti di cui 165 lievemente non-autosufficienti)
 - Residenziali (239 utenti nelle Residenze socio-assistenziali)
 - Servizi sperimentali (Attività Fisica Adattata, Progetto Salute è Benessere)
- In termini generali, si osserva un sistema orientato alla grave non-autosufficienza.
 - Nel 2012, 61,8% delle risorse per trasferimenti in denaro verso gli utenti, 31,5% impiegato per erogare servizi in forma diretta.
 - Budget previsto dalla SdS di Firenze per i servizi domiciliari è pari a circa 3 milioni contro i 9 stanziati per i contributi alle rette di strutture residenziali e semiresidenziali

Risultati 1: la struttura dei servizi socio-assistenziali

- Emerge un quadro di forte squilibrio verso i servizi residenziali per la grave non-autosufficienza
- In cui gli interventi rivolti alla fragilità o lieve non-autosufficienza sono svolti dalle associazioni di volontariato o dalle famiglie
 - Ridefinizione del ruolo del volontariato (maggiore professionalizzazione)
 - Maggior carico sulle famiglie e le reti informali

Risultati 2: i principali bisogni assistenziali degli anziani fragili

- I bisogni assistenziali degli anziani fragili sono spesso inespressi, ma latenti.
- Struttura di bisogni molto articolata (avanzare del processo di invecchiamento, condizioni sociali, ambientali e familiari dell'anziano)
- Due macro categorie:
 - Bisogni di natura pratica connessi alle «Instrumental Activities of Daily Life» (spostamenti, accesso ai servizi, gestione processi complessi, perdita di memoria, corretti stili di vita, barriere architettoniche....)
 - Bisogni di natura socio-relazionali connessi alla sfera psicologica dell'anziano (solitudine, accettazione dell'invecchiamento, nuova progettualità individuale, sentirsi capiti e ascoltati, autostima, rifiuto di supporto, mancanza di autonomia decisionale.....)
- Ruolo della rete familiare (informazione/prevenzione/assistenza)

Risultati 3: le principali innovazioni sociali presenti nel territorio

Innovazione Sociale:

- Murray, Caulier-Grice e Mulgan (2010)
 - *“new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs and create new social relationships or collaborations. In other words, they are innovations that are both good for society and enhance society’s capacity to act”.*
- TEPSIE: Growing Social Innovation (2014)
 - *“new approaches to addressing social needs. They are social in their means and in their ends. They engage and mobilize the beneficiaries and help to transform social relations by improving beneficiaries’ access to power and resources.”*
- I progetti di innovazione sociale sembrano essere accumulati da alcune caratteristiche:
 - Essere innovativi per il contesto di riferimento;
 - Avere come obiettivo di rispondere a un bisogno sociale;
 - Coinvolgere attivamente i beneficiari;
 - Agire attivamente per la creazione di nuove collaborazioni e relazioni sociali;
 - Essere connessi alla dimensione locale e a un bisogno specifico.

Risultati 3: le principali innovazioni sociali presenti nel territorio

- Nuovi modelli di residenzialità leggera;
 - Strutture ridotte; attenzione alla componente relazionale; integrazione con il contesto urbano; autonomia decisionale e di gestione degli spazi;
- Risposte di comunità e residenzialità solidale;
 - Forme di co-abitazione; rafforzamento delle reti sociali territoriali;
- Nuove forme di assistenza domiciliare;
 - Reti di attori territoriali; servizi di prossimità; attenzione alla componente relazionale
- Assistenti familiari e strumenti di supporto alle famiglie;
 - Supporto ai care giver nelle procedure complesse; punti di riferimento chiari; servizi di sollievo; supporto informativo e psicologico;
- Interventi volti alla prevenzione.
 - Programmi di screening della popolazione anziana; coinvolgimento degli attori territoriali; programmi di prevenzione e adozione di corretti stili di vita

Conclusioni

- Mancanza continuità tra strategia regionale e servizi offerti
 - Assenza di un sistema integrato di screening della fragilità;
 - Mancanza di sistema di valutazione delle sperimentazioni
- Struttura dei servizi sociali professionali rivolta prevalentemente alla grave non autosufficienza (carenza di risorse, strutturazione dei servizi);
- Ruolo del volontariato sempre più complesso e professionalizzato;
- Presenza di esperienze innovative di grande valore ma non messe a sistema.

Contatti

Bernardo Provvedi

Email: bernardoprovvedi@gmail.com

Tel: 348 8576513

[Link alla ricerca](#)

Fonti

- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). *The open book of social innovation*. National endowment for science, technology and the art.)
- Razzanelli M., Profili F., Mossello E., Bandinelli S., Corridori C., Salvioni A., Francesconi P., Cipriani F., (2013), Screening della fragilità e valutazione multidimensionale degli anziani residenti a domicilio per la prevenzione secondaria della disabilità: risultati di uno studio pilota. *Epidemiol Prev* 2013; 37 (4-5) luglio-ottobre: 271-278
- SdS Firenze – Società della Salute di Firenze (2015). *Profilo di salute e dei servizi socio sanitari. Relazione sullo stato di salute di Firenze – Anno 2013 –Edizione 2015*
- TEPSIE, 2014, 'Social Innovation Theory and Research: A Summary of the Findings from TEPSIE.' A deliverable of the project: "The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe" (TEPSIE), European Commission – 7th Framework Programme, Brussels: European Commission, DG Research