



Le condizioni di vita degli anziani tra residenzialità e domiciliarità: *tendenze, cambiamenti e qualità dei servizi*

marzo 2025

PRIMI RISULTATI

Francesca Carrera (FDV) - Marco Accorinti (Roma Tre)

La ricerca FDV è stata finalizzata sulle condizioni di vita (la qualità della vita sia fisica, sia sociale, sia psicologica, quindi nella sua interezza) delle persone anziane che vivono in strutture residenziali (ambito poco indagato dalla ricerca nazionale). Si tratta di realtà alloggiative pubbliche, accreditate, convenzionate o che usufruiscono dei servizi domiciliari, e dove convivono anziani non autosufficienti e anziani fragili.

A partire da una rassegna della letteratura sul tema e dalle anche recenti normative di riferimento, sono state condotte delle interviste in profondità, anonime, con i familiari (in alcuni casi operatori Spi) delle persone che vivono nelle strutture residenziali. Infatti, dal punto di vista metodologico le persone che sono state intervistate, sono state contattate attraverso la collaborazione (preziosissima) delle strutture regionali e territoriali dello Spi, non è facile individuare e contattare persone disponibili a rilasciare interviste, purtroppo c'è il timore di ritorsioni sul proprio familiare: è questa una delle difficoltà principali di questo tipo di analisi. Le interviste sono state condotte in territori diversi (Lazio, Lombardia e Emilia-Romagna, ma sono stati anche avuti primi contatti in Puglia e in Campania che verranno approfonditi nelle prossime settimane). Nella prima fase sono state condotte 13 interviste prevalentemente con familiari di persone inserite in strutture residenziali; in una fase successiva, oltre ad aumentare la raccolta di esperienze nella residenzialità, si approfondirà la qualità della vita nei servizi di cura domiciliare.

Tra i principali obiettivi della ricerca FDV per lo Spi è quello di rafforzare la presenza del tema delle condizioni di vita nell'attività di contrattazione sociale per le persone anziane.

La presentazione del 28 febbraio 2025, così come il Rapporto di ricerca in corso di elaborazione, illustrerà i risultati dell'attività di approfondimento e di indagine di campo.

Di seguito, per punti, i primi risultati della ricerca tuttora in corso.

1. Il contesto istituzionale: La complessità della condizione anziana

Il sistema italiano di welfare si confronta con una platea di circa 2,9 milioni di persone di età superiore o uguale a 65 anni che non sono in grado di compiere in autonomia e senza bisogno di assistenza le attività della propria vita quotidiana.

L'invecchiamento della popolazione accomuna tutte le realtà del territorio italiano, sebbene si osservi una certa variabilità nei livelli e nella velocità del processo.

L'Istituto di statistica nazionale ritiene che nel 2050 la parte non autosufficiente potrebbe rappresentare tra il 32 e il 37% della popolazione *over* 75 rispetto al 23% del 2018.

Le caratteristiche di questo gruppo sono almeno tre: una età elevata, la presenza di patologie croniche e le situazioni di fragilità.

La letteratura richiama una attenzione ai bisogni assistenziali e agli aspetti relazionali delle persone anziane, tra cui:

contrasto alla solitudine,
mantenimento di relazioni sociali,
partecipazione alla vita sociale
effetti sulla salute fisica.

2. Il contesto istituzionale: La risposta pubblica e gli interventi privati

I servizi pubblici di assistenza si basano su sistemi di welfare locali differenziati non solo a livello regionale ma anche sub-regionale. Molto spesso, nell'offerta di servizi la platea di persone anziane viene considerata insieme a destinatari differenti (le persone con disabilità, senza dimora e con una dipendenza o una malattia mentale).

Inoltre, è importante ricordare che l'integrazione fra l'assistenza socio-sanitaria e quella sociale è un tema antico: invocata da molti ma difficile da realizzare nelle diverse unità di offerta. Anche per tale motivo, nel sistema di welfare italiano la rete familiare rappresenta il supporto principale per le necessità e i bisogni delle persone anziane non autosufficienti, non senza forti asimmetrie di genere. Parallelamente, l'intervento istituzionale è estremamente residuale in termini di servizi e utilizza maggiormente la leva dei trasferimenti monetari.

Da considerare inoltre che negli anni recenti si è assistito a una forte espansione della Indennità di Accompagnamento per compensare i costi necessari per pagare l'assistenza familiare.

Secondo l'Istat, 1,5 milioni di anziani non autosufficienti non ricevono assistenza pubblica e la presa in carico avviene generalmente al di fuori del perimetro pubblico, attraverso l'assistenza diretta delle famiglie e il sostegno delle assistenti familiari, per la mancanza di un sistema integrato di politiche e interventi.

Gli interventi pubblici di assistenza per gli anziani non autosufficienti, in Italia, come altrove, possono essere suddivisi in quattro tipi: trasferimenti monetari, servizi domiciliari, servizi semi-residenziali e servizi residenziali.

Dagli approfondimenti Istat emerge un quadro di pochi assistiti, poco assistiti in Italia

poco più del 50% degli anziani non autosufficienti viene assistito dal sistema pubblico

1,5 mln (pari al 52%) di anziani in *long-term care* beneficiano dell'Indennità di Accompagnamento e uno o più servizi reali

287 mila anziani (pari a circa il 10%) beneficiano di cure residenziali

911 mila anziani (pari a circa il 31%) ricevono servizi domiciliari (ADI e SAD).

294 mila anziani ricevono assistenza presso strutture diurne

Recentemente è stata fatta la proposta della creazione di un Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti ma anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR ha dedicato una attenzione specifica al tema, che però non sembra essere sufficiente a superare le criticità del sistema nel suo complesso.

3. Le condizioni delle persone anziane nelle strutture e nei servizi di sostegno

Secondo l'OCSE (2011) il termine *Long Term Care* (LTC) si riferisce alla gamma di servizi sanitari e socio-sanitari rivolti a persone che necessitano assistenza su base continuativa a causa della loro limitata capacità nello svolgere attività quotidiane. Per queste persone l'assistenza si concentra nella funzione di ridurre la sofferenza nel gestire il deterioramento dello stato di salute in un'ottica di lungo periodo.

Per tale motivo le strutture residenziali vengono evocate come un pezzo di un sistema articolato e modulare, che va dall'Assistenza Domiciliare "leggera" a quella più "intensiva" (di cui possono far parte anche l'assistenza familiare, con una formazione adeguata e certificata), ai Centri diurni.

Tuttavia, le forme della LTC in Italia vanno essenzialmente in due grandi aree di intervento: l'Assistenza domiciliare e le Strutture residenziali. Esistono differenti tipi di entrambi i servizi e inoltre si stanno sperimentando misure di intervento di tipo domiciliare alternativo, raggruppabili con il termine "*Co-housing*" che però si caratterizza per costi elevati e forti differenze territoriali. Tra gli esempi di interventi di *co-housing* si ricordano tre differenti modelli: Modello 1 degli Interventi finalizzati alla permanenza a casa propria, Modello 2 *Homesharing*, Modello 3 Il *senior housing*.

Tra gli strumenti per perseguire l'obiettivo di un invecchiare bene, il più possibile in condizioni di salute e insieme con gli altri, è stata analizzata la qualità della vita nelle strutture residenziali che perseguono obiettivi abitativi, sociali e sanitari. Le RSA, del resto, coprono solo una frazione del bisogno nel campo della non autosufficienza, che è un progressivo ma costante deperimento delle funzioni personali.

4. Primi risultati dell'indagine FDV: da luoghi di cura a luoghi di vita

Caratteristiche della ricerca: nel corso delle interviste sono state approfondite le seguenti **aree di indagine**: elementi strutturali, la *routine* quotidiana: gli orari dei pasti e delle visite, il personale a servizio delle strutture, l'uso del tempo (socializzazione e attività di animazione), la comunicazione con l'esterno, l'analisi della cura degli anziani e le criticità emerse. Nelle parti che seguono si riportano i principali risultati emersi, anche con alcune espressioni raccolte nel corso delle interviste.

4.1 CARATTERISTICHE STRUTTURALI (disposizioni camere, spazi comuni, spazi esterni)

- **Disposizione camere** prevalentemente da due persone, oppure camere singole generalmente con bagno camere, poche da 4, singole a pagamento.
- **Spazi comuni** sale con tavoli per il pranzo, il gioco, per ricevere visite, finalizzate alle attività ricreative, socializzazione, *sono tutti insieme uomini e donne*
- **Terrazze e Giardini esterni** *dove possono andare durante il periodo, se il tempo è buono, anche le attività vengono svolte all'aperto e le visite con i familiari.* Si organizzano feste in primavera estate. In alcuni spazi il giardino viene utilizzato anche per l'orto che curano gli ospiti (es. Giardino Alzheimer) o i loro familiari. Il giardino richiede cure particolari e spesso non viene fatta manutenzione, *circostanza che impedisce di usufruire di questo spazio passeggiare con la carrozzina perché il terreno è disconnesso.*

4.2 LA ROUTINE QUOTIDIANA: GLI ORARI DEI PASTI E DELLE VISITE

ORARI DEI PASTI

Orari da ospedali, poca attenzione all'aspetto degli orari calibrati sulle esigenze delle persone; generalmente il pranzo viene servito a mezzogiorno, in alcuni casi anche alle 11 e spesso il familiare a quell'ora non può andare ad aiutare in caso di bisogno), la cena alle 18, in alcune strutture cenano alle 17!!!. Anche su questo aspetto impatta l'organizzazione del cambio dei turni del personale sanitario, e il fatto che non hanno tutti lo stesso menù, qualcuno mangia tutto frullato, qualcuno mangia da solo, altri vanno aiutati. *il pomeriggio dovrebbero avere una merenda, verso le quattro però spesso e volentieri salta.*

Dopo il pranzo vengono messi a letto non vengono più rialzati a meno che non venga un familiare che si incavola e va là come è successo a me.

In altro problema riguarda l'assunzione di liquidi. "c'è il solito problema dei liquidi, quello c'è perché la mia mamma da un anno e mezzo, per esempio, sabato e domenica fanno delle flebo di liquidi di acqua perché non bevono da soli. Gli anziani non hanno il senso della sete. Se c'è lì qualcuno che gli porta il bicchiere e gli dici bevi, ma non è che sta lì a guardare che beva. Ma questo sarebbe nella norma se ci fossero tanti operatori

Un esempio riportato nel corso dell'intervista riguarda gli orari della sveglia al mattino: *alle sette si cominciano ad alzare le persone e si finisce verso le 10. Questa routine mattutina potrebbe essere invertita settimanalmente in modo da consentire a tutti un'alternanza nell'orario del risvegli, questi sono dettagli che dovrebbero curare gli OSS e gli infermieri che avrebbero sicuramente un impatto positivo sulla routine quotidiana*

ORARI DI VISITA

Alcune strutture hanno orari di visita rigidi, altre hanno orari più flessibili, altre hanno orari liberi

La mattina dalle 11 alle 12, il pomeriggio dalle 15 alle 16 (in estate si posticipa di un'ora) *però se rimane giù nell'area comune diciamo che non ti dicono nulla. Non puoi salire nell'area dei piani dove hanno le stanze, lì non si può salire mai, solo se hai il familiare che è a letto. Sì per una questione di sicurezza sanitaria igiene e quant'altro a meno che non siano allettati allora in quel caso consentono di salire a una persona e per assistere anche perché poi devi fare il controllo della biancheria allora loro hanno una lavanderia però c'è chi porta i panni a casa.*

Gli orari delle visite coincidono con il pranzo alle 11 per le persone che non sono in grado di mangiare da sole.

Quando l'anziano arriva lì è un cambiamento proprio totale, una discesa assolutamente, perché quindi fuori dal suo ambito familiare

4.3 IL PERSONALE A SERVIZIO DELLE STRUTTURE

L'articolazione del personale vede essenzialmente tre gruppi di risorse, che sono:

- Ambito sanitario (OSS, Infermieri, Medici di base, Geriatri e Fisioterapisti),
- Ambito socio-assistenziale (Animatori, Educatori, Assistenti sociali (non sempre presente oppure riferito al servizio sociale del Comune quando la struttura è pubblica) e Psicologi (pochi)),
- Ambito amministrativo (Coordinatori/Direttori, Impiegati).

...Dal punto di vista sanitario e infermieristico direi che ci siamo e tutto il resto è un disastro, una roba da strappare il cuore, veramente.

Psicologo e fisiatra non sempre presenti: Se tu hai bisogno di un fisiatra devi chiamare l'ambulanza, portare il tuo parente all'ospedale, fissarti l'appuntamento, tutto a carico del familiare.

Servizi assistenziali: *tutto a pagamento fuori dalla retta. Podologo, parrucchiere, lavanderia, generalmente a pagamento, in pochi casi comprese nella retta. Ci sono poi volontari che si recano per fare un servizio gratuito.*

I Pannoloni sono forniti in alcuni casi dalle ASL (ma non sono sufficienti), in altri a pagamento.

4.4 USO DEL TEMPO (SOCIALIZZAZIONE E ATTIVITA' DI ANIMAZIONE)

- **In casi rari** vengono organizzate attività di socializzazione es: attività di tipo ludico, lettura di giornali, qualche attività finalizzata al movimento per chi sta meglio (giocano a palla). pet therapy sentono la musica, laboratori di ceramica, laboratori di pittura, laboratori di maglia. Ogni tanto organizzano delle feste, a Natale la tombolata, feste di compleanno, i familiari sono invitati, iniziative interne che coinvolgono le scuole del territorio. In alcune strutture le attività vengono organizzate anche all'aperto (terrazze, giardini)
- **Più frequenti i casi in cui le attività di socializzazione sono inesistenti** *(come familiari abbiamo proposto di fare delle attività all'interno tipo cineforum ma non siamo riusciti ad andare avanti)* o **minime** questo dipende dalla carenza di personale, quello che fanno è *guardare un po' di televisione ma insomma non più di quello*

Sono diventate chiuse rispetto agli anni scorsi, dove c'erano anche volontari che andavano, suonavano, cantavano, salivano e scendevano dai reparti. Adesso è tutto chiuso. Io non so se sia stato lo spavento che hanno preso per il COVID.

- **Culto** la domenica mattina chi vuole può partecipare alle funzioni religiose. In alcuni casi non viene verificata la volontà dell'anziano: *“tieni conto che sul PAI di mia mamma c'è scritto che partecipa volentieri alle attività religiose ma mia mamma è convintamente atea da una vita”*
- **Il problema del fine settimana** nessuna attività poco personale di tutti i tipi. *Accade che per mancanza di personale “sei ospiti per ogni reparto, a turno, in un giorno fisso, vengono lasciati a letto dalle due della domenica al lunedì mattina”*
- **Intervento delle organizzazioni di volontariato e del Terzo settore** Volontariato organizzato (associazioni cattoliche e laiche, Auser) e individuale, persone che hanno avuto in passato familiari ricoverati presso la struttura. Spesso i volontari sono impegnati nella somministrazione dei pasti.

4.5 LA COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO

La comunicazione avviene prevalentemente attraverso: **chat di WhatsApp** con cui la struttura fornisce informazioni ai familiari; **telefono, mail**; le persone anziane in alcuni casi utilizzano **tablet** disponibili durante il periodo di contrasto al Covid-19 ma ancora in uso.

Non ci sono canali comunicativi finalizzati: Qualsiasi richiesta diventa un conflitto.

4.6 ANALISI DELLA CURA DEGLI ANZIANI

L'aumento del numero delle persone anziane, in Italia in particolare, sta progressivamente portando a rivedere i modelli, le strategie e le priorità nella presa in carico delle persone fragili e/o non autosufficienti. In particolare, poi, la cura della terza età viene innovata seguendo percorsi di “qualità” della vita, che coinvolgono metodiche non tradizionali a carattere psico-sociale.

Le “nuove” modalità di cura portano a un autentico cambiamento di prospettiva rispetto alla condizione anziana e alla fragilità, che coincide anche con percorsi di attenzione alla **umanizzazione** della assistenza e della cura (criterio specifico per l'accreditamento delle strutture in alcune Regioni analizzate nella ricerca). I metodi che vengono utilizzati riguardano l'approccio educativo, o più in generale quello dell'**animazione** e della **stimolazione** sensoriale, cognitiva, motoria, legata anche all'espressione del sé, con **giochi, arte, tecnologia**, che non solo persegue finalità di **natura relazionale, espressiva, ricreativa o culturale**, ma anche possono offrire un supporto concreto nel contenimento degli stati di ansia, di depressione, o di manifestazioni comportamentali critiche, soprattutto nei casi di demenza e di disabilità cognitiva.

La definizione della “buona salute” rientra in un più generale discorso relativo alla “qualità della vita” delle persone anziane che secondo Richard G. Stefanacci e Thomas Jefferson può essere definita come il grado in cui una persona è sana, a proprio agio e nelle condizioni di poter partecipare o di vivere occasioni speciali e in generale le attività della vita.

Pertanto, indagare sulla qualità della vita delle persone anziane può essere complicato in quanto dipende da un'esperienza soggettiva, individuale, influenzata da fattori culturali (come i valori personali e la propria cultura sanitaria) e delle abilità linguistiche e comunicative.

La letteratura analizzata individua sei aree in cui misurare, attraverso indicatori, la qualità della vita nelle strutture residenziali per persone anziane. Esse sono:

Ambiente di famiglia e per le famiglie,
 Riservatezza di vita,
 Autodeterminazione e relazionalità allargata,
 Competenza e aggiornamento nell'assistenza e cura della persona,
 Ammodernamento tecnologico,
 Presa in carico e continuità assistenziale nel modello multiservizi.

L'indagine, attraverso la voce dei familiari, ha analizzato gli elementi di criticità che incidono pesantemente sulla qualità della vita delle persone anziane che vivono in strutture residenziali di assistenza.

4.7 LE CRITICITÀ EMERSE

Relazione struttura/familiare è difficile

- Il sottodimensionamento degli operatori rappresenta una delle maggiori criticità evidenziate dagli intervistati; il personale prevalentemente femminile, c'è molto turnover perché sono pagati poco cambiano spesso, *sono pagati poco, sono valorizzati ancora meno e vengono sfruttati, fanno i turni, insomma c'è tutto un lavoro di difficoltà effettiva, reale, insomma.* Il loro è un lavoro dove conta molto la sensibilità individuale, la dimensione umana
- I referenti sono: il direttore, il coordinatore, il medico, il capo infermiere, la RA è una figura amministrativa
- Nei piccoli centri la relazione tra familiari e operatori è a carattere familiare

L'uso della pratica della contenzione

In generale si cerca di non praticarla e comunque viene chiesta l'autorizzazione al familiare che può o meno autorizzare, *in alcuni casi il rischio caduta è elevato*

La contenzione avviene:

- nel letto con le spondine e in qualche caso legate
- sulla sedia a rotelle *ci sono delle persone che non hanno il controllo muscolare e allora devono essere in qualche modo assicurati ma sempre per un problema di loro sicurezza*

la contenzione per noi era un problema di sensibilità estrema, Perché dal punto di vista assistenziale, adesso cerco anche di immedesimarmi con gli infermieri, con i medici, è una cosa pesante, una cosa importante

Io ho insistito perché cambiassero la sedia a rotelle di mia mamma perché era di quelle piccole, quindi adesso ha quelle e ho firmato che la sedia a rotelle appunto era quella con davanti il tavolino

Gli operatori usano la contenzione per prevenire le cadute. *Le cadute sono una cosa comune, si fanno male, serve più personale attento.*

La pratica della cura

- Mancata partecipazione dei familiari al Piano di assistenza individuale (PAI) che può cambiare in base alle condizioni dell'ospite, ma *nei PAI l'aspetto relazionale passa in secondo piano, perché il piano è costruito in base ai bisogni soprattutto sanitari e in base all'organizzazione del lavoro all'interno della struttura.*
- Poca attenzione alle specificità della persona, *l'attenzione finalizzata prevalentemente alla fatturazione.*
- Mancanza di personale, molto turnover *tanti malati vengono lasciati a letto tutta la giornata non vengono alzati oppure le docce che obbligatoriamente da regolamento devono essere fatte due volte a settimana saltano completamente oppure salta l'igiene personale. Soprattutto nei confronti di quelli che non hanno i familiari.*
Il personale è stressato. *Regna la regola del minutaggio. Adesso è quella la regola.*
- Condizioni di lavoro pesanti: *il personale che non è che fosse sgarbato meno no però era un personale. La sensazione che fosse sempre in tensione. Non c'era sgarbo nei confronti né delle persone, per lo meno di quelle non l'ho viste e nemmeno dei familiari. Però non c'erano visi sorridenti ecco che diciamo così non c'è scusa.*
Ci sono fughe frequenti, c'è un ricambio frequente di personale c'è una prevalenza naturalmente per le figure medio basse diciamo provenienti dai Paesi o dell'Est o prevalentemente di America Latina. Naturalmente tutte le persone fanno un lavoro micidiale, secondo me e sono anche in qualche modo empatiche rispetto a quelli che sono i pazienti.
- Sostegno e movimentazione della persona: dal punto di vista delle infrastrutture interne alcune strutture sono all'avanguardia, utilizzano il sollevatore, ma spesso è il personale a sollevare la persona

e questo provoca danni alla loro salute, devono utilizzare delle cinture per proteggersi la schiena, *solo in alcuni casi sono due operatori a movimentare le persone allettate*. Presenza di piaghe da compressione (decubito) dovuta alla mancata movimentazione per mancanza di personale (*la persona dovrebbe essere movimentata ogni due ore per evitare la compressione, dovrebbe essere idratata sufficientemente per evitare la disidratazione del derma e quindi la lacerazione per sfregamento*)

- Mancanza di attività e di socializzazione, di educatori e animatori: *Soprattutto il fine settimana c'è il deserto; non è una bella cosa.*
- Gli spazi sono a misura di struttura ospedaliera: *non ci sono spazi per parlare con i propri familiari nel rispetto della privacy. I luoghi di riposo dove poter avere un minimo di intimità ma un luogo anche dove tu possa fare una rieducazione un pochino più mirata fatta con gli operatori e fatta con certe conoscenze familiari*
- Sono strutture in cui manca l'ambiente più familiare. Dal punto di vista della loro patologia hanno bisogno di ritrovare gli spazi e gli agganci a una realtà, alle loro consuetudini e in una dimensione di questo genere è molto dispersiva. *Dovresti riuscire a creare una condizione per il benessere che sia più circoscritta, più a loro misura. È peggio di un ospedale, ma non credo che sia solo questa struttura qua. Sono diventate chiuse*
- Mancanza di psicologi. *Le situazioni peggiori sono quelle dei più fragili e di quelle che non hanno parenti in generale i parenti la considerano un parcheggio, cioè, vengono messi lì vanno a fare visita*
- La presenza della figura del geriatra è carente: *ci vorrebbe la presenza non annuale del geriatra ma magari quadrimestrale, per valutare lo stato di gravità degli ospiti. Questo farebbe la differenza per l'accreditamento, il personale che è tarato sulla base della gravità delle persone e dell'aggravarsi del loro stato di salute.*
- Criticità nei servizi alberghieri: *Menu non adeguati, frullati, la sete e dare da bere con il poco personale. La qualità del cibo scadente. Quantità minori.*

In sintesi per concludere conclusione, per offrire un sistema di qualità nella residenzialità delle persone anziane è prevedere uno spazio e un luogo in cui la triangolazione persona anziana – famiglia – servizio si rende concreta, per esempio, attraverso un organismo definito come il **Comitato di Partecipazione**, che può coinvolgere attori sociali come l'Ente locale e il Sindacato, il Terzo settore e il Volontariato, il personale, cioè le figure determinanti nell'assistenza e nella cura.

Dalla ricerca emerge che questi organi sono poco presenti all'interno delle strutture e laddove presenti si riuniscono poche volte e sono incontri più formali, *se ci sono vengono convocati poco.*