

# Indice

<b>1. Prefazione</b>	<b>5</b>
<b>2. Il progetto AGES nel quadro dei programmi UE per l'innovazione delle politiche sociali</b>	<b>7</b>
<b>3. Il contesto della popolazione anziana e dell'assistenza a favore della stessa in Italia e nel Regno Unito</b>	<b>9</b>
3.1 Tendenze socio-demografiche in Italia e nel Regno Unito	9
3.2 L'isolamento sociale e il benessere nel Regno Unito e in Italia	10
3.3 Aspetti demografici dell'assistenza residenziale	10
3.4 L'organizzazione dei servizi di assistenza	11
3.5 L'orientamento futuro delle politiche	13
3.6 L'inclusione digitale	13
3.7 Teleassistenza	14
<b>4. Intervenire sulle connessioni sociali per migliorare la salute</b>	<b>15</b>
<b>5. Il progetto AGES 2.0: metodi e conclusioni nel Regno Unito e in Italia</b>	<b>19</b>
5.1 I contesti della ricerca	19
5.2 I metodi dell'indagine nel Regno Unito	20
5.2.1 <i>I partecipanti</i>	20
5.2.2 <i>Il metodo</i>	20
5.2.3 <i>La procedura</i>	21
5.2.4 <i>Le misure</i>	22
5.3 Conclusioni dell'intervento condotto nel Regno Unito	24
5.3.1 <i>Le verifiche iniziali</i>	24
5.3.2 <i>Gli effetti dell'intervento sugli obiettivi immediati</i>	25
5.3.3 <i>Gli effetti diretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale</i>	27
5.3.4 <i>Gli effetti indiretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale</i>	29
5.3.5 <i>L'uso del computer e le esperienze all'interno del gruppo sperimentale</i>	31
5.3.6 <i>Feedback qualitativo</i>	32
5.3.7 <i>Riepilogo delle conclusioni della ricerca relativa al Regno Unito</i>	34
5.4 Il metodo italiano	35
5.4.1 <i>I partecipanti</i>	35
5.4.2 <i>Il metodo e la procedura</i>	36
5.4.3 <i>Il pacchetto formativo, la formazione e la valutazione</i>	37
5.5. I risultati: l'Italia	38
5.5.1 <i>Le verifiche iniziali</i>	38
5.5.2 <i>La strategia analitica: i dati italiani</i>	39
5.5.3 <i>Gli effetti dell'intervento sui target immediati</i>	40
5.5.4 <i>Gli effetti diretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale</i>	42
5.5.5 <i>Gli effetti indiretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale</i>	45

<i>5.5.6 L'analisi specifica: i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare attribuiti a caso al gruppo sperimentale o al gruppo di controllo</i>	46
<i>5.5.7 L'uso del computer e le esperienze con esso all'interno del gruppo sperimentale</i>	47
<i>5.5.8 Il feedback qualitativo</i>	48
<i>5.5.9 Riepilogo delle conclusioni riguardanti l'Italia</i>	54
<b>6. Le conclusioni e le implicazioni della ricerca comparativa</b>	<b>57</b>
7.1 Sostenere i miglioramenti in termini di alfabetizzazione digitale nelle persone anziane	61
7.2 Incoraggiare le case di riposo a fornire accesso alle tecnologie e al sostegno digitale	62
7.3 Sostenere il personale di assistenza nell'acquisto delle capacità richieste per permettere alle persone anziane di diventare digitalmente alfabetizzate	62
7.4 Adattare il pc ai bisogni dei partecipanti	62
7.5 Fornire un'assistenza prolungata	63
7.6 Coinvolgere gli attori locali	63
7.7 Trovare un finanziamento adeguato nel quadro attuale delle politiche sociali e sanitarie	64
<b>Bibliografia</b>	<b>65</b>

# 1. Prefazione

Quando, più di due anni fa, è nata l'idea del progetto AGES 2.0, è subito apparsa come un'eccellente opportunità per sperimentare qualcosa di innovativo e di diverso. Il progetto è finalizzato a sviluppare e testare approcci innovativi per promuovere una migliore qualità della vita e migliorare le interazioni sociali della popolazione anziana in due Paesi: l'Italia e il Regno Unito. Nello specifico, si è condotta una ricerca nel campo delle nuove tecnologie della comunicazione, dei social network e della loro capacità di soddisfare i bisogni sociali e di aggregazione degli anziani, nonché di promuovere modi innovativi di socializzazione all'interno di questa fascia d'età. L'idea cardine del progetto è che dare ad anziani vulnerabili l'opportunità di usare un pacchetto informatico semplificato pensato specificamente per loro – EASY PC – e fornire formazione e sostegno nell'uso di questo pacchetto per relazionarsi socialmente con altre persone attraverso internet, possa portare benefici significativi in termini di salute cognitiva e mentale, e di benessere. Sebbene precedenti ricerche abbiano considerato l'impatto psicosociale di internet e dei social network (ad esempio, Facebook) all'interno della popolazione, gli anziani sono stati considerati molto raramente. Inoltre, anche se alcuni studi pregressi hanno esaminato l'impatto sugli anziani della formazione sull'uso del pc, raramente il focus è stato posto sull'uso del computer come strumento per il coinvolgimento a livello sociale. Abbiamo perciò ritenuto innovativo e interessante combinare queste idee.

Ovviamente, l'uso del computer e la partecipazione sociale degli anziani stanno aumentando con il tempo. Ad esempio, i dati dell'Istat (Istituto Nazionale di Statistica) mostrano che in Italia nel 2013, il 37% delle persone con un'età compresa tra i 60 e 64 anni ha navigato in internet, e lo stesso ha fatto il 20% delle persone con un'età compresa tra i 65 e i 74 anni. Dieci anni fa, questi dati si attestavano rispettivamente appena sopra al 12% e al 4%. La situazione è simile nel Regno Unito, dove l'Ufficio nazionale di statistica mostra che il numero di adulti che usano internet è cresciuto dal 35% nel 2006, al 73% nel 2013. Aumenti simili sono stati osservati nella fascia d'età superiore a 65 anni, nella quale l'uso del pc è cresciuto dal 9% nel 2006 al 37% nel 2013.

Nonostante queste tendenze positive, la Regione Marche – insieme al resto d'Italia, al Regno Unito e a tutta l'Europa – si trova di fronte a diverse sfide, tra cui la mutata composizione demografica della società, che minaccia la sostenibilità dei sistemi sanitari, la disponibilità limitata di risorse economiche da investire nell'assistenza sanitaria, l'aumento delle disuguaglianze di salute, e un incremento dell'incidenza delle malattie croniche. La Regione Marche si caratterizza per essere una delle regioni più longeve al mondo, e si colloca in Europa al secondo posto per l'aspettativa di vita. Per questi motivi, l'invecchiamento attivo si trova necessariamente al centro delle sue politiche a favore della crescita e della coesione della collettività, e la Regione ha partecipato attivamente a progetti europei nel settore sociale e sanitario che facilitano la cooperazione transfrontaliera, transnazionale e interregionale. Tutto ciò ha arrecato dei vantaggi innegabili al sistema sanitario della nostra Regione.

L'uso della tecnologia – e l'accesso alle informazioni e alle risorse disponibili in internet – è parte dello scenario di un'assistenza sanitaria che sta cambiando. E nonostante le tendenze positive, l'accesso al computer e a internet rimane problematico per i cittadini anziani, soprattutto per coloro che vivono nelle case attrezzate per anziani/case di riposo, o in contesti remoti e pertanto soffrono di un livello più elevato di isolamento sociale aggravato da una disabilità fisica o cognitiva; per costoro la situazione è perfino più complessa. I risultati del presente progetto suggeriscono che la formazione informatica a favore degli anziani può promuovere l'interazione sociale e la percezione della propria competenza, e favorire risultati positivi in termini di salute. Per il futuro, speriamo che questo progetto contribuirà a una migliore comprensione e promozione dell'invecchiamento attivo, nonché al miglioramento dell'inclusione digitale dei cittadini anziani vulnerabili.

Desidero cogliere l'occasione per ringraziare sinceramente tutti i partner coinvolti in questo affascinante studio, per il loro prezioso contributo e l'alacre lavoro, fattori fondamentali per il successo di questo progetto.

I nostri partner italiani sono:

- la Fondazione Giacomo Brodolini – centro di ricerche italiano e istituzione culturale, attiva nel campo del lavoro e delle politiche sociali;
- la Cooperativa Sociale Labirinto – cooperativa sociale attiva nel settore dell'assistenza, cura, riabilitazione, animazione e formazione.

I nostri partner inglesi sono:

- l'Università di Exeter – una delle principali università del Regno Unito, che coniuga una delle attività di ricerca migliori al mondo a elevati livelli di soddisfazione da parte degli studenti;
- il Gruppo Somerset Care – uno dei maggiori enti di assistenza nell'Inghilterra meridionale, e una tra le più grandi organizzazioni senza scopo di lucro che si occupano di assistenza nel Regno Unito;
- il Fondo del Sistema Sanitario Nazionale inglese per la cura e l'assistenza nella circoscrizione di Torbay e nel Devon meridionale – ente responsabile per la fornitura e l'erogazione dei servizi, che si occupa di assistenza sanitaria integrata e di assistenza a favore degli adulti.

Il rapporto che segue inizia con una panoramica dei principali documenti di policy e strategici dell'UE che il progetto AGES 2.0 ha tenuto in considerazione. Segue una descrizione del contesto di riferimento della popolazione anziana, e di come i sistemi di assistenza sono strutturati in Italia e nel Regno Unito. Successivamente, si passa a descrivere il contesto della ricerca e i nessi esistenti tra le relazioni sociali e la salute individuale. A seguire si descrivono i metodi e le conclusioni degli studi relativi al Regno Unito e all'Italia. Il rapporto si conclude con una lista di raccomandazioni di policy tratte dalle conclusioni della ricerca e dagli insegnamenti appresi durante l'attuazione di altre attività progettuali parallele alla formazione, tra cui i feedback del personale che ha partecipato allo studio, e degli stakeholder coinvolti durante il progetto.

È con grande piacere che presento il rapporto finale del progetto europeo AGES 2.0. Spero che nel leggerlo lo troverete tanto interessante e ricco di spunti quanto l'ho trovato io.

**Dr.ssa Lucia Di Furia**

Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche

*Capofila del progetto*

## 2. Il progetto AGES nel quadro dei programmi UE per l'innovazione delle politiche sociali

Il progetto AGES 2.0 affronta una delle maggiori sfide cui le società europee si trovano di fronte: l'invecchiamento della popolazione. Lo fa valutando in che misura internet e i social network possono costituire uno strumento per promuovere l'invecchiamento attivo e affrontare il problema dell'isolamento sociale, che caratterizza troppo spesso l'età anziana.

La necessità di promuovere l'invecchiamento attivo in Europa emerge chiaramente dai dati demografici. Si prevede che tra il 2010 e il 2060, il numero di persone con un'età pari o superiore a 65 anni in tutta Europa crescerà dal 17,4% al 29,5% della popolazione totale. L'invecchiamento della popolazione sta diventando preoccupazione per quanto riguarda gli indici di dipendenza degli anziani, i costi in termini pensionistici e la capacità degli attuali sistemi di previdenza e assistenza sociale di sostenere un tale fenomeno. Palese è la necessità di riforme sia per lo sviluppo di nuovi modelli che si concentrino sull'integrazione attiva, la prevenzione, la resilienza delle comunità e la riabilitazione, sia per una migliore comprensione del ruolo che le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, la telemedicina e la teleassistenza giocano all'interno di questi modelli.

Esaminando le opportunità che internet e i social network offrono per promuovere l'inclusione attiva degli anziani, il progetto AGES 2.0 rientra a pieno titolo nelle strategie delineate da diverse politiche e modelli di riferimento europei.

La *Piattaforma europea contro la povertà e l'emarginazione* – uno dei due punti cardine della Strategia Europa 2020 – mira a risolvere le ineguaglianze che affliggono i gruppi più vulnerabili all'interno delle nostre società, ivi inclusi gli anziani, attraverso un approccio multidimensionale che include, tra le altre cose: la promozione di un'innovazione sociale basata sulle evidenze empiriche; lo sfruttamento del potenziale dell'economia sociale; e un migliore coordinamento delle politiche tra gli Stati membri.

Gli anziani sono anche i destinatari del *Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute*, lanciato dalla Commissione europea nel luglio del 2011, e incentrato su:

- miglioramento della salute e della qualità della vita della popolazione europea anziana;
- sostegno alla sostenibilità di lungo termine e all'efficienza dei sistemi sanitari e di assistenza sociale;
- aumento della competitività dell'industria europea attraverso attività di business e l'ingresso in nuovi mercati, come ad esempio quello della telemedicina e della teleassistenza.

Il progetto AGES 2.0 risponde a questi obiettivi di policy mettendo insieme gli attori dei settori pubblico, privato e della ricerca per realizzare una sperimentazione sociale innovativa che analizza quanto l'uso attivo di internet e dei social network, all'interno di uno specifico intervento di erogazione di assistenza, migliora la salute e la qualità della vita della popolazione anziana in Europa. Si tratta di una sperimentazione che ha significative implicazioni per lo sviluppo di modelli sostenibili ed efficienti nell'erogazione dell'assistenza sociale, nonché per le aziende del settore che hanno un interesse nel mercato globale della teleassistenza in costante crescita.

All'interno del contesto dell'Unione europea, AGES 2.0 è un classico progetto di innovazione sociale, in linea con il Pacchetto di investimenti sociali adottato dalla Commissione europea il 20 febbraio 2013, che richiede agli Stati membri di rafforzare le capacità presenti e future dei cittadini, migliorare le loro possibilità di inserimento nella società e nel mercato del lavoro, e di concentrarsi su pacchetti integrati di sussidi e servizi che aiutino le persone di tutte le età ad avere benefici di natura individuale e sociale duraturi.

La Guida all'innovazione sociale del 2013 della Commissione europea definisce l'innovazione sociale come un fenomeno fondato su quattro elementi cardine:

- l'**identificazione** di bisogni sociali nuovi/non soddisfatti/non soddisfatti in modo adeguato;
- lo **sviluppo** di nuove soluzioni in risposta ai questi bisogni sociali;
- la **valutazione** dell'efficacia di nuove soluzioni per il soddisfacimento dei bisogni sociali;
- la **replica in scala** delle innovazioni sociali efficaci.

Il progetto AGES 2.0 ricomprende ciascuno di questi elementi. Esso **identifica** e sostiene un gruppo sociale, gli anziani, che è particolarmente afflitto da isolamento sociale. **Sviluppa** una nuova soluzione e una nuova risposta a questo bisogno, attraverso l'attuazione di un programma di formazione riguardante i social network, specificamente creato per questo gruppo. **Valuta** l'impatto di questo intervento, facendo uso di metodi scientifici rigorosi. E produce delle conclusioni che possono influenzare le politiche future e la **replica in scala** del progetto AGES 2.0 o di approcci simili in altri territori o all'interno di popolazioni più numerose.

Il progetto AGES 2.0 è stato pianificato così da rispondere alle richieste della Commissione europea di concentrarsi sulla sperimentazione sociale, al fine di testare la validità delle nuove politiche innovative raccogliendo dati sul loro reale impatto sui destinatari. Questi "esperimenti":

- portano risposte innovative ai bisogni sociali;
- sono interventi pilota su piccola scala finalizzati a testare l'impatto;
- vengono eseguiti in determinate condizioni, nelle quali il loro impatto può essere misurato;
- possono essere replicati in scala se i risultati si dimostrano convincenti.

La sperimentazione sociale proposta con questo progetto è in linea con questa definizione, e comporta:

- lo sviluppo di un'unica interfaccia informatica e un pacchetto di formazione (EASY PC) progettati per coinvolgere gli anziani nell'uso dei social network;
- la formazione a favore di un team di "esperti in tecnologie di assistenza", operatori sociali professionisti capaci di aiutare gli anziani vulnerabili a diventare, per la prima volta, utenti dei social network;
- il reclutamento di anziani che vivono in contesti sia comunitari sia di assistenza domiciliare, nonché dei gruppi di controllo e intervento;
- l'erogazione del pacchetto formativo EASY PC ai membri del gruppo di intervento per un periodo di tempo di quattro mesi;
- l'utilizzo di metodi scientifici per valutare l'impatto dell'intervento EASY PC, ricorrendo a parametri consolidati riguardanti le relazioni sociali, il benessere e la cognizione.

Un'ulteriore dimensione innovativa del progetto AGES 2.0 è la sua transnazionalità che permette la comparazione dei risultati sia in Italia sia nel Regno Unito, paesi dove il contesto demografico, delle politiche assistenziali e dell'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione differisce considerevolmente, al fine di ricavare insegnamenti in merito alla generalizzazione e al consolidamento dei risultati nelle varie realtà internazionali.

### 3. Il contesto della popolazione anziana e dell'assistenza a favore della stessa in Italia e nel Regno Unito

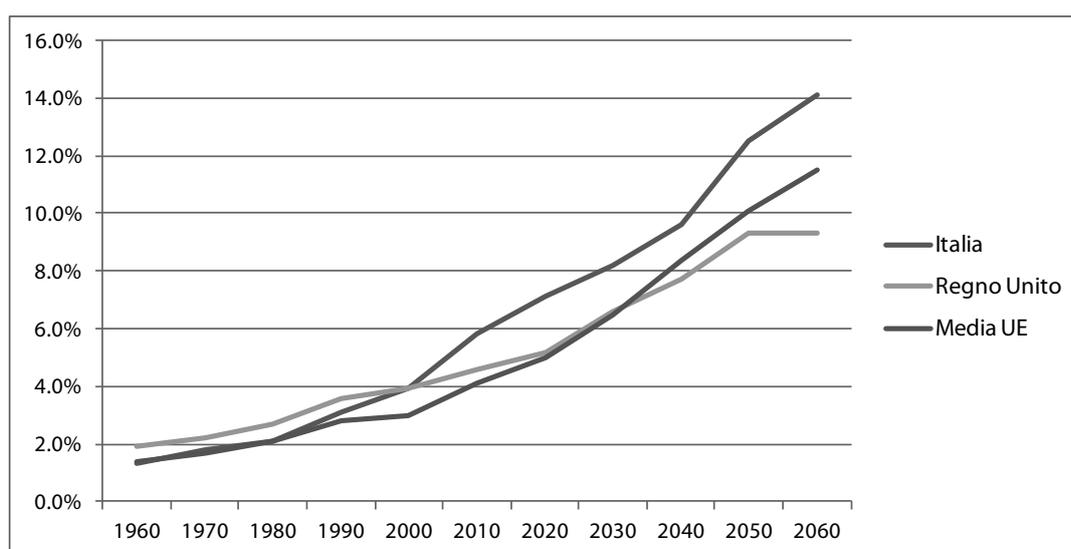
Sebbene il Regno Unito e l'Italia siano Paesi europei che affrontano le stesse sfide poste da una società sempre più vecchia, ci sono notevoli differenze nelle tendenze demografiche e nell'erogazione di assistenza. Il modello inglese è stato descritto come un esempio di regime di welfare liberale, caratterizzato da un intervento pubblico minimo, e basato sul presupposto che la maggioranza dei cittadini otterrà dal mercato adeguate prestazioni di welfare; al contrario, il modello italiano, accanto ad altri regimi di welfare dell'Europa meridionale e dell'area mediterranea (Gal, 2010; Ferragina, Seeleib-Kaiser, 2011; Powell, Barrientos, 2004; Minas *et al.*, 2014), è stato descritto come un modello conservatore (Esping-Andersen, 1990), nel quale le principali responsabilità in termini di assistenza restano in capo ai membri della famiglia.

Queste differenze – riscontrabili a livello demografico, nelle politiche assistenziali, nell'erogazione dell'assistenza, nella predisposizione della società verso l'invecchiamento attivo e l'inclusione sociale, nonché nell'utilizzo della tecnologia – forniscono un contesto importante per i risultati della ricerca.

#### 3.1 Tendenze socio-demografiche in Italia e nel Regno Unito

Come avviene in tutta l'UE, il profilo demografico di Regno Unito e Italia sta invecchiando sempre di più. L'Italia è già un Paese "più vecchio" rispetto al Regno Unito, con il 20,3% di popolazione residente con un'età pari o superiore a 65 anni, a fronte del 16,5% del Regno Unito. Inoltre, la società italiana, spinta da un'aspettativa di vita più elevata (20,8 anni all'età di 65 anni, a fronte di 19,8 anni del Regno Unito<sup>1</sup>) e da tassi di fertilità più bassi, sta invecchiando "più rapidamente" sia del Regno Unito sia della media UE.

**Figura 1. Percentuale di popolazione di età pari o superiore a 80 anni**



Fonte: Eurostat, Proiezioni sulla popolazione, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Population\\_projections](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections)

<sup>1</sup> \*Database "Health for All", ISTAT (2013); \*\* World Health statistics, OMS (2014)

In prospettiva futura, tra il 2010 e il 2060, la percentuale di italiani con un'età pari o superiore a 80 anni dovrebbe aumentare di 8,3 punti, aumentando dal 5,8% attuale al 14,1%. Nel Regno Unito si prevede un aumento di 4,7 punti percentuali, dal 4,6% al 9,3%. Come risultato, tra il 2010 e il 2060 in Italia gli indici di dipendenza economica degli anziani si raddoppieranno, mentre nel Regno Unito l'aumento sarà di circa due terzi (da 0,25 a 0,42) (Proiezioni sulla popolazione dell'Eurostat).

Naturalmente, non tutti gli anziani necessitano di assistenza. Quando ne hanno bisogno, gran parte di questa assistenza viene fornita in modo informale dai loro partner, dalla loro famiglia o dagli amici. Tuttavia, questo dato ha implicazioni significative sull'erogazione dell'assistenza, sia essa formale o informale.

### 3.2 L'isolamento sociale e il benessere nel Regno Unito e in Italia

Tra Regno Unito e Italia sono evidenti le differenze intrinseche nella mentalità verso l'invecchiamento, l'inclusione sociale e l'assistenza. In Italia, il ruolo importante che le famiglie allargate giocano come fornitori di assistenza è evidente dal fatto che il 25% degli adulti con un'età pari o superiore a 65 anni vive in un "altro tipo di nucleo familiare" (in altre parole, non da solo o in coppia), a fronte dell'11% del Regno Unito. In quest'ultimo Paese, il 95% delle persone con un'età pari o superiore a 75 anni vive all'interno di famiglie monoparentali, oppure in coppia. Questo dato è notevolmente più significativo rispetto all'84% degli anziani che vivono in tali nuclei familiari in Italia (Eurostat / LFS, Composizione delle famiglie). Parimenti, in Italia quasi il 54% degli adulti con un'età pari o superiore a 55 anni fornisce regolarmente assistenza (almeno una volta a settimana) a figli e nipoti, a fronte del 27% che si registra nel Regno Unito (Indice dell'invecchiamento attivo<sup>2</sup>).

Mentre queste differenze nelle sistemazioni abitative emergono chiaramente dai dati, sono molto meno evidenti le differenze a livello di percezione soggettiva che gli anziani hanno delle loro relazioni sociali e del loro benessere.

Il parametro "relazioni sociali" all'interno dell'Indice dell'invecchiamento attivo mostra che il 68% delle persone con un'età pari o superiore a 55 anni nel Regno Unito si incontra con amici, parenti e colleghi al di fuori del proprio domicilio diverse volte alla settimana, a fronte del 55% registrato in Italia. Alcuni potrebbero sostenere che quest'ultimo dato è frutto di un comportamento "di compensazione", nel senso che laddove le famiglie sono numerose, con diverse generazioni che vivono insieme, la gran parte dei contatti sociali può svolgersi all'interno della famiglia, piuttosto che al di fuori del domicilio. Tuttavia, che si tratti di un comportamento di compensazione o no, la valutazione soggettiva che gli anziani danno del loro benessere mentale è molto simile in entrambi i Paesi.

I punteggi relativi alla percentuale della popolazione anziana che si sente felice e di buon umore, calma e rilassata, attiva e in forze, fresca e riposata, nonché partecipe di una quotidianità piena di cose interessanti, sono praticamente identici in Italia (68) e nel Regno Unito (67). Le differenze più significative all'interno di questo parametro sono rappresentate dal fatto che gli uomini riportano livelli di benessere mentale, sia in Italia (73) che nel Regno Unito (74), più alti rispetto alle donne (64 in Italia e 61 nel Regno Unito) (Indice dell'invecchiamento attivo, 2013).

### 3.3 Aspetti demografici dell'assistenza residenziale

Nel 2011, il 3,2% della popolazione dell'Inghilterra e del Galles con un'età pari o superiore a 65 anni viveva nelle case di riposo (ONS, 2014). Il dato italiano (che non è direttamente comparabile) suggerisce una percentuale simile, pari al 2,3%. Tuttavia, questo è un dato che nasconde un'enorme divergenza a livello regionale, variando dal 3,3% delle regioni del nord, allo 0,9% delle regioni del sud (Istat, 2013).

La maggiore prevalenza dell'assistenza residenziale nel Regno Unito risulta evidente anche dal fatto che tale Paese possiede il doppio dei posti letto in strutture sanitarie diverse dagli ospedali e nelle case di riposo

<sup>2</sup> Nell'ambito della politica europea sull'invecchiamento attivo, nel 2012 l'Indice sull'invecchiamento attivo è stato sviluppato quale strumento attraverso cui i decisori pubblici possono formulare strategie basate sui dati reali, quando si trovano ad affrontare le sfide rappresentate dall'invecchiamento della popolazione e dal suo impatto sulla società. L'Indice dell'invecchiamento attivo è stato messo a punto con il sostegno dell'Unità sulla popolazione dell'UNECE, della Direzione generale per l'occupazione, gli affari sociali e l'inclusione della Commissione europea, e del Centro europeo per la politica e la ricerca sul welfare (Indice dell'invecchiamento attivo, 2013).

ogni 100.000 abitanti rispetto all'Italia. Ciò detto, durante gli ultimi otto anni il numero di letti ogni 100.000 abitanti è cresciuto rapidamente in Italia, mentre nel Regno Unito è diminuito in modo marginale.

**Tabella 1. Posti letto in strutture sanitarie diverse dagli ospedali e nelle case di riposo<sup>3</sup> ogni 100.000 abitanti, 2013**

Paesi	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Italia	275,24	292,96	306,45	317,41	319,94	334,23	351,96	371,7	...
Regno Unito	894,28	879	874,84	865,35	859,38	863,49	866,64	828,21	865,65

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, database "Health for All", <http://data.euro.who.int/hfad/>.

Il dato stabile della popolazione del Regno Unito che vive nelle case di riposo, insieme alla crescita della popolazione anziana totale, implica che la popolazione residente negli istituti di assistenza sta invecchiando. Nel 2011, il 59,2% di coloro che risiedevano nelle case di riposo in Inghilterra e nel Galles avevano un'età pari o superiore a 85 anni, dato, questo, che è cresciuto di 2,7 punti percentuali rispetto al 2001, quando ammontava al 56,5%. Durante lo stesso periodo, il numero di persone che fornivano assistenza non retribuita in contesti informali è cresciuto di 600.000 unità (ONS, 2014).

Sebbene gli uomini costituiscano una quota crescente di coloro che vivono nelle case di riposo, la popolazione che vive in tale contesto rimane prevalentemente femminile, con 2,8 donne di età pari o superiore a 65 anni per ogni uomo nel Regno Unito nel 2011. In Italia, le donne rappresentano circa il 75% dell'intera popolazione che vive nelle case di riposo: su 1.000 donne di età pari o superiore a 64 anni, 29 sono ospitate in case di riposo, mentre per gli uomini il rapporto è di 13 su 1.000.

In prospettiva futura, nel Regno Unito si stima che il numero di anziani con disabilità limitate o gravi, che presumibilmente richiederanno un'assistenza di tipo residenziale, aumenterà del 60% entro il 2030, mentre si stima che, sempre nel Regno Unito, il numero di coloro che ricevono un'assistenza di tipo informale all'interno delle loro famiglie crescerà dell'84% entro il 2030 (Wittenberg *et al.*, 2011).

### 3.4 L'organizzazione dei servizi di assistenza

Questo invecchiamento della società e la richiesta crescente di servizi di assistenza hanno portato all'esigenza di riforme nei sistemi di welfare in tutta Europa.

Il Regno Unito e l'Italia sono ritenuti Paesi che ancora devono riformare radicalmente i loro sistemi assistenziali di lungo termine (Ranci e Pavolini, 2013) e che hanno servizi sanitari nazionali ben strutturati accanto a strutture di assistenza sociale più frammentate e gestite a livello locale.

Le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sociale, sia in Italia sia nel Regno Unito, sono complesse e si basano sulla verifica delle necessità economiche. Infatti entrambi i Paesi concentrano i sussidi su coloro che sono meno in grado di economicamente coprire le spese della propria assistenza.

In Italia, la responsabilità per l'assistenza sanitaria e sociale degli anziani si colloca tra il sistema sanitario nazionale e i comuni, e ci troviamo così di fronte al problema dell'assistenza integrata. L'assistenza sanitaria è gratuita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, mentre i costi dell'assistenza sociale sono in parte tarati sulle condizioni economiche. Attualmente, il criterio delle condizioni economiche tiene conto solo dei beni dell'anziano che necessita dell'assistenza, ma recentemente questo principio è stato messo in discussione (Gioncada *et al.* 2011; Pesaresi, 2013). La responsabilità di definire gli indicatori delle possibilità e capacità individuali di contribuire economicamente è affidata alle amministrazioni comunali e regionali.

Nel Regno Unito, a partire dal 1948 il finanziamento statale per le spese dell'assistenza sociale si è basato sulle condizioni economiche, a differenza dell'assistenza sanitaria che viene erogata a titolo gratuito attraverso il Sistema Sanitario Nazionale. Fino agli anni ottanta, una parte significativa dell'assistenza sociale finanziata pubblicamente è stata erogata attraverso le case di riposo di proprietà delle autorità

<sup>3</sup> Definizione: letti disponibili per le persone che richiedono assistenza di lungo periodo all'interno degli istituti (diversi dagli ospedali).

locali. Queste strutture sono state progressivamente cedute, e in conseguenza di ciò, nel Regno Unito, le autorità locali forniscono ora solo il 5% dell'assistenza di tipo residenziale. Attualmente, il 92% dell'assistenza di tipo residenziale e l'89% delle ore di assistenza a domicilio vengono erogati da fornitori del settore privato e del settore del volontariato (Laing e Buisson, 2013).

Nel Regno Unito, la pressione sui bilanci delle autorità locali e il progressivo inasprimento dei criteri di ammissibilità hanno portato a un numero crescente di anziani che vengono curati da parenti o che pagano i costi della propria assistenza, ricorrendo alle pensioni da lavoro e al valore sempre più elevato delle proprietà (Local Government Association, 2013). La ricerca di Laing e Buisson suggerisce che il 43% di coloro che risiedono nelle case di riposo nel Regno Unito sostiene l'intero costo dell'assistenza che riceve. Una volta che si aggiungono le coperture economiche complementari, richieste per colmare il divario tra le quote di finanziamento delle autorità locali e gli importi effettivi richiesti dalle case di riposo, la percentuale di coloro che contribuiscono a sostenere i costi dell'assistenza fornita sale a 57 punti (Laing e Buisson, 2013).

La modalità di finanziamento orientata al mercato e il modello di erogazione adottato nel Regno Unito, che permette agli individui di scegliere tra soggetti che erogano assistenza con differenti livelli di costo, potrebbero essere ritenuti positivi, incentivando le case di riposo a competere offrendo un ambiente e servizi di assistenza di migliore qualità. Le politiche nazionali, incentrate sulla promozione della scelta individuale, sul controllo e sulla personalizzazione dei bilanci dedicati all'assistenza, poggiano sicuramente su questa ipotesi, sostenute dalla garanzia della qualità e dal miglioramento attraverso ispezioni regolari a opera della Commissione sulla qualità dell'assistenza.

**Tabella 2. Spesa pubblica per l'assistenza di lungo periodo in percentuale del PIL, per tipo di assistenza**

	Totale	di cui:		
		A domicilio	Nelle residenze	Sussidi economici
Italia	1,91	0,49	0,55	0,86
Regno Unito	1,97	0,86	0,56	0,56
EU-27	1,84	0,53	0,80	0,52

Fonte: servizi della Commissione (DG ECFIN), basato su 2012 AR.

Il ruolo che la famiglia ha nell'offrire assistenza agli anziani ha impatti importanti sull'uso dei servizi di assistenza residenziale. Si è sostenuto (ad esempio, Callegaro e Passini, 2008) che in Italia *"i legami familiari [...] inducono i figli adulti a pensare all'assistenza formale come a qualcosa da evitare fintantoché i componenti della famiglia sono in grado di aiutare i propri parenti anziani"*<sup>4</sup>. Altri sostengono che tali nozioni si basano su un'idealizzazione delle relazioni familiari, adducendo gli studi che mostrano che i sentimenti di vicinanza e affetto risultano forti sia nei Paesi del nord Europa sia in quelli del sud Europa (Daatland e Lowenstein, 2005), e che i dati sull'atteggiamento verso l'assistenza per gli anziani a carico<sup>5</sup> sono molto simili nel Regno Unito e in Italia.

Studi recenti hanno anche sostenuto che la solidarietà fra le generazioni, caratteristica dei regimi di welfare mediterranei, è una risposta al basso livello di sviluppo dello stato sociale (Moreno e Klose, 2013), e viene sostenuta dal basso tasso di occupazione femminile nonché dai modelli assistenziali fortemente basati sul genere. Inoltre, come risultato dei cambiamenti nelle relazioni familiari, l'assistenza si è spostata da un sostegno di tipo tradizionale non retribuito, a un'area grigia di impiego scarsamente retribuito che riguarda soprattutto le lavoratrici migranti (Calzada e Brooks, 2013). Una famiglia su tre che si occupa degli anziani fa affidamento sul sostegno da parte dei lavoratori migranti (NNA, 2013).

La recente crisi economica e l'austerità minacciano la tradizione della solidarietà tra generazioni presente in Italia. L'assistenza informale è meno costosa rispetto all'assistenza residenziale, e ciò comporta un numero inferiore di anziani che chiedono di entrare nelle case di riposo (NNA, 2013, p. 61). Inoltre, i servizi pubblici a sostegno dell'assistenza domiciliare sono residuali: in Italia, circa il 4% degli anziani riceve assistenza a domicilio in media per 20 ore in un anno (NNA, 2013, p. 17) e l'assistenza di tipo residenziale è oggi vista come una soluzione di ultima istanza per quelle famiglie che non possono fornire assistenza ai propri membri anziani a causa dell'alto livello di disabilità mentale o fisica di questi ultimi.

<sup>4</sup> Callegaro, L. e Pasini, G. (2008), p. 200.

<sup>5</sup> Ad esempio, si vedano i dati dell'Eurobarometro del 2007 sulla percentuale di individui che ritengono che i figli debbano prendersi cura dei genitori a carico anche se ciò significa rinunciare alla propria carriera.

### 3.5 L'orientamento futuro delle politiche

Si è affermato che il modello di assistenza sanitaria e sociale presente in molti Paesi europei è sbilanciato, dal momento che fornisce assistenza sanitaria di breve periodo all'interno degli ospedali, o fornisce un'assistenza di tipo permanente negli istituti o nelle case di riposo. Tale modello dovrà essere adattato per fare sì che il sostegno sia sempre più vicino al domicilio, che l'assistenza promuova l'indipendenza e l'autosufficienza, e che sia coordinata fra i differenti servizi e figure professionali. Un aumento del finanziamento pubblico non rappresenta di per sé una soluzione. È necessario dare priorità alla riduzione della domanda di servizi formali, promuovendo l'indipendenza, incoraggiando la capacità assistenziale della comunità, e promuovendo il recupero e la riabilitazione (Humphreys, 2013).

All'interno del partenariato del progetto AGES 2.0, la fusione del Fondo permanente del Sistema Sanitario Nazionale per l'assistenza sanitaria del Devon meridionale con il Fondo per la cura e l'assistenza nella circoscrizione di Torbay e nel Devon meridionale ha portato alla creazione del primo Ente di cura integrata dell'Inghilterra, pensato per raggiungere questi obiettivi a livello locale. L'obiettivo è quello di "sostenere ogni persona nel vivere bene e nell'invecchiare bene", focalizzando l'attenzione sulla "promozione di stili di vita sani, prevenendo le malattie e rendendo possibile l'autosufficienza" (South Devon NHS Trust, sito web: <http://www.sdhct.nhs.uk/hospitalandcommunitycare/>).

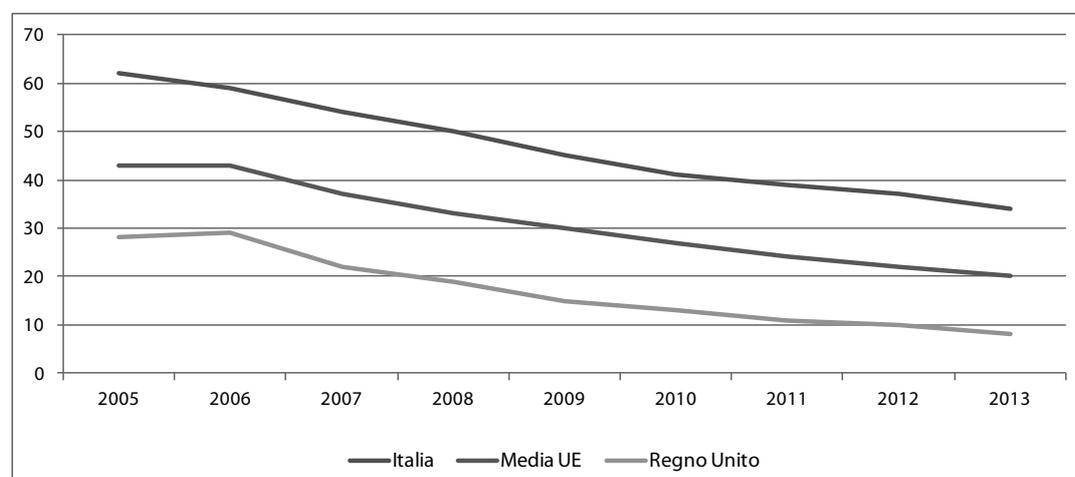
In Italia, la riforma costituzionale del 2001 ha ridefinito le relazioni tra lo Stato e le Regioni, attraverso il decentramento a livello regionale delle competenze amministrative, legislative e finanziarie. Sebbene la riforma non sia ancora stata portata a termine, questo crescente federalismo ha fatto sì che la competenza in materia di gestione sanitaria, assistenza sociale e politiche del lavoro sia interamente affidata ai governi regionali. Oltre il 70% dei bilanci regionali è ora destinato alla gestione sanitaria. Questo decentramento delle competenze in materia di politiche sanitarie e sociali ha portato a una sempre maggiore differenziazione nella natura e grado di attuazione dei servizi per gli anziani. Ci si aspetta che queste differenze cresceranno in futuro, e che le Regioni del nord avranno una copertura e una qualità dei servizi maggiori rispetto a quelle del sud.

### 3.6 L'inclusione digitale

Internet gioca un ruolo sempre più importante all'interno del tessuto delle società europee. Le persone che non hanno accesso a internet o sono prive di competenze a livello digitale incontrano barriere sempre più alte nel trovare o mantenere un impiego, nel partecipare ad attività formative, nell'accedere ai servizi pubblici, nell'aver la possibilità di acquistare beni economici, e nel partecipare a dinamiche di interazione sociale online.

La Figura 2 mostra che, sebbene la quota di individui che non hanno mai usato internet si stesse restringendo rapidamente tra gli Stati UE, nel 2013 ancora il 34% della popolazione in Italia e l'8% della popolazione nel Regno Unito non avevano mai usato internet.

**Figura 2. Percentuale di individui che non hanno mai usato internet, 2005-2013**



Fonte: Inclusione digitale, Eurostat, [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc\\_bdek\\_di&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_bdek_di&lang=en)

Questa situazione può riscontrarsi anche nelle persone anziane. In Italia, il 77% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni non ha mai usato internet, a fronte del 30% del Regno Unito (Inclusione digitale, Eurostat).

Gli utenti anziani nel Regno Unito usano internet soprattutto per “Inviare e ricevere email” o “Trovare informazioni su, o acquistare beni e servizi”, molto meno per “Postare messaggi nelle chat”, “Usare blog e messaggistica istantanea” o “Creare siti web o blog”. Nel Regno Unito, solo il 10% degli adulti di età pari o superiore a 65 anni dichiarano di usare internet per accedere ai social network, a fronte del 90% delle persone di età compresa tra i 16 e i 24 anni (ONS, 2013).

Dato che la percentuale di adulti che usano i social network nel Regno Unito (57%) è molto più alta del dato italiano (29%) (ONS, 2013), si può ragionevolmente desumere un basso uso dei social network tra la popolazione anziana italiana.

Riconoscendone i benefici, i governi europei si concentrano sul sostegno all’inclusione digitale di tutti gli elementi della popolazione. Il Governo britannico si è prefissato l’obiettivo di assicurare che *“ognuno che può essere digitalmente alfabetizzato lo sarà entro il 2020”*. Dato che l’83% di coloro che sono “disposti e in grado” di diventare “digitalmente alfabetizzati” ha un’età pari o superiore a 45 anni, l’attuazione di questa politica implicherà anche la considerazione dei problemi in termini di accesso, familiarità e abilità che impediscono alle persone anziane di utilizzare internet (Cabinet Office, 2014).

### 3.7 Teleassistenza

Le tecnologie dell’informazione e della comunicazione hanno il potenziale di trasformare molti aspetti dell’erogazione dell’assistenza, nel mentre generano efficienza nella fornitura di servizi e nell’aiutare le persone a vivere autonomamente.

Come accade per i servizi di assistenza in generale, la competenza in merito allo sviluppo e all’erogazione di teleassistenza si colloca a livello regionale, sia in Italia sia in Inghilterra. Il decentramento delle competenze in merito all’assistenza sanitaria e sociale comporta che non ci sono politiche nazionali riguardanti la teleassistenza in Italia, e che le Regioni stanno adottando approcci differenti. La Regione Veneto è all’avanguardia in molti di questi sviluppi.

Nel Regno Unito, il Governo centrale fornisce sovvenzioni globali periodiche alle autorità locali, ad esempio una sovvenzione straordinaria di 80 milioni di sterline per dotare 160.000 anziani vulnerabili delle tecnologie di telesoccorso ([http://www.ict-ageing.eu/?page\\_id=1617](http://www.ict-ageing.eu/?page_id=1617)). Anche i fondi messi a disposizione tramite bando, come ad esempio il programma DALLAS – con un budget di 23 milioni di sterline – di Innovate UK (“Fornire stili di vita assistita su scala”) vengono usati periodicamente per promuovere l’innovazione e per valutare ulteriormente il potenziale della teleassistenza e del telemedicina<sup>6</sup>.

Nonostante l’esistenza di una vasta gamma di servizi innovativi e di teleassistenza (Ayres, 2013), le possibilità offerte dalla tecnologia, ivi inclusi i social network, nell’erogazione dei servizi di assistenza sociale non vengono pienamente sfruttate (Humphreys, 2013).

<sup>6</sup> [www.innovateuk.org/content/competition/dallas-delivering-assisted-living-lifestyles-at-sc.ashx](http://www.innovateuk.org/content/competition/dallas-delivering-assisted-living-lifestyles-at-sc.ashx)

## 4. Intervenire sulle connessioni sociali per migliorare la salute

La solitudine e l'isolamento sociale sono problemi che destano sempre più preoccupazione nella popolazione e a livello politico. Svariati rapporti importanti hanno suggerito che i tassi di isolamento sociale e solitudine percepita stanno aumentando. Ad esempio, diversi indicatori sociali di potenziale isolamento sono aumentati notevolmente nel corso degli ultimi 50 anni, ivi incluso il numero di famiglie con un solo componente, celibe o divorziato, che si è separato dalla famiglia o comunità di origine. Sulla base dell'"indice di anomia" che incorpora molti di questi indicatori, uno studio recente stima che nel Regno Unito la percentuale di persone che sono suscettibili di isolamento sociale è aumentata da circa il 19% nel 1971 a oltre il 25% nel 2001 (Dorling, Vickers, Thomas, Pritchard, e Ballas, 2008). Oltre agli indicatori demografici, vi è prova che l'aumento della frammentazione sociale viene percepito a livello soggettivo. Ad esempio, una ricerca a campione svolta dalla Fondazione per la salute mentale, con oltre 2.000 intervistati, ha riscontrato che circa l'11% delle persone prova spesso solitudine, il 42% è stato affetto da depressione per via della solitudine, e il 48% percepisce che la società in generale sta provando più solitudine. Sulla base di statistiche come queste (si veda anche "Measuring National Well-being: European Comparisons", 2014), il Regno Unito si è contraddistinto per essere uno dei Paesi dell'Unione europea dove si registra una maggiore solitudine (ad esempio, Orr, 2014). Non è però l'unico Paese, e si possono trovare, in altre parti del mondo occidentale, dati simili che mostrano livelli significativi e crescenti di solitudine (ad esempio, si veda Cacioppo e Patrick, 2009).

La solitudine rappresenta un elemento di preoccupazione non solo per il suo immediato collegamento con le condizioni di salute mentale, come la depressione (Cacioppo *et al.*, 2006). Una parte considerevole delle scienze fisiche e sociali ha stabilito che la grandezza e la qualità dei social network delle persone hanno implicazioni su una serie di indicatori, tra cui la salute mentale, la salute cognitiva e la salute fisica. Ad esempio, alcuni studi importanti sono giunti alla conclusione che le persone che intrattengono più rapporti sociali mostrano livelli inferiori di morbidità (Boden-Albala *et al.*, 2005, Everson-Rose e Lewis, 2005, Ell *et al.*, 1992) e di mortalità (House *et al.*, 1988; Berkman e Syme, 1979). Sorprendentemente, gli effetti delle relazioni sociali sulla mortalità sono comparabili a quelli associati con lo smettere di fumare, e sono superiori a quelli dell'obesità, alta pressione e inattività fisica (Holt-Lunstad *et al.*, 2010).

Sebbene i tassi di solitudine e isolamento sociale rappresentino un problema trasversale a tutti i gruppi di una comunità, essi sono particolarmente problematici per gli anziani. Ciò avviene perché l'invecchiamento è associato a vari fattori che possono avere un impatto sulle relazioni sociali, ivi incluso il lutto, e riguarda anche l'assistenza, le limitazioni alla mobilità fisica e la diminuita capacità comunicativa. Gli anziani, in quanto tali, sono potenzialmente esposti a un rischio più alto di isolamento sociale, e di fare esperienza delle conseguenze negative in termini di salute. L'isolamento sociale e la solitudine soggettiva hanno, infatti, implicazioni su una serie di condizioni relative all'invecchiamento, ivi inclusa la demenza (Bennett, 2006; Dodge *et al.*, 2014; Holwerda *et al.*, 2012; Wilson *et al.*, 2007).

Inoltre, sebbene gli anziani possano non sentirsi necessariamente più soli dei giovani (Cacioppo *et al.*, 2006), essi, nella misura in cui dichiarano di provare solitudine, sono più vulnerabili in tale situazione. Gli studi hanno mostrato l'esistenza di relazioni più forti, nella popolazione anziana rispetto a quella giovane, tra la solitudine percepita e gli indicatori sanitari importanti (ad esempio, Hawley *et al.*, 2010; Hawley *et al.*, 2006; Ong *et al.*, 2012). Per spiegare questi aspetti, si presume che i giovani soffrono la solitudine allo stesso modo degli anziani, ma i giovani hanno risorse aggiuntive fisiche e psicologiche che possono metterli al riparo dalle conseguenze della stessa. Quindi, quando si tratta di capire, e di intervenire sugli effetti negativi dell'isolamento sociale e della solitudine, gli anziani rappresentano un segmento di popolazione particolarmente interessante da studiare.

Per tutte le ragioni di cui sopra, si è sostenuto che trovare modi per aiutare le persone a intrattenere relazioni sociali dovrebbe rappresentare una priorità per la sanità pubblica (Caccioppo e Hawley, 2003), nonché una priorità di particolare importanza nell'area dell'assistenza agli anziani (Hawley e Caccioppo, 2007). Nonostante ciò, gli interventi sanitari continuano a focalizzarsi sui "soliti elementi di sospetto", come il fumo, l'esercizio fisico, la dieta o il bere. In parte, questo può essere un riflesso del fatto che sembra più facile incoraggiare le persone a "praticare più esercizio fisico e a bere di meno", ad esempio, piuttosto che chiedere loro di "essere più social". In generale, gli esseri umani potrebbero essere capaci di intrattenere rapporti sociali (Baumeister e Leary, 1995), ma sviluppare e mantenere il tipo di legami sociali che sostiene la salute mentale, cognitiva e fisica potrebbe apparire – a un primo sguardo – né semplice né immediato. Tuttavia, numerosi studi recenti mettono in evidenza modi semplici ed efficaci di incorporare l'interazione di gruppo nelle attività quotidiane così da promuovere benefici concreti a favore della salute. Ad esempio, gli studi di intervento che hanno aumentato il coinvolgimento a livello sociale nelle case di riposo attraverso l'istituzione di "circoli per gentiluomini" (Gleibs *et al.*, 2011a), "water clubs"<sup>7</sup> (Gleibs *et al.*, 2011b) e gruppi di partecipazione (Haslam *et al.*, 2014; Knight *et al.*, 2010) hanno rilevato, come risposta, un alto benessere e una migliore salute cognitiva.

Un nuovo intervento di cui si discute spesso, specialmente in relazione al miglioramento delle relazioni sociali degli anziani con limitazioni fisiche, è l'uso delle tecnologie dei social network e di internet. Infatti, un rappresentante di Policy Exchange, centro di ricerca politica del Regno Unito, ha affermato che:

*"essere in grado semplicemente di scrivere un'email o di accedere a un sito di un social network può fornire alle persone anziane un modo per rimanere in contatto con i loro amici e familiari, i quali magari vivono a centinaia di miglia di distanza. Mantenere queste relazioni importanti aiuterà una società che invecchia progressivamente e che è vulnerabile alla solitudine e all'isolamento rispetto a un mondo moderno che si muove rapidamente". (27 maggio 2014)*

Sentimenti analoghi sono stati espressi in un rapporto precedente, pubblicato dal Centro internazionale per la longevità del Regno Unito (Mason, Sinclair e Berry, 2012). Questo rapporto ha rilevato che una fetta significativa della popolazione del Regno Unito (15%) non aveva mai navigato in internet ed era pertanto a rischio di "venire digitalmente esclusa" dalla società. Coloro che utilizzavano internet in modo limitato o che non lo utilizzavano affatto erano più spesso gli anziani, nonché i diversamente abili e i soggetti economicamente svantaggiati. Aspetto interessante e in conformità con le tesi sostenute da Policy Exchange, il rapporto riportava dati concreti provenienti dall'indagine longitudinale inglese sull'invecchiamento – un'indagine rappresentativa condotta su larga scala riguardante gli anziani in Inghilterra – i quali mostrano che l'uso di internet è correlato con una più alta probabilità di appartenere a un gruppo sociale, di provare meno solitudine e un maggiore senso di controllo sulla propria vita, nonché meno ansia.

Mentre i modelli riportati sopra evidenziano i potenziali benefici per la salute mentale che discendono dall'inclusione sociale, attraverso il fatto di sentirsi socialmente inclusi, altri si sono mostrati scettici sull'aumento della navigazione in internet come mezzo per affrontare il problema dell'isolamento sociale nell'invecchiamento. Per certi versi, le correlazioni tra l'uso di internet e gli indicatori di benessere personale e sociale non dicono granché circa gli effetti del primo sul secondo. È ugualmente possibile che coloro che sono più partecipi a livello sociale sono anche più capaci di, e incoraggiati a usare internet. In un articolo apparso nel quotidiano "Guardian", Ros Coward ha sostenuto anche che, sebbene l'aumento dell'inclusione digitale sia un obiettivo importante, fare *social networking* online non dovrebbe essere visto come una sostituzione del contatto umano reale o come una soluzione ai complessi problemi dell'isolamento sociale e della solitudine ("Loneliness is not a bug with a technological solution" – "La solitudine non è un errore per il quale esistono soluzioni tecnologiche", 28 maggio 2014).

In termini di dati concreti che possono dare contenuto a tali dibattiti, i risultati della ricerca sul valore potenziale dell'aumento, tra gli anziani, della connessione alla rete e delle capacità nell'utilizzarla sono quantomeno differenti. Ad esempio, alcuni studi iniziali rilevano aumenti nella salute cognitiva e mentale dopo che gli anziani che ricevono assistenza sono stati sottoposti ad attività di formazione riguardanti l'uso delle risorse informatiche online (McConatha *et al.*, 1994, 1995). Tuttavia, questi studi sono stati condotti su scala molto ridotta, e in entrambi i casi hanno coinvolto solo 14 persone che

<sup>7</sup> Per "water club" si intende un'attività formativa di gruppo mirata a favorire una corretta idratazione a fronte della drastica diminuzione dell'assunzione di liquidi che si riscontra regolarmente negli anziani.

hanno ricevuto la formazione. Più recentemente, studi condotti su scala più ampia e meglio monitorati suggeriscono che i benefici sono inferiori. Ad esempio, White e i suoi colleghi (2002) hanno condotto una sperimentazione nella quale 100 persone, che vivevano in comunità in alloggi sovvenzionati e in case di riposo, sono state casualmente assegnate a uno dei due gruppi seguenti: il gruppo di coloro che hanno ricevuto un computer, la connessione a internet e le attività di formazione, e il gruppo di controllo. Sebbene questi autori abbiano osservato una diminuzione della solitudine e della depressione come effetto del loro intervento, questa diminuzione non ha assunto rilevanza statistica. Uno studio perfino più ampio ha suddiviso casualmente in due gruppi 191 anziani che vivevano in comunità: (1) coloro che hanno ricevuto una breve formazione sull'uso del pc e di internet (12 ore in due settimane) nonché un pc e la connessione a internet da usare privatamente per un anno; (2) coloro che hanno ricevuto solo una formazione breve; e (3) coloro che non hanno ricevuto né formazione né un pc da usare. I risultati di questa ricerca rivelano che, sebbene coloro che facevano parte del gruppo di intervento (che hanno ricevuto formazione e un pc) risultassero aver acquisito nuove competenze in misura maggiore rispetto agli altri gruppi, l'intervento non ha avuto altri benefici visibili a livello emozionale, di salute mentale o sociale (Slegers *et al.*, 2008). Un ultimo studio sperimentale, che ha coinvolto 83 anziani, ha organizzato per un gruppo specifico delle sessioni di formazione, a cadenza bimensile, sull'uso del pc e di internet, distribuite su 6 mesi (Woodward *et al.*, 2011). Questo studio ha rilevato che la capacità personale percepita nell'uso del pc, e l'uso del computer, dichiarato dai soggetti stessi, aumentano significativamente nel tempo, ma gli effetti sugli indicatori delle relazioni sociali erano eterogenei e non cambiavano in modo significativo. E, come per gli altri studi recenti, non si osservano impatti significativi nel tempo sugli indicatori della salute mentale.

La letteratura sui benefici, in termini sanitari e di benessere, delle reti sociali online (social network) rispetto a quelle offline è parimenti eterogenea. Ad esempio, in un recente studio sperimentale, agli studenti universitari è stato chiesto di aumentare la loro attività su Facebook, postando più aggiornamenti del solito, o di mantenere il loro normale livello di attività su questo social (Deters e Mehl, 2013). Le misure adottate prima e dopo hanno rivelato riduzioni significative nella solitudine dichiarata dai soggetti stessi come funzione dell'induzione sperimentale. Ciò suggerisce quindi che il *social networking* online può avere benefici per le relazioni sociali degli individui. Tuttavia, altri studi si mostrano più scettici circa il valore del *social networking* online. Ad esempio, uno studio longitudinale (Kross *et al.*, 2013) ha scoperto che l'attività su Facebook dei giovani in un preciso momento era foriera di un benessere *inferiore* e una *minore* soddisfazione nella vita in un secondo momento: più le persone venivano coinvolte nel *social networking* online, peggio si sentivano. Facendo uso di dati provenienti da ampie indagini sulla popolazione, Helliwell e Huang (2013) hanno messo a confronto il valore degli "amici online" rispetto agli "amici offline". Questi autori hanno scoperto che l'effetto tipico delle relazioni sociali sul miglioramento del benessere soggettivo era limitato agli "amici offline" (in altre parole, gli "amici reali"), e che non vi erano benefici aggiuntivi in termini di benessere nell'aver più relazioni sociali online (in altre parole, gli "amici su Facebook").

Nella valutazione di questi dati eterogenei, almeno due punti appaiono rilevanti. Innanzitutto, sebbene studi recenti, ben monitorati e su più ampia scala, che valutano l'impatto del *social networking* online specificamente sugli anziani, suggeriscano l'esistenza di effetti limitati oltre l'acquisizione di competenze e la percezione di fiducia a esse associate, tali studi sono stati per la maggior parte condotti in un periodo precedente all'esplosione dei social network associati con il "Web 2.0", saliti alla ribalta dopo il 2004 (l'anno nel quale è stato lanciato Facebook) e che hanno visto crescere costantemente la loro importanza negli anni seguenti. Infatti, con l'eccezione dello studio più recente (Woodward *et al.*, 2011), l'analisi dei metodi suggerisce che la formazione erogata si concentrava sull'insegnare agli anziani come usare il computer, piuttosto che su come usarlo *in quanto strumento sociale*. Nella misura in cui il *social networking* era rappresentato in queste azioni formative, esso sembrava limitato alla posta elettronica piuttosto che su forme alternative come ad esempio Skype o Facebook, rispecchiando forse il fatto che questi strumenti non erano così diffusi nel momento in cui tali studi sono stati condotti. Degno di nota è anche il fatto che il livello di sostegno fornito in questi studi era abbastanza limitato – in due casi su tre, la formazione durava solo per due settimane e veniva erogata in contesti di gruppo (sebbene fosse disponibile un sostegno personalizzato al di fuori di questo periodo di tempo e del contesto di gruppo); l'eccezione è, ancora una volta, rappresentata dallo studio più recente (Woodward *et al.*, 2011: classi bimensili per sei mesi). Gli studi più datati fornivano attività di sostegno e formazione con più frequenza rispetto alla ricerca contemporanea (ad esempio, sessioni bisettimanali per una durata di 6 mesi: McConatha *et al.*, 1995).

In secondo luogo, mentre vi sono indicazioni che il *social networking* può essere neutro o avere perfino effetti negativi rispetto alla salute mentale, gli studi che giungono a queste conclusioni hanno attinto a campioni molto più giovani. Come affermato sopra, i giovani sono in generale più resistenti all'impatto negativo dell'isolamento sociale, ma hanno probabilmente maggiori capacità fisiche per dedicarsi a un proficuo *social networking* offline. L'esistenza di effetti neutri o negativi in questo gruppo non preclude la possibilità di avere effetti più positivi all'interno di segmenti specifici della popolazione, come gli anziani, per i quali i benefici dell'attività sociale online potrebbero avere più peso dei costi. Un'eccezione a quanto detto è rappresentata dalla ricerca di Helliwell e Huang (2013), che ha utilizzato campioni ampi, rappresentativi e quindi differenti. Tuttavia, in questo studio gli unici benefici, in termini di benessere, delle reti sociali online e di quelle offline sono stati valutati in contemporanea. Data la sovrapposizione tra le reti sociali online e quelle offline, non sorprende che una volta che queste ultime vengono vagliate, non si riscontra alcun beneficio aggiuntivo per le prime – tuttavia, si dovrebbe anche notare che nell'ambito di ulteriori analisi, nelle quali le fonti alternative di reti sociali non sono state vagliate in contemporanea, le reti online avevano un effetto neutro rispetto al benessere. Questo, tuttavia, non preclude la possibilità che gli "amici veri" a volte potrebbero fornire il loro sostegno da remoto via internet, un vantaggio, questo, che sarebbe proprio delle reti sociali online ma comunque reso possibile dalle reti offline. Per tutti questi motivi, e dato l'evidente interesse nell'uso di internet per soddisfare i bisogni degli anziani, vale la pena analizzare nuovamente alcuni di questi aspetti con nuove ricerche. Questo rappresenta l'obiettivo del presente studio.

## 5. Il progetto AGES 2.0: metodi e conclusioni nel Regno Unito e in Italia

L'obiettivo del progetto AGES 2.0 era quello di fornire una sperimentazione contemporanea sul contributo del *social networking* online al miglioramento delle relazioni sociali tra gli anziani vulnerabili e, per questa via, ad un miglioramento duraturo della salute mentale e cognitiva. A questo scopo, sono state coinvolte 240 persone con un'età pari o superiore a 65 anni affetti da limiti fisici o cognitivi, equamente suddivise in un gruppo sperimentale e in un gruppo di controllo.

Il gruppo sperimentale è stato inserito in un percorso formativo consistente in un pacchetto di lezioni sull'uso del pc (EASY PC), caratterizzato da un'interfaccia semplificata per l'utente, e da un manuale e una serie di lezioni su sette argomenti: la posta elettronica, Skype, Facebook, il diario online "Forget-Me-Not", internet, giochi e foto. La formazione prevista dal pacchetto EASY PC è stata erogata da assistenti sociali professionisti in entrambi i Paesi, ed era orientata a dotare le persone anziane di competenze utili per usare il pc come uno strumento di relazione sociale. Al fine di valutare il suo impatto, è stata condotta un'analisi controfattuale, ricorrendo a una comparazione con il gruppo di controllo, che non ha ricevuto la formazione, in altre parole valutando, per entrambi i gruppi, diversi indici riguardanti le relazioni sociali, la capacità cognitiva, la salute mentale e l'atteggiamento verso l'uso del pc prima e dopo l'intervento formativo, al fine di monitorare i cambiamenti nel corso del tempo.

La principale previsione era che, rispetto al gruppo di controllo, il gruppo inserito nel percorso formativo avrebbe mostrato un atteggiamento più positivo riguardo l'uso del computer, una sensazione di competenza informatica più forte, e una maggiore attività sociale nel tempo, in risposta all'intervento formativo. Nella misura in cui si osservasse il secondo effetto, ci si aspettava anche di vedere un miglioramento della salute mentale e cognitiva nel corso del tempo; effetti, questi, che dovrebbero essere statisticamente mediati attraverso un aumento delle relazioni sociali. Infine, stante la prospettiva adottata dai precedenti interventi di ispirazione sociale (ad esempio, Jetten *et al.*, 2010; Jones *et al.*, 2011), si era interessati anche al ruolo della personalità e dell'identità in queste relazioni. Nello specifico, le ricerche passate hanno suggerito che mantenere un senso coerente della propria personalità è: a) qualcosa che è sostenuto dalle relazioni sociali di ciascuno con gli altri, e b) qualcosa che contribuisce, nel tempo, a risultati positivi in termini di salute e benessere.

Le attività di formazione e di ricerca sono state accompagnate da altre fasi progettuali, quelle finalizzate a verificare la corretta realizzazione del progetto e la sua capacità di raggiungere i risultati previsti (monitoraggio e valutazione) e quelle volte a diffondere i risultati e discutere con i policy-maker e con gli stakeholder, pubblici e privati, la possibilità di trasferire o replicare in scala l'iniziativa (diffusione e replica in scala). Sebbene queste ulteriori attività non fossero parte della ricerca, hanno fornito documenti aggiuntivi utili per avere un'immagine più completa del pacchetto EASY PC che presentiamo in termini di feedback qualitativo (vedi paragrafi 5.3.6 e 5.5.8) e nelle proposte strategiche contenute nella Sezione 7.

### 5.1 I contesti della ricerca

Al fine di fornire indicazioni sulla generalizzazione degli effetti nei differenti contesti culturali, lo studio sperimentale è stato condotto contemporaneamente nel Regno Unito e in Italia. Considerata l'intenzione di fornire una comparazione, sono state seguite le stesse procedure in entrambi i contesti (con alcune importanti eccezioni spiegate in dettaglio qui di seguito). Gli stessi parametri sono stati adottati dai partecipanti alla ricerca, facendo ricorso alle versioni ufficiali in italiano dei parametri della sperimentazione, o traducendo in italiano, per gli scopi di questa ricerca, quelli disponibili solo in inglese. Tuttavia, a causa del diverso contesto culturale, e più nello specifico, del diverso contesto di assistenza (come spiegato nel Capitolo 3), nonché di lievi variazioni nella procedura (spiegata in dettaglio qui di seguito), i metodi e i risultati riferiti al campione italiano e a quello inglese vengono riportati separatamente.

## 5.2 I metodi dell'indagine nel Regno Unito

### 5.2.1 I partecipanti

Un totale di 121 partecipanti (78 donne e 43 uomini) ha inizialmente acconsentito a prendere parte allo studio. Tutti i potenziali partecipanti erano anziani vulnerabili, tra i 60 e i 95 anni d'età, che erano inseriti in schemi di assistenza da parte di Somerset Care Limited – uno dei più importanti enti senza scopo di lucro che si occupano di assistenza, con sede nel sud dell'Inghilterra. Queste persone sono state scelte in parti uguali da due contesti assistenziali: coloro che ricevevano assistenza domiciliare all'interno della comunità (sia nel loro domicilio, sia in alloggi sovvenzionati), e coloro che vivevano in una delle 26 case di riposo di Somerset Care.

Somerset Care ha prima di tutto individuato i potenziali partecipanti interessati. Per poter essere coinvolti nel progetto, è stato richiesto ai partecipanti interessati (1) di essere disponibili per un periodo di quattro mesi, (2) di avere lo spazio e l'infrastruttura per accedere e usare internet, e (3) di avere capacità cognitive sufficienti per partecipare all'attività di formazione che avrebbero ricevuto nel corso del progetto. Riguardo a quest'ultimo punto, il personale coinvolto nel reclutamento ha fatto uso di un test di 6 domande per verificare la capacità cognitiva di base (Callahan *et al.*, 2002). Coloro che hanno superato questo step, hanno preso parte a un'intervista di valutazione di base, ma per poter essere coinvolti nel progetto i partecipanti dovevano totalizzare un punteggio superiore a 19/30 nel Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein e McHugh, 1975); al fine di assicurare una capacità sufficiente a partecipare all'attività formativa in caso di assegnazione al gruppo sperimentale<sup>8</sup>. Inoltre, abbiamo ristretto la partecipazione ai soggetti che non avevano un loro accesso privato a internet, al fine di isolare meglio l'impatto del pacchetto formativo EASY PC. La partecipazione era su base volontaria e la sola ricompensa consisteva nella possibilità di usare temporaneamente un computer e ricevere un pacchetto formativo per coloro che facevano parte del gruppo sperimentale; coloro che invece appartenevano al gruppo di controllo, partecipavano all'estrazione di due computer con relativo corso di formazione (al di fuori del progetto).

Dopo il reclutamento iniziale, 22 partecipanti hanno scelto di interrompere la loro partecipazione nello studio prima della valutazione di base. Inoltre, 23 hanno abbandonato la sperimentazione dopo aver completato la valutazione di base ma prima di aver completato la valutazione di follow-up (45 persone in totale sono quindi uscite dalla sperimentazione). Tra le cause dell'abbandono vi erano le cattive condizioni di salute o il decesso, o la mancanza di interesse a continuare a partecipare al progetto. Escludendo questi abbandoni, è rimasto un campione totale utilizzabile di 76 partecipanti che hanno completato tutte le fasi della ricerca (cioè la valutazione di base, l'assegnazione a uno dei due gruppi, e la valutazione di follow-up). Di questi partecipanti, la maggioranza erano donne (50 a fronte di 26 uomini), e avevano un'età compresa tra i 60 e i 95 anni (l'età media era pari a 80,71 anni). Nel campione finale, 32 partecipanti ricevevano assistenza di tipo residenziale, e 44 ricevevano assistenza a domicilio. Questi ultimi ricevevano assistenza in media da 5,68 anni. La maggioranza dei partecipanti era in stato di vedovanza (60%), di celibato/nubilato (15%) o di divorzio (15%); solo il 15% era sposato. Di coloro che vivevano nel proprio domicilio, il 75% viveva solo. Infine, l'età media di uscita dal sistema educativo era di 15,34 anni.

### 5.2.2 Il metodo

Lo studio era stato concepito con un approccio 2 (trattamento: EASY PC o assistenza come d'abitudine) x 2 (livello di assistenza: domiciliare o residenziale) x 2 (tempo: riferimento iniziale o follow-up). Dopo una valutazione iniziale, metà dei partecipanti sono stati inseriti in un gruppo che ha ricevuto la formazione EASY PC; l'altra metà è stata inserita in un gruppo di controllo che ha ricevuto l'assistenza usuale. La randomizzazione stratificata è stata usata per assegnare i partecipanti a uno dei due gruppi, con una randomizzazione separata per chi riceveva assistenza in ambito domiciliare e chi ne usufruiva

---

<sup>8</sup> Vi sono stati tre casi in cui i partecipanti sono stati comunque coinvolti nel progetto sebbene non avessero raggiunto il punteggio minimo nel MMSE. L'inclusione è stata permessa perché la valutazione globale di questi individui nell'ambito del MMSE era stata chiaramente compromessa da disabilità fisiche associate a ictus (ad esempio, perdita della parola, incapacità di scrivere) piuttosto che da una limitata funzione cognitiva. Dopo essere stati accettati, questi individui sono stati randomizzati come gli altri partecipanti.

in ambito residenziale; questo al fine di assicurare, tra i due livelli di assistenza, una distribuzione bilanciata nei due gruppi. Le sessioni di valutazione iniziale e di follow-up sono state realizzate utilizzando test e questionari con carta e penna, che sono stati somministrati verbalmente da assistenti debitamente formati. Il comitato etico dell'Università di Exeter ha approvato lo studio.

**Il pacchetto.** Il pacchetto EASY PC ha previsto l'installazione di un pc con schermo touch e tastiera nel domicilio dei partecipanti, nonché della necessaria infrastruttura per l'accesso a internet a banda larga. I partecipanti potevano tenere questo computer per un periodo di 12 mesi, incluso il periodo di formazione di tre mesi. Ai partecipanti che hanno ricevuto la formazione, è stato assegnato un Care Technologist<sup>9</sup>, dipendente dell'ente di cura, specificamente formato per erogare il pacchetto formativo EASY PC. Ciascun Care Technologist ha erogato lo stesso pacchetto formativo al fine di assicurare coerenza nella formazione. Il pacchetto è stato modificato solo in minima parte, caso per caso, sulla base delle necessità dei singoli partecipanti.

**La formazione.** Il programma di formazione ha avuto la durata di tre mesi. Per assicurare un'ampia coerenza dell'esperienza tra tutti gli individui, il piano formativo è stato inserito in un manuale (Haslam e Morton, 2013a) e tre Care Technologist (tutti assistenti sociali specializzati e dipendenti di Somerset Care) sono stati formati per erogarlo. Il piano è stato suddiviso su tre mesi, con intensità di formazione decrescente nel tempo. Il primo mese è stato quello più intenso, e ha coinvolto sessioni di formazione faccia a faccia (tre a settimana, di quattro ore ciascuna) riguardanti l'uso del computer, e poi progressivamente le specifiche applicazioni (posta elettronica, Skype, Facebook e le altre risorse di internet). Inoltre, nel corso delle sessioni i partecipanti sono stati aiutati a riempire un album sulla loro vita personale, contenente materiali (ad esempio, fotografie, musica, video, famiglia ed esperienze lavorative) che potevano essere condivisi con le community online per consolidare l'apprendimento fra una sessione formativa e l'altra. Ai partecipanti sono stati assegnati anche dei compiti da svolgere a casa al fine di sedimentare il loro apprendimento fra una sessione formativa e l'altra (essi consistevano, ad esempio, nell'invio di email ai formatori). Durante il secondo mese di formazione, il contatto faccia a faccia è stato ridotto a sessioni bimensili, e completato da un contatto telefonico o per posta elettronica al fine di monitorare il progresso e l'uso dei social network. Nel corso del terzo mese, i partecipanti sono stati incoraggiati a continuare a usare EASY PC autonomamente, con un supporto telefonico e via posta elettronica, da parte dei formatori, quando richiesto. Inoltre, ai partecipanti è stato fornito un manuale d'uso sul pacchetto EASY PC a supporto della loro formazione.

Sebbene l'obiettivo della formazione fosse, per quanto possibile, di erogare un piano standardizzato, ai Care Technologist era permessa una certa flessibilità per rispondere alle necessità e interessi dei partecipanti. Se costoro non erano interessati a un'applicazione specifica (ad esempio, Facebook), non era richiesto loro di continuare a usarla, a patto che avessero comunque ricevuto la formazione base su come utilizzarla. L'obiettivo era quello di trasmettere competenze sull'uso del pc, e più in dettaglio, sull'uso specifico dei social network, piuttosto che obbligare i partecipanti a usare programmi che non soddisfacevano i loro bisogni, né incontravano i loro interessi. Di conseguenza, mentre i partecipanti hanno ricevuto livelli simili di informazioni e attenzione nell'ambito del programma di formazione, l'uso specifico che essi facevano del pc poteva variare liberamente.

### **5.2.3 La procedura**

I partecipanti sono stati scelti dal personale di Somerset Care, che ha pubblicizzato lo studio con volantini e attraverso il passaparola a soggetti che ricevevano assistenza di tipo residenziale o domiciliare. In totale, 121 soggetti di Somerset Care hanno superato la valutazione iniziale di ammissibilità (basata sui criteri di inclusione) e hanno presentato domanda di partecipazione al progetto. I potenziali partecipanti sono stati poi contattati da un ricercatore dell'Università di Exeter, che ha predisposto delle interviste di valutazione di base individuali (prima dell'intervento). Prima di procedere alla valutazione sulla base dei parametri di dipendenza al T1, il ricercatore ha spiegato nuovamente il progetto cosicché i partecipanti fossero pienamente informati, e fosse loro chiaro sia che avrebbero potuto interrompere la loro partecipazione in ogni momento, sia che il processo di randomizzazione comportava la possibilità che non avrebbero ricevuto il pc e la formazione. Se i partecipanti si mostravano ancora convinti a partecipare, venivano registrati i dettagli di natura demografica, e venivano eseguite tutte

<sup>9</sup> Il Care Technologist è un assistente sociale adeguatamente formato per trasferire competenze di natura informatica ad utenti vulnerabili (es.: anziani).

le valutazioni primarie e secondarie. Gran parte delle sessioni ha avuto una durata compresa tra l'una e le due ore, a seconda di ciascun individuo, e si è prestata attenzione a qualsiasi stato di sofferenza o disagio emerso nel corso dell'intervista con l'introduzione di brevi pause o spuntini per il partecipante.

Successivamente all'intervista al T1 (spiegata in dettaglio di seguito), i partecipanti sono stati suddivisi a caso in due gruppi di uguale grandezza (il gruppo di coloro che avrebbero ricevuto l'intervento formativo, e il gruppo di coloro che avrebbero continuato a ricevere l'assistenza usuale) all'interno di ciascun contesto di assistenza (a domicilio o residenziale). L'attribuzione all'uno o all'altro gruppo è avvenuta, ogni mese, per tutti i partecipanti che avevano preso parte all'intervista iniziale dopo che il precedente round di attribuzione si era concluso e si è avvalsa di un programma online di randomizzazione. I partecipanti inseriti nel gruppo di controllo hanno continuato a ricevere l'assistenza solita, e sono stati informati del fatto che nel periodo intermedio non dovevano fare nulla per il progetto. Sono stati inviati loro dei piccoli regali (ad esempio, una penna goffrata dell'Università di Exeter, un segnalibro o un portachiavi) e una lettera che esprimeva gratitudine per il loro continuo coinvolgimento e il loro valore ai fini del progetto, nonché per invitarli a partecipare a un'intervista di follow-up dopo tre mesi. Sono stati anche informati che, dopo aver preso parte alla seconda intervista, avrebbero partecipato a un concorso a estrazione, per vincere uno dei due computer EASY PC messi in palio come incentivo a continuare a partecipare al progetto. Coloro che erano stati inseriti nel gruppo sperimentale, hanno ricevuto un pc e una connessione a banda larga, ed è stato loro assegnato un Care Technologist, il quale ha erogato il pacchetto formativo (si veda sopra).

Una volta completato il programma di formazione EASY PC o, nel caso del gruppo di controllo, dopo un periodo di tre mesi di assistenza come d'abitudine, un ricercatore dell'Università di Exeter ha organizzato la valutazione di follow-up. Sebbene la seconda valutazione dovesse svolgersi poco dopo la fine del periodo di tre mesi, per alcuni partecipanti il periodo intermedio è stato più lungo a causa di problemi di salute o di ritardi/difficoltà nella formazione. Una volta che tutti i parametri primari e secondari sono stati somministrati al T2, i partecipanti sono stati informati che il loro coinvolgimento nel progetto era giunto a termine, e sono stati nuovamente ringraziati.

#### 5.2.4 Le misure

I parametri sono stati applicati durante le sessioni di valutazione con i partecipanti al Tempo 1 (T1: fase iniziale) e al Tempo 2 (T2: fase di follow-up). Dopo la registrazione dei dati demografici al T1 (ad esempio, età, sesso, storia clinica, durata temporale dell'assistenza), ai partecipanti è stato chiesto di completare diversi test, nonché di rispondere a una serie di domande sia al T1 sia al T2 (per tutti i dettagli si veda Haslam e Morton, 2013b).

**Salute cognitiva e mentale.** La capacità cognitiva generale è stata misurata utilizzando l'Addenbrookes Cognitive Examination Revised (ACE-R; Mioshi *et al.*, 2006), che valuta le capacità nelle seguenti aree: attenzione/orientamento, memoria, scioltezza verbale, linguaggio e abilità visivo-spaziale. I punteggi ottenuti in ciascuna di queste aree sono stati sommati per fornire un punteggio totale su 100, con i punteggi più alti a indicare una più elevata capacità.

Lo stato di salute mentale è stato valutato attraverso un ventaglio di indicatori. La versione a 12 punti del General Health Questionnaire (GHQ-12; Goldberg e Williams, 1978) ha valutato le percezioni generali della salute mentale. Su una scala da 1 a 4, i partecipanti hanno indicato la frequenza (ad esempio, 1 = affatto, 2 = non più del solito, 3 = più del solito, 4 = molto più del solito) e la misura in cui hanno provato una serie di sintomi relativi alla salute mentale (ad esempio, "recentemente, hai avuto la sensazione di... fornire un contributo utile" oppure "... di essere costantemente sotto pressione"). Punteggi più alti su questi parametri indicano sintomi negativi di salute mentale più frequenti.

Ai partecipanti è stato anche richiesto di completare gli otto punti della CES Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977), sulla base della quale essi dovevano indicare, su una scala da 1 a 4, la frequenza con cui hanno provato una serie di sintomi da depressione nella settimana precedente (ad esempio, "mi sono sentito triste", "non sono riuscito ad andare avanti"; 1 = mai, 2 = a volte o per un po' di tempo, 3 = occasionalmente o per una parte di tempo non troppo lunga, 4 = per la maggior parte del, o per tutto il tempo). Lo stato di agitazione è stato misurato utilizzando il Geriatric Anxiety Inventory – Short form (GAI-SF; Byrne e Pachana, 2011). Ai partecipanti è stato chiesto di indicare se concordavano o meno sull'aver provato, nella settimana precedente, cinque sintomi di ansia (ad esempio, "mi preoccupa per

gran parte del tempo”, “poche cose mi riguardano”). A queste scale è stato attribuito un punteggio sulla base dei criteri standard (i punteggi più alti indicano uno stato più elevato di depressione e ansia).

Il benessere generale è stato indicizzato utilizzando 4 parametri aggiuntivi. Il primo di questi, la Scala di soddisfazione nella vita (Diener, 1985), ricomprende cinque punti (ad esempio, “per molti aspetti la mia vita è quasi ideale”, “le mie condizioni di vita sono eccellenti”), cui i partecipanti hanno risposto su una scala da 1 a 5 (1 = non concordo affatto, 5 = concordo in pieno). Inoltre, sono state valutate le scale secondarie di *autonomia e competenza* provenienti dal questionario di misurazione del soddisfacimento delle necessità di base (Gagne, 2003; la terza necessità di base riguardante il grado di correlazione non è stata misurata dato che veniva considerata altrove). Questo parametro includeva tre affermazioni (ad esempio, “in generale, mi sento libero di esprimere le mie idee e opinioni”, “spesso non mi sento molto competente”), in riferimento alle quali i partecipanti hanno indicato quanto ciascuna fosse vera nel loro caso (1 = per niente vera, 5 = pienamente vera). La solitudine soggettiva è stata valutata utilizzando otto punti della UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996). Ai partecipanti è stato richiesto di indicare quanto spesso ciascuna affermazione (ad esempio, “quanto spesso senti che ti manca la compagnia?”) corrispondesse al loro caso, sulla base di una scala da 1 a 4 (1 = mai, 4 = sempre). A queste scale è stato attribuito un punteggio seguendo le linee guida standard: i punteggi più alti indicano un più alto grado di soddisfazione nella vita, percezioni più forti della propria competenza e autonomia, e una maggiore solitudine percepita.

**Relazioni sociali.** Differenti scale sono state usate per indicizzare la natura e la qualità delle relazioni sociali dei partecipanti. La scala di *diversità della rete sociale* (Cohen *et al.*, 1997) ha valutato quanto i partecipanti erano attivi nella loro rete sociale. Più nello specifico, ai partecipanti è stato chiesto di dichiarare, in riferimento a ciascuna delle dieci diverse tipologie di persone (ad esempio, coniuge, figli, nipoti, altri membri della famiglia, amici, vicini, persone all’interno della mia comunità locale), se avevano avuto contatti con esse almeno una volta ogni due settimane. La rete sociale è tanto più diversificata (o attiva) quanto più significativo è il numero di tipologie di persone con le quali il partecipante ha avuto contatti. Separatamente, i partecipanti hanno indicato il loro grado di soddisfazione rispetto alla quantità di contatti che essi hanno intrattenuto con ciascuna di queste dieci categorie (1 = per nulla soddisfatto, 5 = molto soddisfatto). Da queste risposte è stato estrapolato un valore medio per fornire un indice generale del grado di soddisfazione riguardo la propria attività relazionale a livello sociale.

Ai partecipanti è stato poi chiesto di fare una lista dei gruppi ai quali appartenevano o con cui avevano contatti (sulla base di Haslam *et al.*, 2008). “Gruppi” è una definizione molto ampia che include piccoli gruppi di interazione, gruppi in riferimento ai quali i partecipanti avevano una qualche forma ufficiale di appartenenza, o gruppi più diffusi di cui si sentivano parte. Dopo aver elencato fino a sei gruppi di appartenenza, i partecipanti hanno dato un punteggio in base all’importanza che essi avevano per loro (1 = affatto importante, 5 = molto importante) e il livello di corrispondenza tra l’appartenenza a ciascun gruppo e la rete sociale più ampia (1 = per niente, 5 = moltissimo). Per facilitare le risposte alla seconda domanda, è stata fornita una definizione di “corrispondenza”: si parla di alta corrispondenza quando i gruppi sono simili o complementari; siamo in presenza di una bassa corrispondenza quando invece i gruppi sono molto diversi o non collegati l’uno all’altro. A partire da queste risposte, si è proceduto con il calcolo del numero dei gruppi elencati (fino a sei), dell’importanza complessiva di questi gruppi (in media), e della corrispondenza complessiva delle appartenenze a un gruppo (in media).

Conformemente alle ricerche passate in questo ambito, si sono anche valutate le percezioni del *grado di identità personale*. Questo ha comportato l’uso di sei quesiti, adattati dalla scala che misura l’autostima, elaborata da Campbell *et al.* (1996), e da una scala che misura il grado di identità personale, elaborata da Baray *et al.* (2009). Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere a sei affermazioni (ad esempio, “ho delle convinzioni forti”, “so cosa voglio dalla vita”, “ho ben chiaro chi e cosa sono”) su una scala da 1 a 5 (1 = affatto vero, 5 = pienamente vero). Le risposte a questi quesiti sono state calcolate in media e i punteggi più alti indicano una più forte considerazione di sé.

**Atteggiamento verso il computer e uso dello stesso.** L’uso del computer e l’atteggiamento verso il pc sono stati misurati. La regolarità e la durata dell’uso del pc sono state misurate su una scala da 1 a 5, con i punteggi più alti a indicare una maggiore regolarità e durata dell’uso. L’uso del computer è stato anche indicizzato misurando la frequenza con cui i partecipanti usavano il computer per scopi specifici (ad esempio, per guardare le foto, per svago, per comunicare con le persone), su una scala da 1 (mai) a 5 (spesso). L’atteggiamento generale verso l’uso del pc è stato valutato utilizzando tredici quesiti tratti dal questionario originariamente elaborato da Jay and Willis (1992) (ad esempio, “mi sento a mio agio con il computer”, “i computer possono rendere la mia vita più semplice”, “penso di poter

imparare a usare il computer"). Le risposte a ciascun quesito sono state date utilizzando una scala da 1 a 5 (1 = non concordo affatto, 5 = concordo in pieno).

L'intervista di follow-up al T2 ha replicato tutti i parametri descritti qui sopra. Inoltre, ai partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale sono state poste ulteriori domande sulle loro esperienze di formazione. Nello specifico, è stato chiesto di fornire una valutazione della formazione stessa (tre quesiti; ad esempio, "come hai trovato il programma della formazione che hai ricevuto?", 1 = troppo lento, 3 = appropriato, 5 = troppo veloce), della qualità delle relazioni con il proprio formatore (quattro quesiti; ad esempio "cosa ne pensi della qualità della tua interazione con i formatori durante tutto il corso?", 1 = molto negativa, 3 = neutra/non so, 5 = molto positiva), e sulla loro percezione di essere in relazione con altre persone nel gruppo (tre quesiti; ad esempio "in quale misura la partecipazione a questa attività di formazione ti ha fatto sentire parte di un gruppo più ampio di persone che fanno qualcosa insieme?", 1 = affatto, 3 = non so, 5 = molto).

## 5.3 Conclusioni dell'intervento condotto nel Regno Unito

### 5.3.1 Le verifiche iniziali

Prima di testare le ipotesi chiave, abbiamo innanzitutto messo a confronto il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo nello scenario di riferimento (in altre parole, Tempo 1) al fine di verificare se la randomizzazione era stata condotta con successo. Una serie di test t ha confermato che non vi erano differenze significative tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, su nessuna delle variabili valutate nella fase iniziale,  $t < 1.83$ ,  $p > .07$ . Inoltre, non è emersa alcuna prova dell'esistenza di differenze significative tra i due gruppi in termini di età,  $t < 1$ ,  $p = .85$ , o di genere  $\chi^2 = .30$ ,  $p = .67$ . Stando a questi dati, la procedura iniziale di randomizzazione è risultata essere stata condotta correttamente.

Come notato sopra, tuttavia, abbandoni dovuti a cattive condizioni di salute, decesso o mancanza di interesse a continuare a partecipare al progetto hanno rappresentato un problema (già messo in conto) al Tempo 2. Per verificare se questo abbandono fosse sistematico, e perciò rappresentasse una potenziale fonte di errore, abbiamo condotto un'analisi dei casi di abbandono che ha messo a confronto coloro che hanno lasciato la sperimentazione con coloro che hanno partecipato fino alla fine; tale analisi è stata effettuata sulle variabili chiave di interesse nella fase iniziale. Una serie di test t non ha rivelato differenze significative nella fase iniziale tra coloro che hanno continuato a partecipare al progetto, e coloro che hanno interrotto la partecipazione,  $t < 1.39$ ,  $p > .17$ ; alle stesse conclusioni hanno condotto i test aggiuntivi eseguiti all'interno di ciascun sottocampione del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo,  $t < 1.75$ ,  $p > .09$ . Infine, non sono emerse indicazioni di una differenza significativa, in termini di frequenza dell'abbandono, tra i due gruppi,  $\chi^2 = 1.50$ ,  $p = .22$ . Quindi, sebbene vi fosse un numero significativo di persone che hanno abbandonato il progetto prima del Tempo 2, gli schemi di abbandono non erano sistematici e perciò non hanno compromesso l'attribuzione casuale dei partecipanti a uno dei due gruppi. Per questi motivi, è possibile considerare i due gruppi come equivalenti nello scenario di riferimento, e interpretare qualsiasi effetto della formazione che emerga dalle analisi successive come derivante dalla formazione stessa piuttosto che da differenze pregresse tra i partecipanti inseriti nei due gruppi.

Infine, abbiamo anche analizzato la presenza di eventuali differenze nello scenario di riferimento tra i partecipanti scelti nell'ambito del sistema di assistenza residenziale rispetto a quelli scelti nell'ambito del sistema di assistenza a domicilio. In linea con quanto ci si sarebbe potuti aspettare, i partecipanti che ricevevano un'assistenza di tipo residenziale erano significativamente più anziani di coloro che vivevano nella propria casa,  $t = 2.04$ ,  $p = .045$ , e hanno avuto un risultato peggiore sull'ACE-R,  $t = -2.87$ ,  $p = .005$ . Inoltre, costoro si sentivano meno autonomi,  $t = -2.17$ ,  $p = .03$ , leggermente meno competenti,  $t = -1.91$ ,  $p = .06$ , e sono risultati avere una rete sociale meno diversificata,  $p = -5.40$ ,  $t < .001$ . Tuttavia, i partecipanti provenienti dalle case di riposo hanno dichiarato di appartenere a più gruppi,  $t = 2.16$ ,  $p = .03$ , e hanno mostrato meno segni di depressione,  $t = -2.12$ ,  $p = .04$ , rispetto ai partecipanti che vivevano nella loro casa. Tra questi gruppi non sono state rilevate altre differenze significative di partenza, i cui parametri rimangono  $|t| < 1.33$ ,  $p > .19$ . Contrariamente alle aspettative poi, non è emersa alcuna prova chiara che i partecipanti che ricevevano assistenza a domicilio fossero esposti a un rischio più significativo di isolamento sociale. Al contrario, il grado in cui ciò appariva evidente dipendeva dal parametro di misurazione dell'isolamento (basato sul gruppo o riguardante le interconnessioni perso-

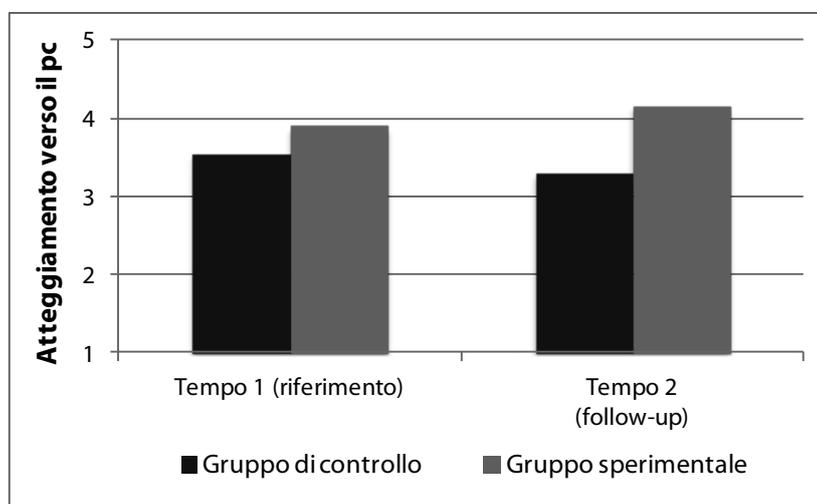
nali), e ciascun gruppo ha mostrato le proprie carenze in termini di salute mentale e cognitiva. Tuttavia, vale la pena notare che molte delle differenze evidenti tra i due gruppi si sono ridotte quando è stato tenuto conto della differenza d'età, a eccezione delle differenze a livello di diversità della rete sociale e autonomia percepita, che sono rimaste significative anche dopo aver tenuto conto dell'età.

### 5.3.2 Gli effetti dell'intervento sugli obiettivi immediati

Le verifiche di cui sopra confermano che si possono trattare i dati come sperimentali: non si evidenziano differenze di partenza tra i gruppi, e l'abbandono non si è rivelato selettivo a livello delle variabili chiave di interesse. Assodato ciò, il nostro interesse principale era il grado in cui l'intervento incideva sulle variabili che era più immediato aspettarsi – in altre parole, il grado in cui l'intervento incideva le variabili su cui si concentrava la formazione.

Data la forma dell'intervento, l'impatto atteso più immediato era quello sul miglioramento dell'atteggiamento verso il computer. Per verificare questa supposizione, è stata eseguita un'analisi combinata di varianza con un approccio 2 (condizione: sperimentale o di controllo) x 2 (popolazione: residente nelle case di riposo o residente nel proprio domicilio) x 2 (tempo: 1 o 2) sull'atteggiamento verso il computer. Questo ha rivelato un significativo effetto della condizione,  $F(1, 70) = 18.79, p = .001, h^2_p = .21$ , che è stato influenzato da una significativa interazione con il fattore tempo,  $F(1, 70) = 6.24, p = .02, h^2_p = .08$ . I test di follow-up hanno confermato che, sebbene ci fosse già una piccola differenza tra i due gruppi al Tempo 1,  $F(1, 70) = 5.68, p = .02, h^2_p = .08$ , essa non era significativamente più ampia al Tempo 2,  $F(1, 70) = 19.11, p < .001, h^2_p = .21$ . Inoltre, i partecipanti che hanno ricevuto la formazione hanno mostrato un forte miglioramento del proprio atteggiamento verso computer nel tempo,  $F(1, 70) = 3.83, p = .054, h^2_p = .05$ , mentre l'atteggiamento di coloro che facevano parte del gruppo di controllo non è cambiato nel tempo,  $F(1, 70) = 2.59, p = .11, h^2_p = .04$  (Figura 3).<sup>10</sup>

**Figura 3. Atteggiamento positivo verso il computer all'interno del gruppo di controllo e del gruppo sperimentale nel corso del tempo**



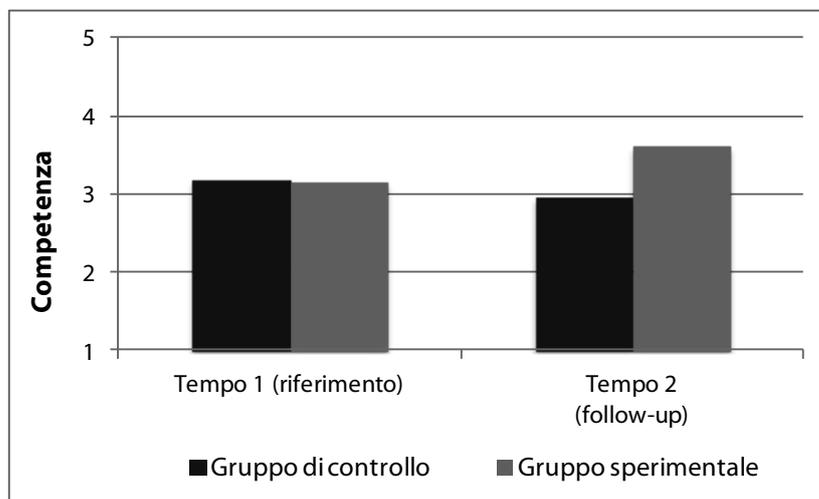
Inaspettatamente, si è verificato anche un effetto significativo del gruppo di popolazione,  $F(1, 70) = 4.30, p = .04, \eta^2_p = .06$ , e un'interazione importante tra la condizione e il gruppo di popolazione,  $F(1, 70) = 6.11, p = .02, \eta^2_p = .08$ . Le verifiche di follow-up di questa interazione hanno rilevato una differenza significativa dei comportamenti fra i due gruppi di partecipanti che ricevevano assistenza residenziale,  $F(1, 70) = 20.23, p < .001, \eta^2_p = .22$ , ma non fra i due gruppi di partecipanti che ricevevano assistenza domiciliare,  $F(1, 70) = 2.03, p = .16, \eta^2_p = .03$ . I partecipanti destinatari di assistenza residenziale, che hanno preso parte alla formazione, hanno mostrato atteggiamenti significativamente più positivi rispetto a

<sup>10</sup> La significatività della condizione di intervento al Tempo 1 riflette gli effetti del divario nel tasso di abbandono. Sebbene questo possa suggerire che gli effetti al Tempo 2 ne siano il riflesso, le analisi supplementari hanno confermato l'effetto della formazione sulle attitudini al Tempo 2, che tengono conto delle differenze esistenti al Tempo 1,  $F(1, 69) = 13.33, p = .001$ .

coloro che non vi hanno partecipato. Sebbene l'interazione 3 way non fosse significativa, ulteriori indagini hanno rivelato che l'interazione "condizione x tempo" descritta sopra, era più evidente fra i destinatari di assistenza residenziale  $F(1, 29) = 3.83, p = .06, \eta^2_p = .12$ , piuttosto che tra i destinatari di assistenza domiciliare,  $F(1, 41) = 1.92, p = .17, \eta^2_p = .05$ . Quindi, l'intervento ha apportato un miglioramento nell'atteggiamento verso il computer, ma soprattutto fra coloro che vivevano nelle case di riposo.

L'impatto immediato dell'intervento è apparso evidente anche sulle percezioni soggettive della competenza. L'analisi eseguita su questo parametro ha poi mostrato un effetto significativo della condizione,  $F(1, 70) = 4.72, p = .03, \eta^2_p = .06$ , e una forte interazione "condizione x tempo",  $F(1, 70) = 9.52, p = .003, \eta^2_p = .12$ . Su questo parametro, sebbene non vi fossero differenze di partenza tra i gruppi al Tempo 1,  $F < 1$ , al Tempo 2 il gruppo inserito nel percorso formativo ha provato percezioni sensibilmente maggiori di competenza rispetto al gruppo di controllo,  $F(1, 70) = 10.86, p = .002, \eta^2_p = .13$ . Inoltre, i partecipanti inseriti nel percorso formativo hanno dichiarato di avere una percezione sensibilmente migliore della propria competenza nel tempo,  $F(1, 70) = 9.52, p = .003, \eta^2_p = .12$ , mentre la percezione della propria competenza da parte dei partecipanti al gruppo di controllo non è cambiata,  $F(1, 70) = 1.91, p = .17, \eta^2_p = .03$ . Nell'analisi, non sono stati riscontrati ulteriori effetti principali o di interazione delle variabili,  $F_s < 2.24, p_s > .13$ .

**Figura 4. Percezione della propria competenza nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**

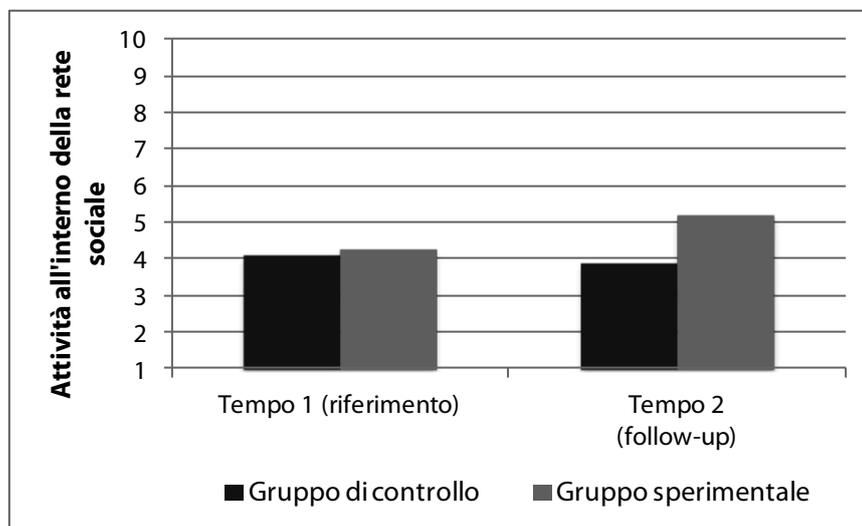


Degno di nota è il fatto che questo schema era limitato alla percezione della competenza piuttosto che dell'autonomia. Su questa seconda variabile vi era un effetto del gruppo di popolazione, già descritto nelle verifiche iniziali,  $F(1, 70) = 8.29, p = .005, h^2_p = .11$ ; una differenza, questa, che era più visibile nel gruppo di controllo piuttosto che in quello sperimentale, come prova l'interazione significativa "condizione x gruppo",  $F(1, 70) = 4.55, p = .04, h^2_p = .06$ . Tuttavia, questa interazione non cambia in base al tempo in cui viene condotta la misurazione,  $F < 1$ , e ciò indica che essa era ugualmente evidente sia al Tempo 1 che al Tempo 2. Come tale, questo schema peculiare dovrebbe essere interpretato con cautela.

Infine, lo schema atteso era evidente anche in riferimento al parametro della diversità della rete sociale. L'analisi di questa variabile ha ancora una volta rivelato un effetto (debole) della condizione,  $F(1, 71) = 3.01, p = .09, h^2_p = .04$ , che è stato influenzato da un'interazione significativa "condizione x tempo",  $F(1, 71) = 5.05, p = .03, h^2_p = .07$ . In linea con lo schema che emerge dalle variabili precedenti, sebbene non vi fossero differenze tra i due gruppi al Tempo 1,  $F < 1$ , al Tempo 2 vi era una differenza importante,  $F(1, 71) = 7.88, p = .006, h^2_p = .10$ . I partecipanti all'azione formativa hanno mostrato un'attività all'interno della rete sociale significativamente accresciuta nel corso del tempo,  $F(1, 71) = 7.91, p = .006, h^2_p = .10$ , mentre la medesima attività dei partecipanti inseriti nel gruppo di controllo non è cambiata nel tempo,  $F < 1$ . Al di fuori di una differenza importante tra i destinatari di assistenza residenziale e i destinatari di assistenza domiciliare,  $F(1, 71) = 34.74, p < .001, h^2_p = .33$ , (i secondi hanno mostrato di essere inseriti in reti sociali più estese rispetto ai primi), non si sono evidenziati altri effetti su questa variabile,  $F_s < 2.12, p_s > .14$ . A questo punto è interessante notare che l'effetto della formazione sugli indicatori delle relazioni sociali era limitato al parametro della diversità della rete piuttosto che del grado di soddisfazione verso le relazioni sociali, per entrambe le condizioni  $F_s < 1.32, p_s > .26$ , e non si estendeva al numero

delle varie appartenenze ai gruppi, per entrambe le condizioni  $F_s < 1$ , all'importanza del gruppo, per tutte le condizioni  $F_s < 2.44$ ,  $p_s > .12$ , o al grado di corrispondenza del gruppo, per entrambe le condizioni  $F_s < 1.28$ ,  $p_s > .26$ .<sup>11</sup>

**Figura 5. Attività nell'ambito della propria rete sociale nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**



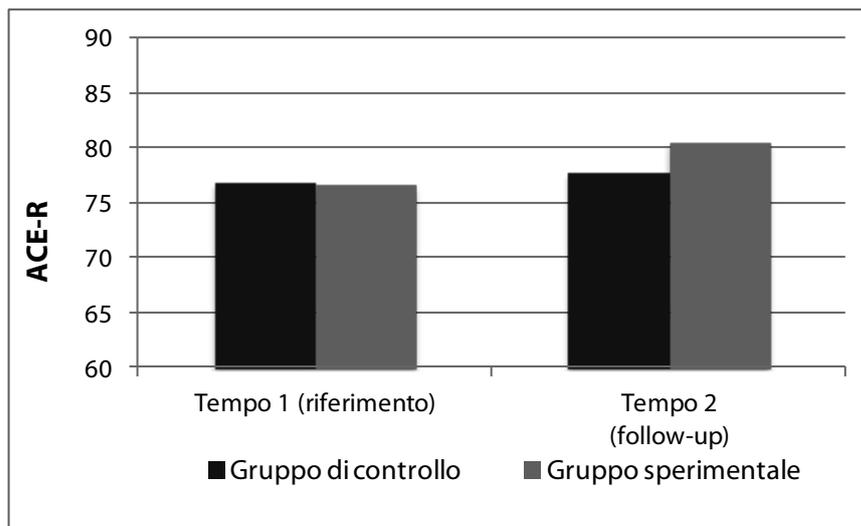
*Riepilogo.* Sulla base delle analisi riportate sopra, possiamo affermare che esistono dati concreti che dimostrano che l'intervento ha raggiunto ciò per cui era stato ideato: nel corso del tempo, i partecipanti che hanno ricevuto la formazione hanno sviluppato un atteggiamento più positivo verso il computer, si sono sentiti più competenti come persone, e sono stati coinvolti in modo più attivo nella loro rete sociale rispetto a coloro che non sono stati inseriti nel percorso formativo. Alla luce dei dati concreti presentati sopra, in base ai quali l'intervento "ha funzionato" perlomeno su quelle variabili su cui avrebbe dovuto avere un impatto più forte vista la natura dell'attività formativa, è interessante chiedersi se vi sono state eventuali conseguenze più profonde dell'intervento in termini di salute cognitiva e mentale, sia in modo diretto sia come risultato dei processi innescati dall'intervento stesso (in altre parole, le percezioni della competenza e dell'attività sociale). Affronteremo ciascuna di queste domande nelle prossime sezioni.

### 5.3.3 Gli effetti diretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale

*Salute cognitiva.* Per esaminare l'impatto diretto dell'intervento sulla salute cognitiva, abbiamo eseguito l'analisi descritta sui punteggi ACE-R dei partecipanti. A parte la differenza significativa, di cui si è già parlato, tra i partecipanti che vivono nelle case di riposo e i partecipanti che vivono all'interno della propria comunità,  $F(1, 72) = 11.80$ ,  $p = .001$ ,  $\eta_p^2 = .14$ , il solo altro effetto importante riguardava il tempo,  $F(1, 72) = 6.74$ ,  $p = .01$ ,  $\eta_p^2 = .09$ , e indicava che il risultato ottenuto nella valutazione cognitiva *migliora* nella verifica di follow-up rispetto alla verifica iniziale. Sebbene l'interazione con il fattore tempo non abbia raggiunto un valore significativo,  $F(1, 72) = 2.56$ ,  $p = .11$ ,  $\eta_p^2 = .03$ , data l'aspettativa generale di un declino cognitivo in questa fetta di popolazione, e data la natura inusuale del miglioramento, abbiamo analizzato più nel dettaglio l'effetto evidente del fattore tempo. Le verifiche di follow-up hanno rivelato che l'effetto significativo del fattore tempo era limitato al gruppo inserito nel percorso formativo,  $F(1, 72) = 10.34$ ,  $p = .002$ ,  $\eta_p^2 = .13$ , e tale effetto non era affatto significativo nel gruppo di controllo,  $F < 1$ . Tutti gli altri effetti erano trascurabili,  $F_s < 1$ .

<sup>11</sup> Vi sono stati alcuni effetti che hanno riguardato il gruppo di appartenenza dei partecipanti (destinatari di assistenza di tipo residenziale o destinatari di assistenza di tipo domiciliare) e il fattore tempo su questi parametri. Tuttavia, poiché essi non sono di primaria importanza ai fini delle attuali analisi non hanno interagito con la condizione sperimentale, non vengono riportati in dettaglio in questa sede.

**Figura 6. Capacità cognitiva (punteggi ACE-R) nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**



*Salute mentale.* Per analizzare le possibili conseguenze dell'intervento sulla salute mentale, abbiamo esaminato i punteggi sulle seguenti scale: UCLA loneliness, CES-D, GAI, GHQ e SWL. Gli unici effetti che sono emersi da queste analisi sono un debole effetto della formazione sulla scala CES-D (depressione),  $F(1, 72) = 3.36, p = .07, \eta^2_p = .05$ , e un effetto importante sui punteggi GHQ,  $F(1, 72) = 5.10, p = .03, \eta^2_p = .07$ , che indica che i partecipanti al percorso formativo hanno avuto un benessere leggermente maggiore rispetto ai partecipanti al gruppo di controllo. Tuttavia, questi effetti non dipendono dal momento in cui è stata effettuata la misurazione, e pertanto difficilmente possono essere interpretati specificamente come causati dall'attività formativa. Non sono stati riscontrati effetti principali o di interazione delle variabili su nessuno di questi parametri.

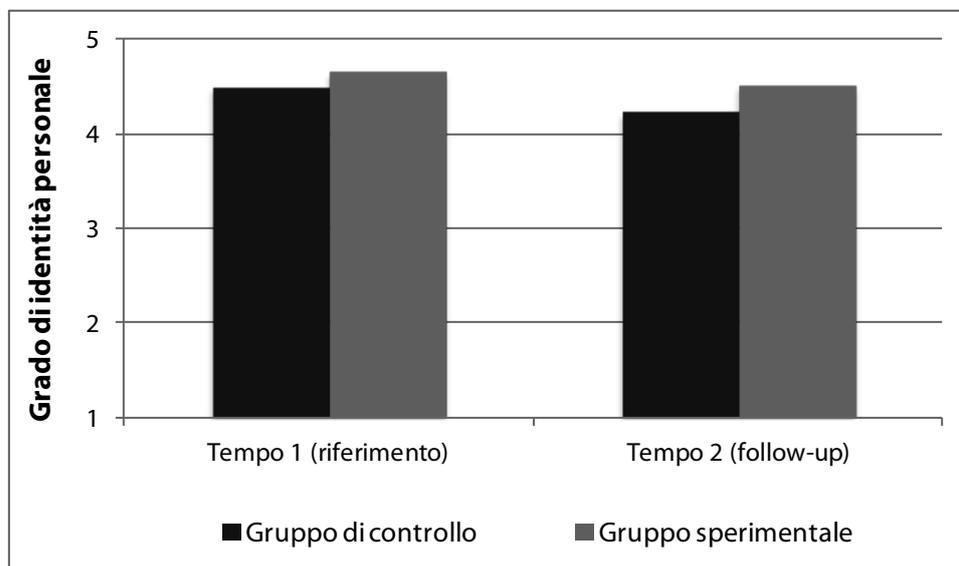
*Risultati ulteriori.* Oltre ai parametri della salute mentale individuale, si è fatto ricorso a vari parametri relativi alla concezione della propria personalità. Questi includono le percezioni della competenza e dell'autonomia, ritenute essenziali per una corretta autoanalisi di questi parametri. Le analisi di questi parametri sono già state discusse, e forniscono prova del fatto che il bisogno basilare di possedere competenze è stato soddisfatto maggiormente nel gruppo sperimentale.

Abbiamo anche valutato il grado di identità personale, i cui parametri sono stati messi in relazione con una corretta concezione della propria personalità (Campbell *et al.*, 1996), e si sono rivelati un'importante variabile mediatrice nei precedenti studi che hanno analizzato l'impatto dei processi sociali sulle condizioni di salute e di benessere tra gli anziani (ad esempio, Jetten *et al.*, 2010; Jones *et al.*, 2011). L'analisi di questa variabile ha rivelato un effetto significativo della condizione,  $F(1, 71) = 4.06, p = .05, \eta^2_p = .05$ , che indica che i partecipanti del gruppo sperimentale, rispetto a quelli del gruppo di controllo, avevano una maggiore coscienza del proprio io. È stato rilevato anche un effetto importante del fattore tempo,  $F(1, 71) = 10.53, p = .002, \eta^2_p = .13$ , che indica che il grado di identità personale è scemato nel tempo, come ci si potrebbe aspettare in una popolazione che invecchia sempre di più. Un'interazione significativa "tempo x popolazione",  $F(1, 71) = 6.22, p = .02, \eta^2_p = .08$ , indica che questo declino è evidente solo tra i partecipanti residenti nelle case di riposo,  $F(1, 71) = 14.17, p < .001, \eta^2_p = .17$ , piuttosto che tra i partecipanti residenti nella propria casa,  $F < 1$ .

Sebbene nessun altro effetto fosse significativo, abbiamo comunque sondato ulteriormente gli effetti della condizione e del fattore tempo. Questo ha mostrato che l'evidente diminuzione del grado di identità personale era limitata al gruppo di controllo,  $F(1, 71) = 8.47, p = .005, \eta^2_p = .11$ , e non era altrettanto evidente nel gruppo sperimentale,  $F(1, 71) = 2.56, p = .11, \eta^2_p = .04$ . Inoltre, questo declino accelerato ha portato a una differenza rilevante tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo al Tempo 2,  $F(1, 71) = 4.23, p = .04, \eta^2_p = .06$ , che non era evidente al Tempo 1  $F(1, 71) = 1.92, p = .17, \eta^2_p = .03$ . Infine, questo schema era particolarmente evidente tra i partecipanti destinatari di assistenza residenziale piuttosto che tra i destinatari di assistenza a domicilio. Tra i primi, il declino era palese soprattutto nel gruppo di controllo,  $F(1, 71) = 12.61, p = .001, \eta^2_p = .15$ , rispetto al gruppo sperimentale,  $F(1, 71) = 2.85, p = .10, \eta^2_p = .04$ . Tra i secondi, non vi era prova di un declino nel corso del tempo in nessuno dei

due gruppi,  $F_s < 1$ . Quindi, su questo parametro, la partecipazione all'azione formativa appare essere stata particolarmente vantaggiosa per i partecipanti residenti nelle case di riposo in quanto li ha aiutati a mantenere un senso del proprio io di fronte al declino.

**Figura 7. Grado di identità personale nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo.**

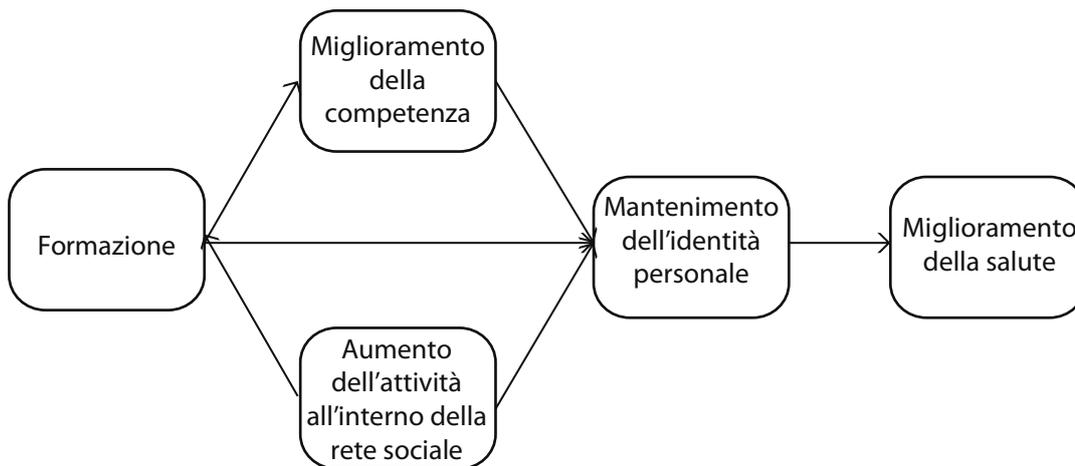


#### **5.3.4 Gli effetti indiretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale**

Le analisi descritte sopra suggeriscono l'esistenza di alcuni effetti immediati e prevedibili della formazione – la formazione ha migliorato l'atteggiamento verso il computer, ha aumentato la percezione della propria competenza e ha incrementato l'attività svolta all'interno delle reti sociali dei partecipanti. Nella misura in cui vi erano differenze a livello di popolazione, la formazione risulta aver aiutato significativamente i partecipanti più vulnerabili – coloro che risiedono nelle case di riposo – a mantenere salda la percezione della propria personalità di fronte al declino. Cosa interessante, risultata evidente tra i partecipanti all'azione formativa, è una tendenza al miglioramento piuttosto che al declino relativamente ai parametri della capacità cognitiva, sebbene non siano emersi effetti diretti univoci dell'intervento sugli indicatori della salute mentale.

Come riportato sopra, i parametri riguardanti la personalità – inclusa la competenza e il grado di identità personale – sono particolarmente interessanti poiché si riferiscono a bisogni psicologici di base e sono stati utilizzati, negli studi precedenti, come variabili mediatrici dei risultati in termini di salute. L'evidenza di un'attività sociale in espansione è interessante per lo stesso motivo – gli studi precedenti suggeriscono che reti sociali più diversificate possono proteggere la salute cognitiva e fisica dal declino o dall'insorgere di patologie. Acquisiti questi precedenti, si analizza anche la possibilità di effetti indiretti sui risultati in termini di salute cognitiva e mentale attraverso gli impatti sulla diversificazione delle reti sociali, la percezione della propria competenza e il grado di identità personale. In particolare, abbiamo messo a punto una serie di modelli PROCESS (Hayes, 2013; Model 6) nei quali il mantenimento del grado di identità personale era posto come variabile mediatrice *proxy* di qualsiasi effetto indiretto della formazione (codifica: formazione = 1, controllo = 2) sui risultati in termini di salute cognitiva e mentale nel corso del tempo (in altre parole, tenendo in considerazione il riferimento iniziale), e in cui sia l'aumento delle competenze, sia l'espansione delle reti sociali venivano impiegati (separatamente) come variabili mediatrici del nesso esistente tra formazione e identità personale (sempre tenendo in considerazione i parametri di riferimento di queste variabili mediatrici). Questo modello generale viene rappresentato graficamente nella Figura 8.

**Figura 8. Modello schematico dell'analisi degli effetti indiretti. Tutti i parametri delle variabili mediatrici e di risultato si riferiscono al Tempo 2, controllando per il Tempo 1 (i.e. rappresentano il processo di cambiamento).**



*Effetti indiretti sul miglioramento cognitivo.* Il modello di verifica delle relazioni seriali tra la formazione, l'aumento della competenza, il mantenimento del grado di identità personale, e il miglioramento dei punteggi ACER-R è significativo, come indicato dagli intervalli di confidenza del 95% per la relazione tra variabili strutturate in due fasi consecutive senza includere lo zero [95%CI<sup>12</sup> = -2.35 & -.22]. Parimenti, il modello di verifica delle relazioni seriali tra la formazione, l'espansione delle reti sociali, il mantenimento del grado di identità personale, e il miglioramento dei punteggi ACE-R è significativo, come indicato dagli intervalli del 95% per la relazione tra variabili strutturate in due fasi consecutive senza includere lo zero [95%CI = -1.39 & -.09]. Quindi, essere inseriti in un percorso formativo è stato associato a un miglioramento della funzione cognitiva nel tempo poiché ciò ha portato al miglioramento della percezione della competenza e all'espansione dell'attività all'interno della rete sociale; entrambi hanno portato poi al mantenimento dell'identità personale attraverso cui si aveva un miglioramento della capacità cognitiva.

*Effetti indiretti sulla salute mentale.* Le analisi dei punteggi CES-D (depressione) hanno rivelato una tendenza simile a quanto presentato sopra. Il modello in cui il miglioramento della competenza e il mantenimento del grado di identità personale sono stati inclusi come variabili mediatrici del nesso tra la formazione e la depressione, ha mostrato una relazione indiretta significativa mediata solo dalla competenza [95%CI = .06 & .43]. Tuttavia, il modello in cui la competenza è stata sostituita con l'attività all'interno della rete sociale ha rivelato una significativa relazione tra variabili strutturate in due fasi consecutive attraverso l'attività all'interno rete e il grado di identità personale [95%CI = .002 & .0988].

Similmente, sui punteggi GAI e GHQ, si sono palesati effetti indiretti significativi della formazione sui risultati nel corso del tempo attraverso il solo miglioramento della competenza [GAI 95%CI = .008 & .81; GHQ 95%CI = .05 & .25]. Sui punteggi GAI, la relazione tra variabili strutturate in due fasi consecutive attraverso l'attività all'interno della rete sociale e il grado di identità personale era pure significativa [95%CI = .0036 & .21], tuttavia questo non è stato il caso dei punteggi GHQ, per i quali non vi era alcun effetto indiretto né della diversificazione della rete sociale né del grado di identità personale.

Infine, per quanto riguarda i parametri del grado generale di soddisfazione nella vita e della solitudine soggettiva, vi è prova di relazioni significative tra variabili strutturate in due fasi consecutive tra la formazione e il miglioramento dei risultati nel tempo attraverso la percezione della competenza e il grado di identità personale [SWL: 95%CI = -.21 & -.02; Loneliness: 95%CI = .0011 & .16], e tra la formazione e il miglioramento dei risultati attraverso l'attività all'interno della rete sociale e il grado di identità personale [SWL 95%CI = -.21 & -.01; Loneliness 95%CI = .0005 & .11].

Quindi, sebbene non sia emersa chiaramente l'esistenza di effetti diretti della formazione su questi indicatori nel tempo (si veda sopra), vi è evidenza del fatto che la formazione potesse contribuire indirettamente al miglioramento della salute mentale, all'aumento del grado di soddisfazione nella vita, e

<sup>12</sup> Tale acronimo sta per "confidence intervals" ("intervalli di confidenza").

alla riduzione della solitudine attraverso il miglioramento della percezione della propria competenza, e separatamente attraverso l'espansione delle reti sociali personali che a loro volta sostenevano l'integrità del senso del proprio io di ciascun individuo.

### **5.3.5 L'uso del computer e le esperienze all'interno del gruppo sperimentale**

Le analisi presentate sopra confermano che appartenere al gruppo sperimentale ha comportato alcuni benefici nel corso del tempo. Appartenere a tale gruppo ha portato, in modo diretto, ad atteggiamenti più positivi verso il computer, a una migliore della percezione della propria competenza, e a un'espansione dell'attività all'interno della rete sociale. Sono emersi anche alcuni dati che hanno mostrato che la formazione ha incrementato la capacità cognitiva e impedito il peggioramento della percezione della propria personalità; quest'ultimo aspetto si è rivelato soprattutto tra i partecipanti destinatari di assistenza residenziale. Le analisi degli effetti indiretti hanno mostrato ulteriormente che il mantenimento della percezione della propria personalità: a) era una conseguenza del miglioramento della competenza personale e di un'espansione dell'attività all'interno della rete sociale, e b) insieme alla competenza e all'attività all'interno della rete sociale ha contribuito a individuare i benefici in termini di salute cognitiva e mentale nel corso del tempo. Queste tendenze suggeriscono che la formazione degli anziani sull'uso del computer per finalità di interazione sociale, avrebbe una serie di effetti positivi sulla personalità, sulla salute cognitiva e sulla salute mentale.

Come già detto quando si è parlato dei metodi, sebbene la formazione fosse stata sviluppata per assicurare che tutti i partecipanti all'azione formativa avessero esperienze analoghe – almeno per quanto riguardava le competenze insegnate durante il corso – gli individui erano liberi di seguire i loro interessi e bisogni, e di usare il computer in modo autonomo. Per capire meglio cosa i partecipanti effettivamente facessero con il loro computer, e come questo potesse relazionarsi con i benefici della formazione osservati, sono state poste, al Tempo 2, ulteriori domande ai partecipanti, riguardo le specifiche applicazioni che essi hanno trovato utili, nonché riguardo le loro opinioni e percezioni sulla formazione ricevuta. Queste informazioni di tipo descrittivo vengono riassunte in questa sezione.

Nelle interviste di follow-up condotte al Tempo 2, abbiamo posto ai partecipanti una serie di domande su quanto a lungo avessero usato il computer e quali specifici programmi e applicazioni avessero utilizzato e trovato utili. Una parte importante del campione dei partecipanti ha dichiarato di usare il computer ogni giorno (38,6%), e quasi la metà del campione ha dichiarato di utilizzare il pc almeno ogni due giorni (47,6%). Ovviamente, ciò significa che la parte restante (circa la metà) del campione usava il computer relativamente di rado (una volta a settimana o meno). Inoltre, il 52,2% del campione ha affermato di avere la tendenza a usare il pc per un lasso di tempo superiore all'ora durante ogni sessione, mentre l'altra metà per lassi di tempo più brevi. Quindi, all'interno del gruppo sperimentale, vi era una variabilità considerevole relativamente alla frequenza e alla durata di utilizzo del computer.

Ai partecipanti è stato chiesto se usassero il computer *mai, raramente, a volte, spesso, o sempre* in relazione a ciascuno degli specifici programmi e applicazioni sui cui hanno ricevuto la formazione. L'analisi delle risposte a questi quesiti ha mostrato che la posta elettronica era piuttosto usata – con il 66% dei partecipanti che la usava spesso o sempre. Anche Skype era relativamente popolare, con il 59% dei partecipanti che lo usava almeno a volte o più spesso. A confronto, Facebook è apparso essere meno popolare, con il 68% dei partecipanti che ha affermato di usarlo raramente o per nulla. Parimenti, l'82% ha dichiarato di usare il diario "Forget-Me-Not" raramente o per nulla, e infine il 77% ha affermato di usare i forum online raramente o per nulla.

L'utilità percepita di ciascuna di queste applicazioni si riflette nell'uso che se ne fa. In risposta alla domanda su quanto utile i partecipanti trovassero ciascuna di queste applicazioni (sulla scala *affatto utile, poco utile, utile in qualche modo, abbastanza utile, e molto utile*), il 60% dei partecipanti ha risposto "molto utile" in riferimento alla posta elettronica (si sale al 77% se si considerano coloro che hanno risposto "abbastanza utile"). Parimenti, appena più della metà del campione (51%) ha risposto "molto utile" riguardo a Skype (si sale al 78% se si considerano coloro che hanno risposto "abbastanza utile"). Di contro, la maggior parte dei partecipanti ha trovato completamente inutile Facebook (58%), Forget-Me-Not (62%) e i forum online (64%); solo pochissime persone hanno trovato molto utile ciascuno di essi. Quindi, globalmente, risulta evidente che la posta elettronica e Skype sono i programmi più popolari e funzionali per coloro che hanno partecipato alla formazione EASY PC – stati venendo usati regolarmente e giudicati molto utili dai partecipanti. Dall'altro lato, Facebook, Forget-Me-Not e i forum

online sono stati usati raramente e i partecipanti non li hanno trovati utili.

Inoltre, ai partecipanti è stato chiesto quanto usassero il computer da soli per una serie di scopi generali, rispondendo sulla base di una scala da 1 (mai) a 5 (sempre). Da queste informazioni si evince che i partecipanti usavano più spesso il computer per i seguenti scopi: *trovare informazioni e suggerimenti* (il 34% ha risposto “sempre”; la percentuale sale a 75% se si considerano coloro che hanno usato il computer per questo obiettivo almeno “a volte”); *svago* (ad esempio, guardare i film, giocare, ascoltare la musica; il 43% ha risposto “sempre”; la percentuale sale a 71% se si considerano coloro che hanno usato il computer per questo obiettivo almeno “a volte”); *guardare le fotografie* (75% ha usato il computer “spesso” o “sempre” per questo scopo); e *comunicare con amici o familiari* (il 66% lo ha fatto “spesso” o “sempre”). All’altro estremo dello spettro, l’uso del computer per *fare acquisti* o per *scrivere e leggere documenti* era poco comune, con il 77% e il 57%, rispettivamente, che ha dichiarato di non averlo mai usato per questi due scopi. Anche usare il computer per *incontrare nuove persone* si è rivelato poco comune, con il 73% che ha dichiarato di non averlo mai usato per questo scopo.

Abbiamo anche raccolto informazioni dai partecipanti riguardo le loro percezioni sulla formazione stessa, i loro rapporti con il formatore, e il senso di relazione con le altre persone coinvolte nel progetto, inserite nel percorso formativo. In termini di utilità della formazione, l’80% dei partecipanti ha trovato la formazione “molto utile” e solo il 4,5% l’ha trovata “per niente utile”. Inoltre, l’85% dei partecipanti ha trovato il corso “chiaro” o “molto chiaro”. Infine, l’82% ha definito il corso “adeguato” dal punto di vista della velocità (né troppo lento, né troppo veloce). Riguardo ai rapporti con i formatori, l’89% ha mostrato un atteggiamento positivo verso i rapporti con il proprio formatore, e il 52% un atteggiamento molto positivo. Infine, il 41% dei partecipanti ha dichiarato di percepire un senso di relazione con le altre persone coinvolte nel progetto, mentre gli altri hanno dichiarato di non avere tale percezione. Per riassumere, sulla base dei resoconti soggettivi, l’esperienza dei partecipanti riguardo il corso stesso è stata sicuramente positiva; in misura molto ridotta sono stati espressi pareri negativi o ambivalenti. Allo stesso modo, i rapporti con i formatori sono stati particolarmente positivi.

### 5.3.6 Feedback qualitativo

I benefici della formazione che sono emersi dall’analisi dei dati quantitativi (riportati sopra) possono essere riscontrati anche nel feedback qualitativo raccolto dai formatori, dai direttori delle case di riposo o da altri professionisti sanitari che hanno interagito con i partecipanti inseriti nel percorso formativo. Ad esempio, un professionista/dirigente sanitario ha notato:



*“[la formazione è stata] molto positiva. Coloro che vi hanno preso parte l’hanno realmente apprezzata. Non avevano idea prima di iniziare e non avrebbero mai creduto che avrebbero imparato qualcosa; ora ne sono convinti e per questo il corso è stato valido.”*

Il miglioramento della fiducia in se stessi è stato riscontrato anche dagli amici e dai familiari contattati, cui è stato richiesto di riflettere sulle proprie esperienze con l’anziano interessato durante la formazione. Ad esempio, una persona ha detto a proposito del proprio patrigno:



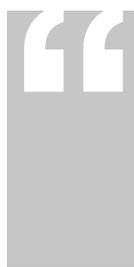
*“Ha cambiato il modo in cui parla di internet; prima era sempre stato profondamente avverso alla tecnologia.”*

Oltre alla fiducia in se stessi, i familiari e gli amici hanno anche notato i benefici della formazione sull’esercizio e l’attività della mente. Ad esempio, il partner di uno dei partecipanti al corso ha dichiarato:



*“Ha veramente apprezzato l’opportunità fornitagli, e la possibilità di avere un computer si è rivelata molto positiva dato che rappresenta una fonte di stimoli per lui, anche solo per giocare [.]. Non aveva mai usato un computer prima ed è molto difficile per lui imparare qualsiasi cosa nuova dato che la sua memoria sta peggiorando e la sua memoria di breve termine è praticamente inesistente. Tuttavia, ora sta facendo qualcosa che aveva sempre detto che non avrebbe mai fatto, e a 82 anni credo che sia meraviglioso, non credete?”*

Riflettendo sull’attenzione che il corso ha posto sui social network e sulla partecipazione sociale, molti familiari e amici hanno evidenziato i benefici in termini di coinvolgimento sociale grazie a internet:

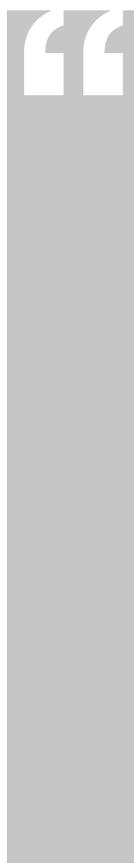


*“È un’ottima idea, sarei portato a pensare che a ogni persona sola, senza un partner, internet dia la possibilità di uscire di casa senza di fatto dover lasciare la propria abitazione.”*

*“È stata una buona idea, è così sola che i social network e la posta elettronica possono fornirle un grande aiuto. Anche perché può scrivere delle cose che altrimenti dimenticherebbe e di cui altrimenti non parlerebbe. Adora parlare su Skype con la mia sorella minore [che vive all'estero].”*

*“Poter parlare con sua sorella su Skype è stato qualcosa di molto positivo per lei.”*

Il valore specifico dei social network, e di Skype in particolare, quale opportunità per i partecipanti di avere un contatto più regolare con i propri familiari è un aspetto che è stato evidenziato assistenza dai Care Technologist che hanno erogato la formazione:



*“È in contatto su Skype con gli amici e uno di essi l’ha contattata mentre un giorno ero lì. Grazie alle chiamate con Skype si è avvicinata a sua nipote [che vive all'estero], la quale è venuta e ora sta con lei.”*

*“[Lei] e sua figlia hanno un hobby in comune ora, mandarsi le email. Ora possono spedirsi dei messaggi di posta elettronica fra loro, gli altri membri della famiglia possono restare in contatto più facilmente.”*

*“I rapporti con i suoi familiari sono migliori dato che essi possono comunicare con lei e mandare regolarmente le foto, e lei è molto contenta di mostrare agli altri la sua famiglia sempre più numerosa.”*

*“È in contatto con i familiari e gli amici via email, su Facebook e su Skype, e utilizza il pc per realizzare i poster per le sessioni di gruppo e le attività di raccolta fondi che organizza. Posta e commenta su Facebook ogni giorno, e adora i miei post, mette sempre ‘mi piace’ o scrive commenti.”*

*“Il suo unico figlio e la nuora vivono [oltreoceano]. Sebbene si parlino al telefono ogni settimana, grazie al progetto AGES 2.0 [la madre] ora è in grado di usare la posta elettronica e Skype. Si sente molto più coinvolta nelle loro vite di quanto non avvenisse prima. Si diverte a mandare loro fotografie e ricevere notizie.”*

*“ha detto che era stata sempre reticente all’idea di partecipare al progetto [sic] dal momento che mai avrebbe pensato che vi sarebbe riuscita con la sua vista molto debole. Ma dopo gli opportuni adattamenti al computer, è andato tutto bene. Ha parlato molto su Skype. Ha un figlio che vive nel nord del Paese e che ora chiama su Skype. Invia email ad amici e familiari, cosa che non poteva fare prima. È anche molto attiva su Facebook e si è messa in contatto con una nipote che stava trascorrendo un anno sabbatico [oltreoceano] e si è divertita molto a seguire ciò che faceva laggiù [].”*

Oltre a consentire ai partecipanti di avere contatti più stretti e più regolari con le loro famiglie, i formatori hanno anche osservato situazioni in cui la tecnologia ha aiutato i partecipanti a superare altre barriere al coinvolgimento a livello sociale:



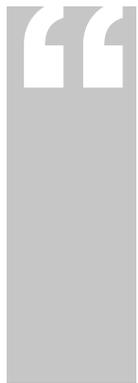
*“ha molte difficoltà di udito, perde interi passaggi della conversazione al telefono. Dal momento che la posta elettronica non si basa sull’udito, è potuto rimanere regolarmente in contatto con suo figlio []. Hanno potuto discutere meglio ed essere in contatto più stretto. Ha anche ricevuto un’email da sua nipote con cui non aveva avuto più rapporti da diversi anni.”*

Tuttavia, altri hanno messo in evidenza che questi benefici a livello sociale potrebbero essere strettamente collegati con le visite regolari ricevute piuttosto che essere il diretto risultato dell’uso del computer e di internet:



*“onestamente parlando, la cosa principale di cui parlava era il fatto che qualcuno gli avrebbe fatto visita due volte a settimana. Si è dimostrato sempre molto entusiasta riguardo la possibilità di interagire con i professionisti, più che con la propria famiglia. Gli piace ricevere attenzione e penso che fosse più entusiasta dell’interazione personale piuttosto che del corso di formazione.”*

Anche il computer, l'accesso a internet e la formazione su come usarli sono diventati un'opportunità di relazionarsi a livello sociale con altre persone, mostrando o facendo cose insieme al computer:

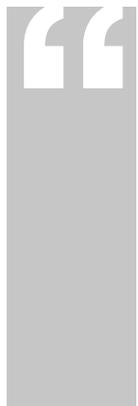


*"quando ho parlato su Skype con lei, c'erano sempre un po' di amici nella sua stanza, e tutti insieme utilizzavano internet."*

*"ha fatto vedere a suo marito qualsiasi cosa avesse imparato durante il corso."*

*"Si è divertita tantissimo a provare a far vedere al personale e alla propria famiglia cosa sapeva fare con il computer, e il volontario che le faceva visita ci ha detto, in riferimento al suo linguaggio, con quanto impegno ci provasse a esprimersi. Ho notato anche un chiaro miglioramento del suo linguaggio quando si entusiasmava su argomenti o cose che stava cercando su internet. Internet le ha suggerito molte idee che poi ha voluto condividere con me; ciò ha significato provare da parte sua a formulare tali idee in parole con l'aiuto di un taccuino. Alla fine abbiamo compreso la maggior parte delle cose che voleva esprimere."*

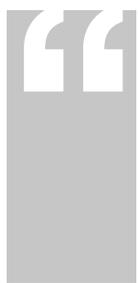
Provare a chiarire questi aspetti del coinvolgimento a livello sociale (in altre parole, il coinvolgimento attraverso la formazione piuttosto che attraverso il formatore) è qualcosa su cui le ricerche future dovranno concentrarsi maggiormente. Gli esperti in tecnologie di assistenza hanno anche rilevato che alcune persone erano più aperte alla formazione e al coinvolgimento a livello sociale rispetto ad altre, e questo potrebbe aver limitato i benefici che questi ultimi hanno mostrato. Ad esempio, come i formatori hanno osservato:



*"Non ho notato cambiamenti in [questa persona] dal momento che non sembra socializzare con nessuno, e ha contatti molto limitati con la propria famiglia; è inoltre impossibilitata a lasciare la propria casa. A volte ha dovuto essere incoraggiata a partecipare al corso poiché la sua autostima e il suo umore erano molto bassi [per motivi di salute] ma alla fine è stata contenta di aver partecipato e di aver appreso tutto ciò che potevo insegnarle."*

*"alla fine del progetto, è giunta alla conclusione che il computer non faceva per lei. Ritengo che se l'occasione si fosse presentata qualche anno prima, le cose sarebbero andate diversamente. È una donna intelligente ma se si mettesse a combattere con il computer, si sentirebbe inutile. [...] Alla fine del corso vedeva il computer come una fonte di stress e non ha voluto tenerlo. Spesso lo ha trovato opprimente. Ciononostante, ha imparato a usare internet come una fonte di informazioni ed è stata capace di rispondere alle email e di inviarle. Complessivamente, tuttavia, ha preferito continuare a usare il telefono piuttosto che le tecnologie digitali."*

Oltre ai dubbi e ai punti deboli di ciascun individuo che potrebbero aver agito come una barriera contro il coinvolgimento a livello sociale, gli esperti in tecnologie di assistenza hanno anche evidenziato il ruolo di prim'ordine che il sostegno familiare gioca quale fattore del buon esito del progetto:



*"Il nipote che viveva lì vicino si è divertito ad aiutare suo nonno con il computer, e la famiglia e gli amici [l']hanno veramente incoraggiato a partecipare."*

*"Un partecipante non aveva né familiari né amici al di fuori della casa di riposo; perciò non c'è un reale incentivo a usare la posta elettronica, Skype o Facebook e ciò è stato molto limitante."*

*"I familiari sono stati interpellati e alcuni di essi non volevano che i loro genitori partecipassero al progetto poiché ritenevano che non ne sarebbero stati capaci o non sarebbero stati in grado di concentrarsi."*

### **5.3.7 Riepilogo delle conclusioni della ricerca relativa al Regno Unito**

I dati raccolti nel Regno Unito mostrano che l'intervento ha avuto conseguenze prevedibili sull'atteggiamento verso il computer da parte dei partecipanti all'azione formativa, nonché sulle percezioni collegate di competenza – entrambi sono stati migliorati in modo significativo come risultato della formazione ricevuta, rispetto al gruppo di controllo. Aspetto importante, e in linea con le nostre in-

tenzioni, l'intervento ha anche stimolato un aumento dell'attività all'interno delle reti sociali del partecipante. A parte questi effetti previsti in anticipo, i soli altri effetti diretti prevedibili dell'intervento sono stati il miglioramento della capacità cognitiva nel gruppo sperimentale nel corso del tempo, e il mantenimento della percezione della propria personalità (in altre parole, l'identità personale) nel corso del tempo; quest'ultimo effetto era particolarmente evidente sui partecipanti destinatari di assistenza residenziale piuttosto che sui destinatari di assistenza domiciliare.

Cosa interessante, le analisi dell'effetto indiretto hanno rivelato che i miglioramenti osservati a livello di competenza percepita e attività all'interno della rete sociale hanno spiegato statisticamente il mantenimento del grado di identità personale nel gruppo sperimentale, e che questi processi hanno contribuito insieme al miglioramento della capacità cognitiva ma anche della salute mentale e del benessere (anche in assenza di effetti diretti sulle ultime variabili). Quindi, vi è prova nei dati riferiti al Regno Unito che avere un computer e una connessione a internet, e ricevere formazione su come usarli a fini sociali, può avere benefici significativi complessivamente per la salute mentale e il benessere degli anziani.

Sebbene questi risultati suggeriscano l'esistenza di diversi benefici che possono discendere dalla formazione erogata, ci sono anche una serie di riserve e specificazioni da fare. Prima di tutto, sebbene ci fosse prova degli effetti positivi e diretti della formazione sulla salute cognitiva, la maggior parte degli altri effetti sulla salute mentale sono emersi nel contesto delle analisi sugli effetti indiretti. Questo suggerisce che, sebbene ci siano relazioni possibili tra i fattori su cui ha agito la formazione (la competenza, l'attività all'interno della rete sociale e il mantenimento dell'identità personale) e i risultati in termini di salute mentale, questi nessi potrebbero essere più complessi e/o necessitare di più tempo per svilupparsi così da poter essere osservati più direttamente. Da questa prospettiva, avere una fase di follow-up più lunga sui partecipanti potrebbe essere utile a qualsiasi ricerca futura. In secondo luogo, nonostante gli effetti positivi complessivamente osservati, il feedback qualitativo da parte degli esperti in tecnologie assistenziali suggerisce l'esistenza di una serie di fattori di impedimento. L'identificazione di questi fattori – ad esempio, le caratteristiche dell'individuo e la sua motivazione o le caratteristiche del suo ambiente sociale circostante (come la presenza di sostegno o incoraggiamento) – che potrebbero aumentare o attenuare gli effetti della formazione, dovrebbe essere un obiettivo primario per le ricerche future.

## 5.4 Il metodo italiano

### 5.4.1 I partecipanti

In Italia, al progetto AGES hanno partecipato 127 anziani (67 donne e 60 uomini). Tutti i potenziali partecipanti erano adulti vulnerabili con un'età compresa tra i 60 e i 95 anni. Tutti ricevevano assistenza e sostegno dalla Cooperativa Sociale Labirinto, una delle principali organizzazioni senza scopo di lucro che si occupa di assistenza, attiva nella provincia di Pesaro-Urbino nelle Marche (Italia centrale).

La Cooperativa Sociale Labirinto ha inizialmente individuato i potenziali partecipanti anziani facendo uso dei seguenti criteri: (1) persone disposte a partecipare al progetto per un periodo di quattro mesi; (2) persone in possesso degli spazi e dell'infrastruttura per accedere e usare internet; e (3) persone con capacità cognitive sufficienti per partecipare all'azione formativa prevista dal progetto. In riferimento a quest'ultimo criterio, lo staff incaricato della selezione ha utilizzato il questionario a sei domande per verificare le capacità cognitive di base (Callahan *et al.*, 2002). Coloro che hanno superato il test, hanno partecipato a una prima intervista che ha comportato un'ulteriore valutazione delle capacità cognitive (Mini-Mental State Examination MMSE; Folstein, Folstein, e McHugh, 1975, ed Esame cognitivo di Addenbrooke). Per superare tale fase, i candidati dovevano totalizzare un punteggio minimo di 19/30 nel MMSE.

In fase di pianificazione, la ricerca prevedeva un campione di 120 anziani (per l'Italia), 60 dei quali ricevevano assistenza a domicilio, e i restanti 60 nelle strutture di assistenza. Tuttavia, la selezione è stata difficile, soprattutto nel caso dell'assistenza di tipo residenziale. Per ovviare a tale problema, il campione ha incluso 76 anziani destinatari di assistenza a domicilio e 51 anziani residenti nelle case di riposo. Dopo la prima intervista, 3 persone residenti nelle case di riposo hanno interrotto la propria partecipazione. Altre 3 persone, destinatarie di assistenza residenziale, non hanno totalizzato il punteggio minimo di 19/30 nel test. Inoltre, ulteriori 3 persone inserite nel gruppo sperimentale hanno deciso di abbandona-

nare il progetto durante la fase di formazione: la persona che risiedeva in una struttura residenziale ha lasciato il progetto dopo tre lezioni, e le altre due che vivevano nella propria casa hanno terminato il corso rispettivamente dopo tre e una lezioni. Le ragioni addotte riguardavano la salute e il fatto che i partecipanti si sentissero incapaci di capire e proseguire con le lezioni. Due persone appartenenti al gruppo di controllo sono decedute. Una di esse aveva già partecipato all'intervista di follow-up (limitatamente alla verifica di tipo cognitivo), mentre l'altra è deceduta prima di prendere parte alla seconda intervista.

Alla fine, 120 persone in tutto hanno partecipato a tutte le fasi della ricerca (valutazione iniziale, attribuzione casuale, follow-up). Questo gruppo comprendeva 62 donne e 58 uomini con un'età compresa tra i 60 e i 92 anni di età (età media pari a 74,48 anni). Tra questi: 51 erano coniugati, 37 in stato di vedovanza, 23 single e 9 divorziati. Tra coloro che risiedevano nella propria casa, 28 su 76 vivevano soli. L'età media alla quale avevano lasciato l'istruzione era di 15,21 anni. La partecipazione era su base volontaria e l'unica ricompensa, per coloro che facevano parte del gruppo sperimentale, era la possibilità di usare temporaneamente il computer e di ricevere il pacchetto formativo. I partecipanti al gruppo di controllo venivano ricompensati con una piccola fotocamera digitale (al di fuori del progetto).

### **5.4.2 Il metodo e la procedura**

Come nello studio condotto nel Regno Unito, l'intenzione era quella di effettuare uno studio sperimentale seguendo lo stesso approccio: 2 (trattamento: EASY PC o assistenza solita) x 2 (livello di assistenza: domiciliare o residenziale) x 2 (tempo: fase iniziale o follow-up). Tuttavia, l'esecuzione dell'esperimento nel contesto italiano ha incontrato alcuni ostacoli che hanno comportato delle modifiche al piano originale. Le ragioni di ciò sono spiegate di seguito.

In Italia, il coinvolgimento delle persone inserite all'interno delle strutture di assistenza presenta numerosi problemi. Come evidenziato nel primo capitolo del rapporto, l'assistenza residenziale, in quanto parte dell'assistenza pubblica formale, gioca un ruolo marginale nell'assistenza agli anziani poiché è molto più costosa dell'assistenza informale. L'assistenza informale da parte dei familiari e/o dei lavoratori migranti è la risposta principale ai bisogni di assistenza degli anziani. Per quanto riguarda i partecipanti scelti all'interno del contesto dell'assistenza residenziale, è stato riscontrato un alto livello di disabilità. In poche parole, tale livello di disabilità rispecchia il sistema di assistenza in Italia. Di solito sono i familiari a occuparsi delle necessità degli anziani attraverso l'assistenza informale. L'assistenza residenziale è l'ultima opzione, e la si sceglie quando la famiglia non è più in grado di gestire l'alto livello di disabilità fisica o mentale della persona. Pertanto, gli anziani che ricevono un'assistenza di tipo residenziale necessitano di un livello di assistenza tale da non poter essere garantito a casa. La maggior parte di costoro non sono assolutamente autosufficienti, e hanno bisogno di assistenza costante da parte di infermieri e personale assistenziale per la maggior parte delle attività quotidiane. All'interno di questo contesto, la scelta dei partecipanti anziani destinatari di assistenza residenziale ha rappresentato un vero e proprio problema. Nonostante ogni sforzo fatto per contattare tutte le strutture di assistenza e le altre organizzazioni del terzo settore, il numero totale di anziani selezionati in tale contesto per partecipare alla ricerca ammontava a 51 invece dei 60 inizialmente previsti. Si trattava di partecipanti molto vulnerabili.

Inoltre, all'interno del campione dei destinatari di assistenza residenziale, sono sorti diversi problemi durante lo svolgimento della ricerca, che hanno comportato l'introduzione di varianti rispetto al protocollo sperimentale inizialmente concordato per vari motivi:

1. dipendenza dal personale di assistenza. Come riportato sopra, la maggior parte dei destinatari di assistenza residenziale si trovava in condizione di alta vulnerabilità e di totale dipendenza dal personale. Durante lo svolgimento della ricerca è emerso che alcuni soggetti avevano acconsentito a prendere parte allo studio solo per fare contento il proprio accompagnatore, ma non erano affatto motivati a imparare a usare il pc;
2. la percezione dei partecipanti della propria inadeguatezza fisica e psicologica a imparare. Inizialmente i partecipanti hanno mostrato interesse ma quando sono stati inseriti nel percorso formativo per imparare a usare il pc, non si sono sentiti all'altezza. Le condizioni psicologiche e fisiche di alcuni dei partecipanti alla ricerca si sono aggravate nel corso dello studio, e ciò ha compromesso la loro motivazione a continuare. Inoltre, alcune persone che erano in grado fisicamente di seguire

le lezioni, non erano sufficientemente motivate per via della depressione. Queste condizioni hanno interferito con la capacità di continuare a seguire il percorso di apprendimento;

3. l'ostacolo emozionale degli assistenti nella randomizzazione. La randomizzazione è stata compromessa dalla combinazione del livello di vulnerabilità dei partecipanti (di cui sopra) e la disponibilità degli assistenti a erogare formazione ad alcuni partecipanti (sulla base della percezione del bisogno o della capacità). Sulla base di questi fattori, ci sono state diverse situazioni in cui gli assistenti hanno spostato nel gruppo di controllo alcuni partecipanti che erano stati originariamente inseriti nel gruppo sperimentale o viceversa. È accaduto che nelle case di riposo più isolate, situate nella parte montuosa della provincia, solo due persone si sono dichiarate disponibili a partecipare allo studio: una era fortemente motivata ed era affetta da meno disabilità, mentre l'altra, nonostante mostrasse interesse a partecipare allo studio, non era realmente interessata alla formazione. Anche in questi casi, non è stato possibile seguire il criterio di assegnazione casuale degli anziani al gruppo di controllo o al gruppo sperimentale; l'assegnazione è avvenuta piuttosto sulla base delle motivazioni di ciascun individuo.

Di conseguenza, sebbene tutti i partecipanti scelti fossero stati assegnati dai ricercatori in modo casuale all'uno o all'altro gruppo, gli assistenti che hanno interagito con i partecipanti ed erogato la formazione non hanno rispettato la randomizzazione. Ciò è avvenuto in modo particolare nel contesto dell'assistenza di tipo residenziale, ma tale aspetto ha anche riguardato alcuni dei partecipanti destinatari di assistenza domiciliare.

I problemi specificati sopra comportano delle implicazioni circa la possibilità di interpretare i dati italiani come sperimentali, nonché circa l'interpretazione dei tassi di abbandono. Riguardo alla prima questione, i dati italiani non possono essere propriamente considerati come un esperimento controllato. Nonostante ciò, vi sono state persone che hanno ricevuto la formazione, e persone che non l'hanno ricevuta; sono state poi condotte delle valutazioni su entrambe, prima e dopo l'esperienza. Quindi, è in qualche modo possibile analizzare le conseguenze della formazione. Riguardo gli abbandoni, in Italia il tasso è stato basso, specialmente se messo a confronto con quanto accaduto nel Regno Unito. Tuttavia, questo numero ridotto può essere considerato come una conseguenza diretta dell'azione degli assistenti, che hanno inserito di proposito alcuni partecipanti all'interno del gruppo di controllo, i quali altrimenti avrebbero interrotto la propria partecipazione. Ancora una volta tale fattore compromette la possibilità di interpretare i dati come strettamente sperimentali. Nella sezione dei risultati, discuteremo dei modi in cui abbiamo affrontato, nell'ambito delle analisi, la mancanza di randomizzazione, e i limiti che essa comporta per l'interpretazione dei dati.

Sebbene questi discostamenti rispetto alla procedura standard abbiano compromesso la valenza sperimentale, dobbiamo rilevare che tutto ciò rispecchia la vulnerabilità della popolazione target e il ruolo degli assistenti in relazione a questi partecipanti. Gli operatori si sono sentiti obbligati ad aiutare gli anziani, e a soddisfare le loro aspettative e le loro necessità, e hanno preso decisioni che tenessero conto delle capacità e della motivazione dei medesimi.

### **5.4.3 Il pacchetto formativo, la formazione e la valutazione**

**Il pacchetto.** Il progetto italiano ha fatto uso di un pacchetto formativo simile a EASY PC. Includeva l'installazione di un PC con schermo touch e tastiera nel domicilio dei partecipanti, nonché una chiavetta internet e una fotocamera. I partecipanti potevano usare il computer per 12 mesi, incluso il periodo della formazione di tre mesi, ma dovevano restituire la fotocamera una volta conclusasi la formazione.

Sebbene molto simile al pacchetto formativo erogato nel Regno Unito, la formazione sull'uso del pc nel contesto italiano ha incontrato alcune criticità. Ci riferiamo alla qualità della connessione a internet e alla disponibilità della connessione a banda larga. Nella maggior parte delle case di riposo ma anche in alcune case private, non era disponibile la banda larga, e la connessione a internet non era pertanto sufficiente per usare programmi come Skype. Questo problema infrastrutturale ha riguardato alcune fasi della formazione. Gli assistenti responsabili della formazione non hanno evidenziato alcun problema serio di connessione per l'uso di Facebook o per navigare, tuttavia per circa la metà dei partecipanti, non è stato possibile utilizzare Skype a causa della mancanza di una connessione adeguata.

**La formazione.** I partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale hanno ricevuto formazione da parte degli esperti in tecnologie di assistenza, che erano operatori della Labirinto Cooperativa Sociale. I formatori hanno seguito il piano formativo inserito nel manuale descritto sopra nella sezione riguardante il metodo impiegato nel Regno Unito (Haslam e Morton, 2013a). L'intento era ancora una volta quello di assicurare uniformità nella formazione erogata ai partecipanti, ma anche di personalizzarla caso per caso così da renderla in linea con le necessità dei partecipanti stessi.

Sebbene il progetto Italiano abbia seguito lo stesso piano formativo, sono stati necessari alcuni aggiustamenti. Prima di tutto, il diario "Forget-Me-Not" non era disponibile in italiano. In sostituzione, ai partecipanti italiani è stato chiesto di scrivere, durante le sessioni e tra una sessione e l'altra, la storia della loro vita. Ciò comportava l'utilizzo di una serie di materiali e informazioni, come ad esempio le fotografie, la musica, i video, ecc. Come per il Regno Unito, ciò ha portato alla creazione di una cartella personale per ciascun individuo, che poi è stata condivisa online con l'obiettivo di facilitare le relazioni interpersonali. Sono stati assegnati anche dei compiti da svolgere in autonomia tra una sessione formativa e l'altra al fine di consolidare il processo di apprendimento.

Come avvenuto nel contesto inglese, nelle settimane senza incontri (secondo e terzo mese) i formatori hanno contattato ciascun partecipante per telefono o per email con l'obiettivo di aiutarlo in caso di difficoltà. I partecipanti che vivevano in strutture di assistenza (destinatari di assistenza residenziale) provavano molta insicurezza, e hanno spesso contattato il loro formatore per chiedere aiuto. Pertanto, i formatori italiani hanno spesso organizzato per i partecipanti brevi incontri straordinari al di fuori delle sessioni programmate.

**Valutazioni.** Le valutazioni dei partecipanti italiani prima e dopo l'intervento hanno seguito la stessa procedura adottata nel Regno Unito. Tutti i questionari sono stati tradotti in italiano (oppure si è fatto uso delle versioni ufficiali in italiano già esistenti, come nel caso dell'ACE-R). I partecipanti sono stati intervistati da un assistente di ricerca debitamente formato, che ha somministrato i test cognitivi, ha posto oralmente i quesiti del questionario e ha registrato le risposte dei partecipanti. La maggior parte delle sessioni ha avuto una durata compresa tra una e due ore. Il ricercatore si è anche preoccupato di gestire eventuali problemi e inconvenienti facendo piccole pause; la maggior parte delle persone è stata molto felice di partecipare alla ricerca e ha avuto così una piccola opportunità di parlare della propria vita.

Sebbene la valutazione di follow-up dovesse svolgersi poco dopo la conclusione della formazione, in alcuni casi è stata rinviata per problemi di salute o a causa di ritardi o difficoltà emerse nella fase formativa. In alcuni casi, il ricercatore ha dovuto insistere con i partecipanti inseriti nel gruppo di controllo affinché prendessero parte all'intervista di follow-up, poiché essi non si sentivano più motivati a parteciparvi. Dopo la conclusione della formazione e della seconda intervista (T2), tutti i membri dei due gruppi sono stati ringraziati e informati del fatto che la loro partecipazione al progetto era ufficialmente giunta al termine. Ai membri del gruppo sperimentale è stata data la possibilità di acquistare i computer utilizzati durante la formazione dietro pagamento di una piccola somma (calcolata sull'importo ancora da pagare, al netto del canone di noleggio già corrisposto per poter utilizzare i pc nel corso del progetto).

## 5.5. I risultati: l'Italia

### 5.5.1 Le verifiche iniziali

Come avvenuto per i dati del Regno Unito, inizialmente sono state condotte delle verifiche per appurare se la randomizzazione fosse avvenuta con successo. Una serie di test t ha rivelato numerose differenze significative tra i partecipanti dei due gruppi riguardo le variabili analizzate rispetto allo scenario di riferimento. Nella fase iniziale, il gruppo sperimentale ha mostrato atteggiamenti molto più positivi verso il computer rispetto al gruppo di controllo,  $t(119) = 3.04, p < .01$ . Nello scenario di riferimento, i partecipanti al gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, mostravano anche meno appartenenze ai gruppi,  $t(119) = -2.45, p = .02$ ; consideravano tali appartenenze meno importanti,  $t(96) = 2.50, p = .02$ ; mostravano un grado significativamente inferiore di soddisfazione nella vita,  $t(119) = -3.52, p = .001$ , e hanno espresso un livello di solitudine soggettiva molto più elevato,  $t(119) = 1.97, p = .05$ . È emersa anche una differenza significativa a livello marginale nella capacità cognitiva in fase iniziale,

come da valutazione ACE-R: il gruppo sperimentale ha ottenuto risultati leggermente migliori rispetto al gruppo di controllo,  $t(119) = 1.86, p = .07$ . Queste differenze nello scenario di riferimento suggeriscono che la randomizzazione non è stata condotta con successo. Invece, coloro che avevano maggiori capacità cognitive ed erano ben disposti verso il progetto (in altre parole, avevano atteggiamenti più positivi verso il computer), nonché avevano le potenzialità per trarre maggiori benefici dal progetto stesso (in altre parole, i più isolati da un punto di vista sociale), sono stati inseriti nel gruppo sperimentale. Ciò è accaduto a seguito della procedura di reclutamento e assegnazione seguita in Italia, come spiegato già in dettaglio nella sezione relativa al metodo (Sezione 5.4). Affronteremo le conseguenze analitiche di ciò nella sezione seguente.

Nessuna delle altre variabili differiva in modo significativo tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo nello scenario di riferimento,  $t < 1.77, p > .08$ . Inoltre, non vi è prova che i due gruppi differissero in modo significativo in termini di età,  $t(119) = -.37, p = .71$ , o genere,  $\chi^2 = .01, p = .92$ .

Come per i dati del Regno Unito, è stata analizzata anche la presenza delle differenze iniziali tra i partecipanti inseriti nei sistemi assistenziali di tipo residenziale o di tipo domiciliare. In linea con ciò che ci si poteva aspettare, rispetto a coloro che vivevano nella propria casa, i partecipanti destinatari di assistenza residenziale erano molto più anziani,  $t(119) = 4.76, p < .001$ , e hanno ottenuto risultati peggiori nell'ACE-R,  $t(119) = -6.39, p < .001$ . Rispetto a coloro che ricevevano assistenza a domicilio, i partecipanti residenti nelle case di riposo hanno mostrato una salute mentale complessivamente peggiore (GHQ),  $t(119) = 2.02, p = .05$ , livelli di depressione più elevati,  $t(119) = 3.18, p < .01$ , più solitudine,  $t(119) = 2.28, p = .02$ , e un più basso grado di soddisfazione nella vita,  $t = -2.01, p = .05$ . Costoro hanno dichiarato di sentirsi anche meno autonomi,  $t(119) = -4.03, p < .001$ , meno competenti,  $t(119) = -2.50, p = .01$ , hanno mostrato di avere reti sociali meno diversificate  $t(119) = -8.62, p < .001$ , un minore grado di soddisfazione riguardo a esse,  $t(119) = -2.72, p < .01$ , ed è risultato che appartenevano a un numero più ridotto di gruppi sociali,  $t(119) = -7.68, p < .001$ . Infine, i partecipanti destinatari di assistenza residenziale mostravano un senso della propria personalità più debole,  $t = -2.94, p < .01$ , e un atteggiamento meno favorevole verso il computer,  $t(119) = -2.98, p < .01$ . Quindi, sulla base di questi schemi, si evince che i partecipanti destinatari di assistenza residenziale correvano un rischio più alto di isolamento sociale su molteplici livelli, ed erano più vulnerabili dal punto di vista psicologico. Sebbene alcune di queste differenze potessero rispecchiare semplicemente l'età più avanzata dei residenti nelle case di riposo, quando la differenza d'età tra i gruppi è stata presa in considerazione, si è confermata la maggior parte di queste differenze iniziali tra i due contesti di assistenza. Le uniche eccezioni sono rappresentate da GHQ e dall'atteggiamento verso il computer; entrambi questi dati non si sono rivelati significativi dopo aver preso in considerazione l'età.

Come già affermato nella Sezione 5.4.1, nel campione italiano gli abbandoni non hanno rappresentato un problema (al contrario di quanto avvenuto nel Regno Unito), e solo il 6% dei partecipanti che ha fornito i dati al Tempo 1, non si è dichiarato disponibile (ad esempio, a causa della mancanza di interesse) o non ha potuto (ad esempio, a causa del decesso o cattive condizioni di salute) fornire nuovamente i dati al Tempo 2. In virtù del numero ridotto, le tendenze sistematiche di abbandono sono improbabili. Ciononostante, per effettuare una verifica su tale aspetto, abbiamo condotto un'analisi dell'abbandono. Essa ha rivelato che tale fenomeno era più probabile nel gruppo sperimentale ( $\chi^2 = 3.86, p = .05$ ); infatti, si è verificato solo tra i partecipanti inseriti nel percorso formativo. Una serie di test  $t$  ha indicato che, all'interno del gruppo sperimentale, non vi erano differenze significative tra coloro che hanno interrotto la partecipazione e coloro che non lo hanno fatto, in riferimento a nessuna delle variabili principali di risultato ( $p > .06$ ). Quindi, possiamo concludere che l'impatto dell'abbandono è stato risibile (solo quattro partecipanti) e non è stato sistematico, tale da compromettere ulteriormente l'equivalenza dei due gruppi.

### **5.5.2 La strategia analitica: i dati italiani**

Come affermato sopra, sono emerse differenze significative iniziali tra i due gruppi (sperimentale e di controllo). Questo crea problemi all'interpretazione degli effetti di ciascuna condizione. Ad esempio, qualsiasi differenza significativa tra i due gruppi nella fase di follow-up potrebbe rispecchiare il fatto che questi gruppi provenivano da contesti molto diversi, e non è il riflesso di un qualsiasi effetto dell'azione formativa. Al contrario, l'assenza di effetti condizionali nella fase di follow-up potrebbe suggerire che la formazione è stata inefficace, o che è stata inefficace per le tipologie specifiche di persone che

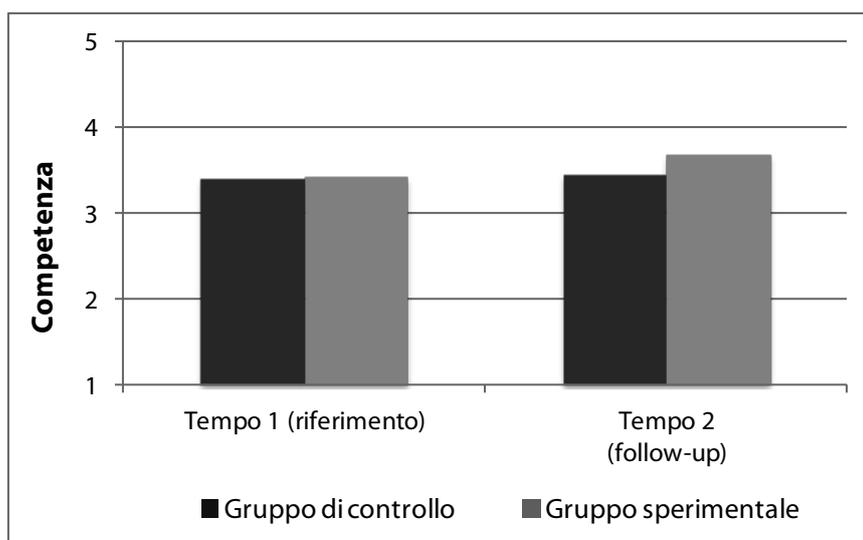
l'hanno ricevuta. Dal momento che i due gruppi non erano equivalenti nello scenario di riferimento, e che i criteri di assegnazione non erano sistematici, le varie possibilità sono difficili da comprendere. Nonostante questo problema, abbiamo innanzitutto condotto le stesse analisi come è stato descritto per il Regno Unito, al fine di esplorare i possibili effetti della formazione nel tempo. Abbiamo poi condotto un'analisi più focalizzata su quei partecipanti che sono stati ritenuti come assegnati a caso ai due gruppi; inoltre, essa è stata condotta solo tra i destinatari di assistenza domiciliare dal momento che, esclusi i partecipanti assegnati a un gruppo o all'altro in modo non casuale, rimanevano troppo pochi partecipanti destinatari di assistenza residenziale per poter effettuare un confronto significativo tra i due gruppi – sperimentale e di controllo. Tale analisi con un focus più specifico è riassunta nella Sezione 5.5.6.

### 5.5.3 Gli effetti dell'intervento sui target immediati

Innanzitutto, facendo uso dell'intero set di dati, abbiamo testato qualsiasi impatto immediato della formazione sull'atteggiamento verso il computer, ricorrendo a un'analisi combinata della varianza con un approccio 2 (condizione: formazione o controllo) x 2 (popolazione: residente nelle case di riposo o residente nel proprio domicilio) x 2 (tempo: 1 o 2). Ciò ha rivelato un effetto significativo della condizione,  $F(1, 115) = 33.81, p < .001, \eta^2_p = .23$ . I partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, hanno mostrato atteggiamenti più positivi verso il computer. L'interazione tra la condizione e il fattore tempo non è apparsa significativa,  $F(1, 115) = 2.77, p = .10, \eta^2_p = .02$ , e ciò indica che le differenze fra i gruppi in termini di atteggiamento verso il computer erano presenti allo stesso modo al Tempo 1 (in altre parole, prima della formazione) e al Tempo 2 (in altre parole, dopo la formazione). Come specificato sopra, è emerso un significativo effetto di popolazione,  $F(1, 115) = 23.16, p < .001, \eta^2_p = .17$ , con i partecipanti destinatari di assistenza residenziale che avevano un atteggiamento meno positivo verso il computer rispetto a coloro che risiedevano nella propria casa. La differenza di popolazione è stata ulteriormente influenzata da un'interazione significativa con la condizione,  $F(1, 115) = 12.98, p < .001, \eta^2_p = .10$ . Le verifiche di follow-up hanno rivelato una differenza significativa degli atteggiamenti dei partecipanti dei due gruppi (sperimentale e di controllo) nel contesto dell'assistenza residenziale,  $F(1, 115) = 35.15, p < .001, \eta^2_p = .23$ , ma solo un effetto marginale nel contesto dell'assistenza domiciliare,  $F(1, 115) = 3.31, p = .07, \eta^2_p = .03$ . Quindi, in particolare tra i partecipanti che risiedevano nelle case di riposo, coloro che appartenevano al gruppo sperimentale, rispetto a coloro che appartenevano al gruppo di controllo, mostravano più spesso un atteggiamento positivo verso il computer – aspetto, questo, che non era collegato al fatto di ricevere la formazione (in altre parole, era indipendente dal fattore tempo).

L'analisi della competenza percepita non ha rivelato un effetto significativo della condizione,  $F(1, 115) = 1.71, p = .20, \eta^2_p = .02$ . Tuttavia, è emerso un effetto significativo del fattore tempo,  $F(1, 115) = 7.73, p = .01, \eta^2_p = .06$ , e questo è stato determinato da una debole condizione (marginalmente significativa) "condizione x tempo",  $F(1, 115) = 2.82, p = .09, \eta^2_p = .02$ . Un'ulteriore analisi di questa interazione ha indicato che sebbene non vi fossero differenze iniziali tra le condizioni al Tempo 1,  $F < 1$ , al Tempo 2 il gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, aveva una percezione leggermente migliore della propria competenza,  $F(1, 115) = 4.29, p = .04, \eta^2_p = .04$ . Inoltre, queste migliori percezioni di competenza nel gruppo di controllo si sono sviluppate nel corso del tempo,  $F(1, 115) = 10.19, p = .002, \eta^2_p = .08$ , mentre la competenza percepita di coloro che appartenevano al gruppo di controllo non è mutata,  $F(1, 115) = .59, p = .44, \eta^2_p = .01$ . Quindi, sebbene non fossimo in grado di stabilire che la formazione nel contesto italiano abbia migliorato gli atteggiamenti specifici verso il computer, come ci si sarebbe potuti aspettare data la natura della formazione, vi è qualche debole elemento comprovante che le percezioni più generali della competenza sono aumentate in funzione dell'azione formativa.

**Figura 9. Percezione della propria competenza nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**



Oltre a ciò, si è verificato un significativo effetto di popolazione sulla competenza,  $F(1, 115) = 11.18, p = .001, \eta^2_p = .09$ , che è stato determinato anche da una significativa interazione con la condizione,  $F(1, 115) = 5.08, p = .03, \eta^2_p = .04$ . Le verifiche di follow-up hanno rivelato che, per i partecipanti destinatari di assistenza residenziale, la percezione della propria competenza era significativamente migliore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo,  $F(1, 115) = 5.03, p = .03, \eta^2_p = .04$ , mentre tale differenza non era riscontrabile nella popolazione destinataria di assistenza domiciliare,  $F(1, 115) = .60, p = .44, \eta^2_p = .01$ . Tuttavia, non vi è stata un'interazione tripla,  $F < 1$ , quindi i cambiamenti nel tempo all'interno del gruppo sperimentale non erano legati a una popolazione specifica (destinatari di assistenza residenziale o destinatari di assistenza domiciliare).

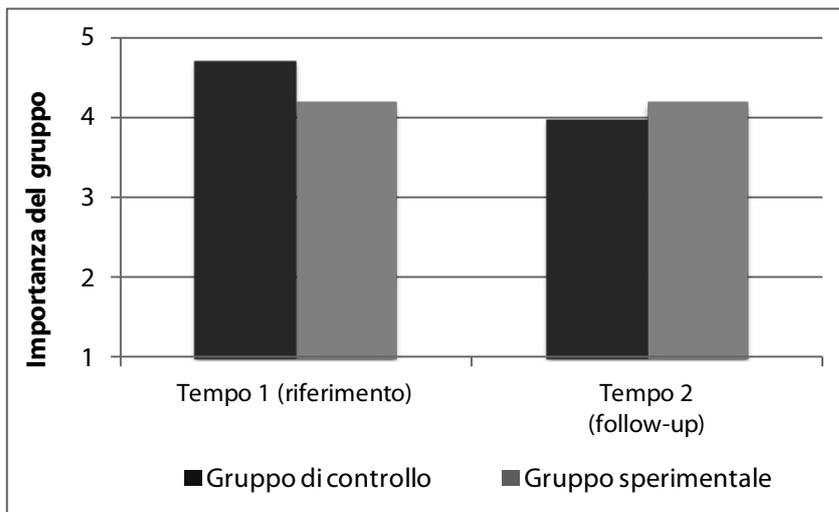
Come per i dati riferiti al Regno Unito, gli effetti sulla competenza non hanno riguardato anche la percezione dell'autonomia. Su questa variabile, l'unico effetto significativo è stato quello di popolazione,  $F(1, 115) = 14.94, p < .001, \eta^2_p = .12$ . Come già riportato sopra, i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare si sentivano più autonomi rispetto ai destinatari di assistenza residenziale. Tutti gli altri effetti e interazioni non erano significativi,  $F_s < 1$ .

L'analisi del parametro della diversità della rete sociale ha rivelato un significativo effetto di popolazione,  $F(1, 115) = 81.31, p < .001, \eta^2_p = .41$ . Come riportato sopra, i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare erano caratterizzati da una maggiore diversità della rete sociale rispetto ai destinatari di assistenza residenziale. È stato rilevato anche un importante effetto del fattore tempo,  $F(1, 115) = 3.93, p = .05, \eta^2_p = .03$ , tale che, indipendentemente dalla condizione o popolazione, la diversità della rete sociale è aumentata leggermente nel corso del tempo. Non vi sono stati altri effetti significativi su questa variabile,  $F_s < 1.20, p_s > .13$ . Similmente, il grado di soddisfazione con il livello delle relazioni che ciascuno intratteneva con gli altri individui all'interno della propria rete sociale è stato influenzato solo dalla popolazione,  $F(1, 115) = 13.78, p < .001, \eta^2_p = .11$ , cosicché i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare, rispetto ai destinatari di assistenza residenziale, mostravano globalmente un maggiore grado di soddisfazione riguardo le proprie relazioni. Tutti gli altri effetti non erano significativi  $F_s < 3.0, p_s > .09$ . Quindi, i partecipanti sono risultati avere un'attività all'interno della rete sociale indipendente dalla partecipazione all'azione formativa sui social network.

Rispetto ai parametri delle connessioni sociali basate sul gruppo, sebbene vi fossero alcuni effetti significativi, essi erano fortemente indipendenti dalla condizione (in altre parole, erano basati sulla popolazione) o indipendenti dal fattore tempo (in altre parole, non cambiavano a seguito dell'intervento). Per brevità, questi effetti non vengono descritti. L'unica eccezione ha riguardato l'importanza dell'appartenenza a un gruppo. L'analisi di questa variabile ha rivelato un'interazione significativa tra il fattore tempo e la condizione,  $F(1, 86) = 12.60, p = .001, \eta^2_p = .13$ . Ulteriori test hanno rivelato che al Tempo 1 i partecipanti appartenenti al gruppo di controllo hanno valutato di più la loro appartenenza a un gruppo rispetto ai partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale,  $F(1, 86) = 7.64, p = .01, \eta^2_p = .08$ ;

questa differenza è però scomparsa al Tempo 2,  $F(1, 86) = .96, p = .33, \eta^2_p = .01$ . L'assenza di differenza al Tempo 2 è stata spiegata da una riduzione dell'importanza del gruppo nel corso del tempo solo per i partecipanti inseriti nel gruppo di controllo,  $F(1, 86) = 21.53, p < .001, \eta^2_p = .2$ . L'importanza del gruppo per i partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale è rimasta costante e non è stata influenzata dal tempo,  $F(1, 86) = .01, p = .94, \eta^2_p < .001$ . Un'ulteriore interazione 3 way molto importante,  $F(1, 86) = 5.97, p = .02, \eta^2_p = .07$ , ha rivelato che questa differenza, riferita al Tempo 1, era particolarmente evidente tra i partecipanti destinatari di assistenza residenziale,  $F(1, 86) = 6.52, p = .01, \eta^2_p = .07$ , piuttosto che tra i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare,  $F(1, 86) = 1.17, p = .28, \eta^2_p = .01$ . Né l'insieme degli effetti per il numero delle appartenenze ai gruppi né l'importanza del gruppo hanno riguardato anche l'adeguatezza del gruppo, per tutte le condizioni  $F_s < .21, p_s > .65$ . Come dovrebbe risultare evidente anche dai margini di manovra nella creazione del campione, vi erano molti dati mancanti per questa specifica variabile dal momento che alcune persone non appartenevano a nessun gruppo.

**Figura 10. Importanza soggettiva del gruppo nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**



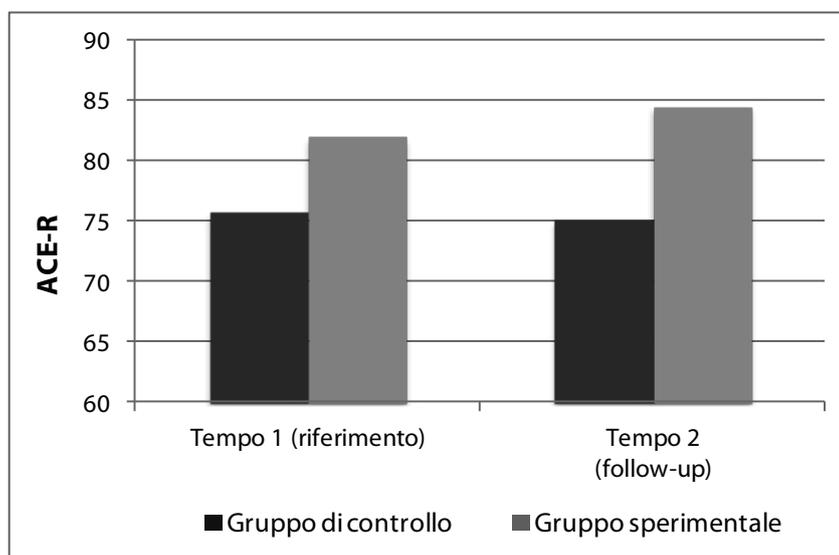
*Riepilogo.* Sulla base delle analisi riportate sopra, nel set di dati riferiti all'Italia vi sono pochi elementi che provano che la formazione ha raggiunto lo scopo per cui era stata pensata. Specificamente, l'atteggiamento verso il computer non è migliorato per effetto della formazione, e il coinvolgimento sociale percepito da ciascuno – sia pure all'interno della propria rete sociale interpersonale sulla base dell'appartenenza al gruppo – non è aumentato per effetto della formazione. Tuttavia, l'analisi fornisce una debole prova del fatto che i partecipanti alla formazione hanno percepito di avere più competenza dopo la conclusione dell'azione formativa. A dispetto dei deboli elementi a sostegno di queste conseguenze attese e immediate della formazione, abbiamo ciononostante considerato la possibilità di effetti più distali sulla salute cognitiva e mentale.

#### 5.5.4 Gli effetti diretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale

*Salute cognitiva.* Per esaminare l'impatto diretto dell'intervento sulla salute cognitiva, facendo uso dell'intero set di dati, abbiamo inizialmente eseguito l'analisi di cui sopra sul punteggio totale ACE-R dei partecipanti. Questo ha rivelato un effetto significativo della condizione,  $F(1, 116) = 17.47, p < .001, \eta^2_p = .13$ , tale che i partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale avevano una maggiore capacità cognitiva rispetto ai partecipanti inseriti nel gruppo di controllo. Inoltre, vi è stato un significativo effetto del fattore tempo, fortemente dipendente dall'interazione con la condizione,  $F(1, 116) = 11.59, p = .001, \eta^2_p = .09$ . Ulteriori test hanno rivelato che, sebbene la differenza tra i due gruppi fosse già presente nello scenario di riferimento,  $F(1, 116) = 11.42, p = .001, \eta^2_p = .09$ , è risultata più marcata nella fase di follow-up,  $F(1, 116) = 21.85, p < .001, \eta^2_p = .16$ . Per i partecipanti all'azione formativa, vi sono elementi significativi che provano anche un *incremento* importante della capacità cognitiva nel corso del tempo,  $F(1, 116)$

= 14.82,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .11$ , che non è stato riscontrato nel gruppo di controllo,  $F(1, 116) = .95$ ,  $p = .33$ ,  $\eta^2_p = .01$ .<sup>13</sup>

**Figura 11. Capacità cognitiva (punteggi ACE-R) nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**

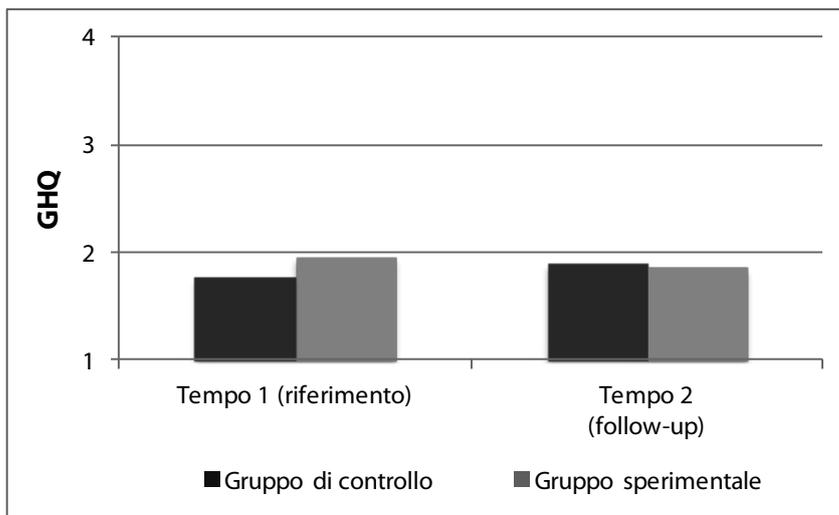


Oltre a quanto detto sopra, vi è stato un significativo effetto di popolazione,  $F(1, 116) = 60.77$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .34$ , tale che generalmente i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare mostravano una capacità cognitiva maggiore rispetto ai partecipanti destinatari di assistenza residenziale. Vi è stato un significativo effetto di popolazione, fortemente dipendente dall'interazione con la condizione,  $F(1, 116) = 12.83$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .10$ . Rispetto ai partecipanti destinatari di assistenza residenziale, inseriti nel gruppo di controllo, la capacità cognitiva dei partecipanti destinatari del medesimo tipo di assistenza, facenti parte del gruppo sperimentale, era più elevata,  $F(1, 116) = 24.10$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .17$ ; invece, tra i destinatari di assistenza domiciliare, non vi era differenza tra i due gruppi (sperimentale e di controllo) in termini di capacità cognitiva,  $F(1, 116) = .23$ ,  $p = .63$ ,  $\eta^2_p = .002$ . Tutte le altre interazioni non erano significative,  $F_s < 1.9$ ,  $p_s > .17$ .

*La salute mentale.* Per analizzare le possibili conseguenze, in termini di salute mentale, dell'intervento, abbiamo esaminato i punteggi sulle scale UCLA Loneliness, CES-D, GAI, GHQ e grado di soddisfazione nella propria vita. Oltre alle varie differenze di partenza tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo (ad esempio, per quanto riguarda la solitudine e il grado di soddisfazione nella vita) e tra i partecipanti destinatari di assistenza residenziale e i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare, che sono già state trattate, vi è stata un'interazione significativa tra il fattore tempo e la condizione per il parametro GHQ,  $F(1, 115) = 10.86$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2_p = .09$ . Ulteriori test hanno rivelato che nello scenario di riferimento la salute mentale generale era leggermente peggiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo,  $F(1, 115) = 6.60$ ,  $p = .01$ ,  $\eta^2_p = .05$ , ma questa differenza non è stata riscontrata nella fase di follow-up,  $F(1, 115) = .17$ ,  $p = .68$ ,  $\eta^2_p = .001$ . Aspetto interessante, per il gruppo sperimentale la salute mentale generale è migliorata nel corso del tempo,  $F(1, 115) = 4.37$ ,  $p = .04$ ,  $\eta^2_p = .04$ , mentre per coloro che facevano parte del gruppo di controllo essa è peggiorata nel corso del tempo,  $F(1, 115) = 6.56$ ,  $p = .01$ ,  $\eta^2_p = .05$ .

<sup>13</sup> Le analisi supplementari hanno confermato l'effetto al T2 sulla capacità cognitiva, dopo aver considerato le differenze esistenti nello scenario di riferimento,  $F(1, 115) = 11.75$ ,  $p = .001$ .

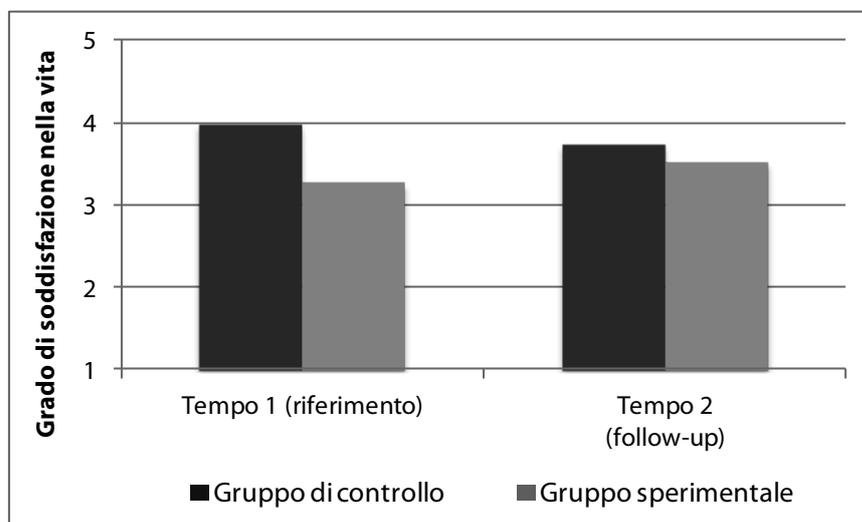
**Figura 12. Salute mentale generale (GHQ; i punteggi più bassi rappresentano un migliore stato di salute generale) nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**



Vi è stata anche una significativa interazione 3 way su questo parametro,  $F(1, 115) = 8.54, p = .004, \eta^2_p = .07$ , che indica che questa tendenza era particolarmente vera per i partecipanti destinatari di assistenza residenziale piuttosto che per i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare. Tra i primi, la differenza fra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo era significativa nello scenario di riferimento,  $F(1, 115) = 7.28, p = .01, \eta^2_p = .06$ , ma non nella fase di follow-up,  $F < 1$ ; questo a causa di un miglioramento significativo nel corso del tempo all'interno del gruppo sperimentale,  $F(1, 115) = 8.54, p = .004, \eta^2_p = .07$ , e di un forte declino all'interno del gruppo di controllo,  $F(1, 115) = 6.87, p = .01, \eta^2_p = .06$ , per tutte le altre  $F_s < 1$ .

L'effetto sopramenzionato della condizione sul grado di soddisfazione nella propria vita,  $F(1, 115) = 7.74, p = .01, \eta^2_p = .06$ , è stato influenzato in modo significativo anche dall'interazione del fattore tempo (stante la forte dipendenza dall'interazione con la condizione),  $F(1, 115) = 16.14, p < .001, \eta^2_p = .12$ . L'andamento di tale interazione rispecchiava quello del GHQ; nello scenario di riferimento, il gruppo sperimentale mostrava un grado di soddisfazione nella vita inferiore rispetto al gruppo di controllo,  $F(1, 115) = 13.64, p < .001, \eta^2_p = .11$ ; tuttavia, non vi era differenza tra le condizioni nella fase di follow-up,  $F(1, 115) = 1.87, p = .17, \eta^2_p = .02$ . Ancora una volta, l'assenza di differenza nella fase di follow-up è sembrata essere il risultato di un più elevato grado di soddisfazione nella vita tra i partecipanti alla formazione nel corso del tempo,  $F(1, 115) = 8.16, p = .01, \eta^2_p = .07$ , insieme al deterioramento verificatosi nel corso del tempo nel gruppo di controllo,  $F(1, 115) = 7.99, p = .01, \eta^2_p = .07$ .

**Figura 13. Grado di soddisfazione nella vita nel gruppo di controllo e nel gruppo sperimentale nel corso del tempo**



*Riepilogo.* Le analisi riportate sopra indicano che la capacità cognitiva era maggiore per i partecipanti all'azione formativa rispetto al gruppo di controllo, sia al T1 sia al T2. Tuttavia, questa differenza era maggiore al Tempo 1 di quanto non fosse al Tempo 2, e rappresenta un miglioramento notevole tra i partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale, a fronte del gruppo di controllo. Sebbene la capacità di desumere una causalità viene compromessa dalle differenze di partenza tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, tale schema è quantomeno simile a quanto osservato nel campione inglese. Quindi, risulta evidente che la formazione ha avuto un impatto positivo sulle dinamiche cognitive degli individui. Vi erano anche alcuni elementi di prova del miglioramento della salute mentale all'interno del gruppo sperimentale a fronte del declino verificatosi all'interno del gruppo di controllo, specialmente sui partecipanti destinatari di assistenza residenziale. Tuttavia, mentre questi risultati sono incoraggianti, devono essere considerati nel contesto delle differenze tra i gruppi nello scenario di riferimento: sebbene la salute mentale sembrasse migliorare per i partecipanti all'azione formativa nel corso del tempo, costoro partivano da una posizione peggiore e non hanno mai superato i livelli riscontrati tra i partecipanti inseriti nel gruppo di controllo, malgrado questi ultimi abbiano subito un notevole declino. Torneremo su questi aspetti nell'analisi più specifica contenuta nella Sezione 5.5.6.

*Risultati aggiuntivi.* Come per il campione riferito al Regno Unito, abbiamo valutato i parametri aggiuntivi relativi a una sana concezione della propria personalità, e nello specifico il grado di identità personale. Facendo uso dell'intero set di dati, l'analisi dell'identità personale ha rivelato un significativo effetto di popolazione,  $F(1, 115) = 16.73, p < .001, \eta^2_p = .13$ , che indica che i partecipanti tra i destinatari di assistenza domiciliare avevano una più forte concezione del proprio io rispetto ai partecipanti destinatari di assistenza residenziale. Nessun altro effetto è risultato significativo per questa variabile,  $F_s < 2.06, p_s > .15$ .

### **5.5.5 Gli effetti indiretti dell'intervento sulla salute cognitiva e mentale**

Le analisi di cui sopra suggeriscono effetti molto limitati nel campione italiano, l'interpretazione dei quali è resa più difficile dall'esistenza di differenze di partenza significative tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. A parte questi aspetti, vi è prova del fatto che la percezione della propria competenza è migliorata (debolmente) nel gruppo sperimentale, e che questo gruppo fosse caratterizzato anche da una salute cognitiva molto migliore. Ambigue sono le prove del miglioramento della salute mentale nel gruppo sperimentale, quantomeno in riferimento ai parametri del GHQ e del grado di soddisfazione nella vita. A differenza del campione inglese, non vi è prova che l'attività all'interno della rete sociale sia aumentata per effetto della formazione, o che ciò fosse associato con il mantenimento dell'identità personale. Per questo motivo, non è stato possibile testare tutte le relazioni di mediazione che erano evidenti nei dati del Regno Unito. Tuttavia, è possibile che l'effetto della formazione sul miglioramento della salute cognitiva e mentale sia dovuto a una migliore percezione della propria competenza tra questi partecipanti – riflettendo in parte quanto emerge dai dati riferiti al Regno Unito. Questi modelli sono stati testati in modo analogo a quanto fatto per il campione inglese (in altre parole, ricorrendo a PROCESS, Model 4; Hayes, 2013, e considerando anche gli indicatori riferiti al Tempo 1 per valutare il cambiamento negli indicatori riferiti al Tempo 2).

L'analisi della relazione indiretta tra la formazione e il miglioramento cognitivo (ACE-R) attraverso la percezione della propria competenza non è risultata significativa, come indicano gli intervalli di confidenza del 95% per la relazione di mediazione che include lo zero [95%CI = -.89 & .03]. Parimenti, il modello che ha testato la relazione indiretta tra la formazione, la competenza soggettiva, e il miglioramento del GHQ (salute mentale generale) non è risultato significativo [95%CI = -.01 & .07]; lo stesso dicasi per il modello in cui il GHQ è stato sostituito con il grado di soddisfazione nella vita come variabile di risultato [95%CI = -.07 & .05]. Quindi, mentre risulta evidente che la formazione ha avuto benefici in termini di salute cognitiva e, forse, in termini di salute mentale, questi non possono essere spiegati attraverso alcun processo prevedibile relativo alla formazione ricevuta (ad esempio, il miglioramento dell'atteggiamento verso il computer, la percezione della propria competenza o l'attività all'interno della rete sociale).

### 5.5.6 L'analisi specifica: i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare attribuiti a caso al gruppo sperimentale o al gruppo di controllo

Come già detto, l'attribuzione non casuale di molti partecipanti nel campione italiano rende difficile l'interpretazione di qualsiasi effetto della condizione riportato sopra, dal momento che esso potrebbe discendere dalle differenze preesistenti tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo (in altre parole, nello scenario di riferimento), piuttosto che derivare da processi innescati dall'attività formativa. Per affrontare tale aspetto problematico, abbiamo condotto un'analisi più focalizzata dei dati. Per farlo, abbiamo effettuato nuovamente tutte le analisi di cui sopra sulla sottoclasse di partecipanti che erano stati inseriti casualmente nel gruppo sperimentale o nel gruppo di controllo. Data l'attribuzione casuale, questa sottoclasse di partecipanti dovrebbe differire in maniera meno sostanziale nello scenario di riferimento, minimizzando l'interferenza di questo aspetto sull'interpretazione dei dati. Questa analisi più focalizzata è stata condotta solo tra i partecipanti selezionati nei contesti di assistenza domiciliare. Ciò perché, dopo aver escluso i partecipanti assegnati all'uno o all'altro gruppo in modo non casuale, la restante parte di partecipanti destinatari di assistenza residenziale era troppo ridotta, e distribuita in modo troppo disomogeneo tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, per poter rappresentare una base su cui effettuare raffronti che avessero significato a livello statistico (16 partecipanti appartenenti al gruppo sperimentale a fronte di 9 partecipanti appartenenti al gruppo di controllo). A confronto, l'attribuzione non casuale ha riguardato in misura minore i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare; inoltre, dopo aver escluso coloro che non erano stati assegnati casualmente al gruppo sperimentale o al gruppo di controllo, è rimasto un numero sostanziale di partecipanti che ammontava, nel quadro di questa analisi più focalizzata, a 60 (29 appartenenti al gruppo sperimentale, e 31 al gruppo di controllo).

Quando le verifiche iniziali sono state condotte su questo campione ridotto, sono state riscontrate meno differenze significative. Tuttavia, i partecipanti che dovevano ricevere la formazione risultavano ancora appartenere a molti meno gruppi rispetto ai partecipanti inseriti nel gruppo di controllo,  $t(58) = -2.89, p = .005$ , e inoltre erano marginalmente meno soddisfatti della loro vita,  $t(58) = -1.91, p = .06$ , nonché in misura marginale meno soddisfatti delle loro relazioni sociali,  $t(58) = -1.834, p = .07$ . Quindi, sebbene alcune differenze di partenza persistessero, queste erano meno numerose e meno marcate rispetto all'intero campione; ciò è il risultato dell'attribuzione non casuale in esso avvenuta.

Quando le analisi principali sono state ripetute sul campione ridotto, l'interazione attesa "tempo x condizione" sull'atteggiamento verso il computer, che prima non era significativa, ha assunto significatività in termini statistici,  $F(1, 58) = 4.47, p = .04, \eta^2 = .07$ . L'effetto della condizione osservato in precedenza è divenuto anch'esso più significativo,  $F(1, 58) = 8.42, p < .01, \eta^2 = .13$ . In linea con queste aspettative, si è ottenuto uno scenario in cui al Tempo 2 i partecipanti all'azione formativa mostravano atteggiamenti notevolmente più positivi verso il computer rispetto ai partecipanti inseriti nel gruppo di controllo,  $p = .001$ ; una differenza, questa, che non era significativa al Tempo 1,  $p = .27$ . Tale differenza relativa al Tempo 2 rispecchia uno scenario significativo di miglioramento dell'atteggiamento all'interno del gruppo sperimentale,  $p = .02$ , accompagnato dall'assenza di cambiamento nel gruppo di controllo,  $p = .53$ .

Anche lo scenario riportato prima, riguardante la competenza personale percepita, si è rafforzato nell'analisi più focalizzata. In questa, l'interazione "tempo x condizione" si è rivelata significativa,  $F(1, 58) = 4.14, p = .05, \eta^2 = .07$ . Essa rispecchia il fatto che il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo non differivano al Tempo 1 a livello di competenza personale percepita; la percezione della propria competenza è cresciuta notevolmente nel corso del tempo nel gruppo sperimentale,  $p = .015$ , ma non nel gruppo di controllo,  $p = .75$ . Tuttavia, tale crescita non è stata sufficiente per produrre una differenza significativa tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo al Tempo 2,  $p = .11$ .

Infine, gli effetti riportati sopra sui punteggi dell'ACE-R (salute cognitiva) sono rimasti validi anche nel quadro di quest'analisi più focalizzata. Ancora una volta, è emerso un effetto significativo del fattore tempo,  $F(1, 58) = 9.02, p = .004, \eta^2 = .14$ , che è stato determinato da un'interazione "tempo x condizione",  $F(1, 58) = 3.84, p = .055, \eta^2 = .06$ . Questa interazione rispecchia il fatto che, sebbene il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo non differissero al Tempo 1,  $p = .77$ , la capacità cognitiva degli appartenenti al gruppo sperimentale è aumentata in modo significativo nel corso del tempo,  $p = .001$ , mentre gli appartenenti al gruppo di controllo non hanno mostrato cambiamenti,  $p = .46$ . Sebbene questo incremento nel gruppo sperimentale fosse significativo, non era sufficiente a produrre una differenza tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo al Tempo 2,  $p = .38$ .

Il solo altro effetto significativo degno di nota, che è emerso dall'analisi più focalizzata, è l'interazione "condizione x tempo", che ha continuato a riguardare il grado di soddisfazione nella vita,  $F(1, 58) = 8.12, p = .006, \eta^2 = .12$ . Come è stato per l'analisi completa, questa interazione rispecchia una differenza

marginalmente significativa tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo al Tempo 1,  $p = .06$ , poi scomparsa al Tempo 2,  $p = .96$ , come risultato di una notevole riduzione del grado di soddisfazione all'interno del gruppo di controllo,  $p = .04$ , unita a un leggero incremento all'interno del gruppo sperimentale,  $p = .06$ . Come nell'analisi completa effettuata, questo particolare effetto, poiché è in parte il prodotto delle differenze di partenza tra i due gruppi, piuttosto che di una crescita specifica all'interno del gruppo sperimentale, è difficile da interpretare come causato dall'azione formativa stessa.

*Riepilogo.* Le analisi più focalizzate esposte appena sopra, riguardanti i dati italiani, hanno tentato di minimizzare l'impatto della mancata randomizzazione nell'attribuzione, includendo solo coloro che erano stati assegnati casualmente a uno dei due gruppi (sperimentale o di controllo), e solo rispetto ai partecipanti destinatari di assistenza domiciliare. Sebbene questo abbia ridotto sostanzialmente la forza dei test statistici, ha creato, nello scenario di riferimento, un gruppo di controllo e un gruppo sperimentale con una maggiore corrispondenza. Inoltre, i principali effetti significativi sulla percezione della propria competenza e i punteggi ACE-R provenienti dall'analisi completa sono stati riscontrati anche in quest'analisi più focalizzata. Questo suggerisce che tali risultati possono non essere stati prodotti direttamente dalla mancanza di randomizzazione nell'attribuzione, rappresentando invece una crescita verificatasi all'interno del gruppo sperimentale, attribuibile alla formazione stessa. Inoltre, l'effetto atteso della formazione sul miglioramento dell'atteggiamento verso il computer è risultato più significativo nell'analisi più focalizzata. Questo suggerisce che, quando tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo vi è corrispondenza nello scenario di riferimento, la formazione ha trasmesso esperienze positive nell'uso del pc, che hanno modificato gli atteggiamenti in senso più positivo. Sebbene tale scenario sia incoraggiante, è degno di nota il fatto che gli effetti siano meno numerosi rispetto a quanto riscontrato nei dati relativi al Regno Unito, e non coinvolgono i processi sociali. Anche le ulteriori analisi riguardanti l'effetto indiretto nel campione ristretto non sono riuscite a dimostrare alcuna relazione tra la formazione e l'aumento della salute cognitiva, avendo come variabile mediatrice la percezione della propria competenza, e non hanno mostrato alcuna prova delle relazioni di tipo indiretto con il miglioramento della salute mentale.

### **5.5.7 L'uso del computer e le esperienze con esso all'interno del gruppo sperimentale**

Come per il campione del Regno Unito, nelle interviste di follow-up del T2, abbiamo posto ai partecipanti all'azione formativa diverse domande relative a quanto avessero usato il computer, e agli specifici programmi e applicazioni usate e ritenute utili. Analizzando questi dati, abbiamo mantenuto l'intero campione dei partecipanti all'azione formativa al fine di ottenere un'immagine più nitida dello scopo per cui il pc è stato usato, indipendente dai suoi effetti.

Una larga fetta del campione totale dei partecipanti all'azione formativa ha dichiarato di usare il computer ogni giorno (56,7%), con più dei tre quarti del campione che lo usa almeno ogni due giorni (78%). Inoltre, il 60% del campione ha affermato che tendeva a usare il computer ogni volta per un lasso di tempo superiore all'ora, mentre la parte rimanente ha dichiarato di usarlo per lassi di tempo più brevi.

Ai partecipanti è stato chiesto se usassero il loro computer *mai, raramente, a volte, spesso o sempre* in relazione a ciascuno degli specifici programmi e applicazioni su cui era avvenuta la formazione. L'analisi delle risposte a queste domande ha rivelato che l'uso della posta elettronica era molto vario: essa veniva usata spesso o sempre dal 38% dei partecipanti, e raramente o mai dal 42%. Per quanto riguarda Skype, l'80% del campione ha dichiarato di usarlo raramente o affatto (solo il 3% ha usato Skype spesso o sempre). A confronto, Facebook è risultato più popolare, con il 60% dei partecipanti all'azione formativa che ha dichiarato di usarlo spesso o sempre, e con solo il 23% che ha dichiarato di usarlo raramente o mai. Al contrario, il 65% è risultato usare raramente o mai il diario contenente la storia della propria vita (solo l'8% lo usava spesso o sempre), e infine il 55% ha dichiarato di usare i forum online spesso o sempre.

Per quanto riguarda l'utilità percepita di ciascuna di queste applicazioni (rispondendo su una scala composta da *affatto utile, poco utile, utile in qualche modo, abbastanza utile, e molto utile*), il 38% dei partecipanti ha definito la posta elettronica "molto utile" (la percentuale sale a 78 se si considerano coloro che la trovano "utile in qualche modo"). Skype è stato ritenuto essere meno utile, con il 43% dei partecipanti che lo hanno trovato "affatto utile" o solo "poco utile" (il 25% dei partecipanti si colloca nel mezzo e lo ha trovato "utile in qualche modo"). Molti partecipanti hanno definito Facebook "molto uti-

le" (38%), con il 78% che lo trova almeno "utile in qualche modo". La maggior parte delle persone (53%) ha trovato l'album sulla storia della propria vita "affatto utile" o solo "poco utile" (il 32% lo ha definito "abbastanza utile" o "molto utile"). Infine, i forum online sono stati ritenuti generalmente utili, con quasi metà del campione che li ha definiti "molto utili", e la percentuale sale a 70 se si considerano coloro che li trovano almeno "utili in qualche modo". Per riassumere, risulta evidente che Facebook e i forum online erano gli strumenti più popolari insegnati nell'ambito del pacchetto EASY PC e sono stati usati in modo regolare dai partecipanti. Dall'altro lato, generalmente parlando, Skype e il diario sulla storia della propria vita sono stati usati molto saltuariamente. L'uso della posta elettronica era suddiviso in modo netto: essa, infatti, veniva usata molto o molto poco. In generale Facebook, la posta elettronica e i forum online sono stati definiti utili, mentre Skype e il diario sulla storia della propria vita sono stati ritenuti non utili.

Successivamente, ai partecipanti al corso di formazione è stato chiesto quanto usassero il pc da soli per una serie di scopi generici, rispondendo su una scala da 1 (mai) a 5 (sempre). Da queste informazioni risulta evidente che i partecipanti al corso di formazione usavano il computer per: *trovare informazioni e suggerimenti* (il 48% ha risposto "sempre", la percentuale sale a 82 se si considerano coloro che lo usavano almeno "a volte" per questo scopo); *guardare le fotografie* (l'85% lo usava almeno "a volte" per questo scopo); e *comunicare con gli amici o la famiglia* (l'83% lo ha fatto almeno "a volte"). All'altra estremità dello spettro, l'utilizzo del computer per fare *acquisti o incontrare nuove persone* non era molto comune, con rispettivamente il 95% e il 73% che hanno dichiarato di non averlo mai usato per questi scopi. Usare il computer per *scrivere o leggere documenti* era anche relativamente poco comune, con l'81% dei partecipanti che ha risposto di averlo usato per questo scopo "a volte" o meno frequentemente. Infine, per quanto riguarda l'uso del computer per *svago* (ad esempio, per guardare i film, giocare, ascoltare la musica), un numero relativamente consistente (30%) non l'ha mai usato per questo scopo, mentre la percentuale sale a 62 considerando coloro che lo hanno usato a tale scopo almeno "a volte".

Abbiamo anche raccolto delle informazioni dai partecipanti all'azione formativa, riguardanti la loro percezione sulla formazione stessa, i loro rapporti con il formatore, e il loro senso di relazione con le altre persone che prendevano parte al corso di formazione. In termini di utilità della formazione, il 75% dei partecipanti l'ha trovata "molto utile"; non vi sono stati partecipanti che hanno dichiarato di trovarla "affatto utile". Inoltre, l'88% dei partecipanti ha trovato le spiegazioni fornite durante il corso "chiare" o "molto chiare". Infine, l'85% dei partecipanti ha trovato il corso "giusto" dal punto di vista della velocità, né troppo lento, né troppo veloce. Riguardo i rapporti con gli esperti in tecnologie di assistenza, il 92% ha dichiarato di avere un atteggiamento positivo in riferimento ai suoi rapporti con il formatore; di questi, il 68% ha mostrato un atteggiamento molto positivo. Infine, l'83% non ha mostrato alcun senso di relazione con le altre persone coinvolte nel progetto. Riassumendo, sulla base dei resoconti soggettivi, l'esperienza dei partecipanti riguardo la formazione in sé è stata ampiamente positiva; in misura molto ridotta sono stati espressi pareri negativi o ambivalenti. Allo stesso modo, i rapporti con i formatori sono stati particolarmente positivi.

### 5.5.8 Il feedback qualitativo

In questa parte del rapporto, per meglio presentare gli effetti positivi della formazione sul gruppo sperimentale, commenteremo brevemente alcuni dei dati qualitativi raccolti dalle schede dei partecipanti al corso di formazione e dalle interviste condotte all'interno del processo di valutazione con tutti i partecipanti facenti parte del gruppo sperimentale, alcuni loro parenti, tutti gli assistenti e altri professionisti che lavoravano nelle case di riposo coinvolti nel progetto. Tali dati sono stati tratti anche da alcuni post pubblicati sulla pagina Facebook del progetto<sup>14</sup>.

La presentazione dei risultati qualitativi si articola in tre parti principali: nella prima, riassumiamo i dati provenienti dalle schede dei partecipanti; nella seconda, ci concentriamo sull'impatto della formazione all'uso del pc, in particolare riguardo l'autostima e l'uso del web e dei social network; nell'ultima parte commentiamo i punti critici della formazione sull'uso del pc.

#### • Dati provenienti dalle schede dei partecipanti al corso di formazione

<sup>14</sup> <https://www.facebook.com/pages/AGES-20/353641898080654?sk=info>.

I dati provenienti dalle schede dei partecipanti al corso di formazione mostrano che gli anziani generalmente hanno partecipato a esso con una buona motivazione, e che erano molto entusiasti delle possibilità offerte dall'uso del pc, specialmente internet. Qui di seguito riportiamo una breve descrizione delle conclusioni qualitative sui dati provenienti dalle schede dei partecipanti al corso, suddivise per argomento:

- **internet e forum online**

Navigare sul web appare essere l'utilizzo del pc più apprezzato dai partecipanti. Nella gran parte dei casi, costoro hanno usato Google per fare ricerche su cose che incontravano i loro interessi, o riguardanti il loro passato, come le Guerre Mondiali o gli eventi storici, le biografie, le scuole frequentate, e soprattutto per leggere le versioni online dei quotidiani. Internet è stato usato per ascoltare la musica, raramente per accedere ai forum online. Alcuni utenti hanno fatto buon uso della funzione "Favoriti" sulla barra degli strumenti, come strumento immediato per navigare sul web.

- **Facebook**

Alla maggior parte dei partecipanti è piaciuto usare Facebook, nonostante sia stato usato molto raramente per espandere la rete delle relazioni sociali ma principalmente per mantenere i contatti con parenti, amici o il personale delle case di riposo. Altri partecipanti hanno mostrato poco interesse per Facebook, non avendo parenti o amici sui social network o preferendo non condividere la propria sfera personale sul web. Molto raramente, gli anziani hanno trovato l'interfaccia di Facebook ostica o poco chiara.

- **posta elettronica**

Le email sono state usate per mantenere i contatti con parenti e amici, o per inviare comunicazioni al personale delle strutture di assistenza. In generale, ai partecipanti cui piaceva Facebook piaceva anche comunicare per email. Alcuni utenti hanno scelto questo canale per condividere le foto con i propri parenti.

- **Skype**

Le funzionalità di questa applicazione sono state ostacolate da problemi di connessione. Inoltre, i partecipanti in Italia hanno avuto difficoltà nel trovare i contatti di amici o parenti a causa della scarsa diffusione dell'applicazione tra le persone della loro stessa fascia di età.

- **fotografie e giochi**

Molti partecipanti hanno condiviso le fotografie con i familiari su Facebook. Coloro che erano interessati alla fotografia, hanno apprezzato questa attività. I giochi non hanno ottenuto molta attenzione da parte dei partecipanti, a eccezione di coloro cui piaceva giocare a carte. In generale, i giochi sono stati usati spessissimo nelle settimane iniziali della formazione, quando i partecipanti, ancora non pratici nell'uso del pc, potevano ricorrere ai giochi di carte come valido supporto nel processo di apprendimento dell'uso del mouse senza troppo stress.

- **diario sulla storia della propria vita**

Scrivere il proprio diario personale ha rappresentato un'attività strettamente connessa alle memorie personali e al modo in cui i partecipanti si ponevano nei confronti del proprio passato. Solo pochi utenti si sono dimostrati entusiasti di scrivere la storia della loro vita, andando alla ricerca, presso i propri parenti, di fotografie e particolari. In altri casi, i partecipanti hanno avuto un cattivo rapporto con il proprio passato, e non erano disposti a ricordare, o hanno semplicemente preferito non condividere le proprie memorie.

- **L'impatto dell'uso del pc**

La formazione sull'uso del pc ha avuto un impatto molto positivo sia sui partecipanti destinatari di assistenza residenziale, sia sui partecipanti destinatari di assistenza domiciliare. Come affermato dal coordinatore del personale di assistenza, e come riportato anche nella letteratura, la maggior parte delle persone destinatarie di assistenza residenziale era completamente priva di motivazione: *"poche settimane dopo essere stati inseriti nel programma di assistenza residenziale, perdono i loro interessi e sembra come se essi aspettassero semplicemente la morte. Lo abbiamo visto: la formazione sull'uso del pc ha rappresentato per la maggior parte di costoro una grande opportunità per rivivere; hanno mostrato un nuovo modo di approcciare la vita."* Come enfatizzato da un post su Facebook scritto da un partecipante: *"Chiuso tra quattro mura, si apre un nuovo orizzonte che porta la mia mente a respirare, e mi sento più partecipe e felice"*.

Internet è stato solitamente usato per approfondire alcuni hobby o rimanere in contatto con parenti e amici, ma per alcuni partecipanti la formazione ha rappresentato un sostegno importante per superare la tristezza. In base al punto di vista degli assistenti e dei parenti, la formazione sull'uso del pc ha avuto un duplice effetto: da un lato, ha aumentato l'autostima dei partecipanti, e dall'altro ha dato loro l'opportunità di familiarizzare con il web e con alcuni social network.

Riguardo l'**impatto dell'autostima**, gli assistenti hanno evidenziato che:

il fatto di aver imparato a usare il pc ha aumentato l'autostima e la soddisfazione personale degli anziani. Come affermato da un assistente, *"avvicinarsi a uno strumento che gli anziani percepivano come lontano dalla propria generazione, e vederne i risultati ha certamente migliorato la loro autostima e fiducia nelle proprie capacità; altri hanno familiarizzato con i nuovi social network, e hanno comunicato tutti i giorni con la loro famiglia, gli amici lontani e il personale della casa di riposo nella quale vivevano"*. Inoltre, la percezione della propria personalità è migliorata nel gruppo, dal momento che coloro che partecipavano al corso venivano visti come "anziani moderni" e aperti ai cambiamenti.

Come evidenziato da un altro assistente: *"Si dovrebbe notare che il progetto ha instillato una grande stima nei partecipanti; molti avevano iniziato il percorso formativo con esitazione, non credendo nelle loro potenzialità a causa dell'età. Invece, alla fine del percorso formativo sono rimasti molto soddisfatti del risultato che è stato, per giunta, completamente inaspettato per loro"*.

La formazione ha aiutato i partecipanti a costruire la fiducia in sé stessi. Come descritto da un assistente: *"La partecipante tendeva a deprecare e svalutare le sue capacità sebbene fosse stata capace di raggiungere un buon livello di competenza nell'uso del pc"*. La figlia di una delle partecipanti, che riceveva assistenza di tipo domiciliare, ha riferito che *"[La partecipante] ha scoperto capacità personali che non pensava di avere"*.

Riferendosi a un altro partecipante, lo stesso assistente ha affermato che *"è diventato un appassionato del pc e attraverso di esso, ha potuto coltivare molti dei suoi interessi e soddisfare molte curiosità. Questo ha migliorato in modo significativo la sua autostima"*.

I post su Facebook da parte dei partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale evidenziano pensieri e considerazioni che mostrano il loro entusiasmo e i loro desideri:

*"Sono molto felice di aver partecipato a questa iniziativa; ho scoperto che alla mia età si può ancora imparare. Non avrei mai pensato che potesse essere così facile e interessante."*

*"Sono molto felice che vi siano questi corsi. Ci fanno sentire meno vecchi di quanto non siamo, e ci permettono di imparare modi di comunicare che, data la nostra età avanzata, mai avremmo pensato potessero esistere. E se il docente è come [nome], tutto diventa praticamente un divertimento. Mille volte grazie di cuore a tutti!!!!!!"*

*"Dire che sono entusiasta del computer significherebbe non dire tutta la verità; molta della mia gratitudine va a [nome], che è riuscito a svelare i misteri tecnici, solitamente inaccessibili, perfino a un vecchio mezzo demente come ho la chiara impressione di essere. Come prova irrefutabile devo chiarire che ho 92 anni."*

*"Ho iniziato a partecipare a questo programma con scetticismo; oggi sono alla fine e mi sento molto soddisfatto poiché mi ha fatto acquisire fiducia in me. Avendo una certa età, pensavo di non farcela e invece ho riscoperto in me molte capacità – Grazie."*

Dall'inizio alla fine del corso, al fine di aumentare l'autostima, il ruolo degli assistenti, la loro empatia e le capacità professionali nel motivare e sostenere i partecipanti, sono stati elementi di cruciale importanza.

Riguardo l'**impatto dei social network**, è emerso dall'analisi dei dati quantitativi che l'aumento della partecipazione al gruppo e quindi dell'opportunità di socializzare attraverso i social network, è risultato più limitato in Italia rispetto al Regno Unito. Per quanto riguarda i social network, i partecipanti hanno avuto atteggiamenti diversi. Come riportato da un assistente a proposito di un partecipante che riceveva assistenza di tipo domiciliare: *"All'inizio della formazione, si è dimostrata molto riluttante a usare i social network. Poi, grazie all'amicizia con un'altra persona coinvolta nel progetto, ha iniziato a usare Facebook e la posta elettronica"*. Tuttavia, nella scheda di un altro partecipante, un assistente ha scritto: *"Non gli piacevano i social network come Facebook e Skype, poiché erano lontani dal suo modo di concepire la comunicazione e le relazioni interpersonali; invece, gli è molto piaciuto il diario sulla storia personale, nel quale ha potuto ricostruire la sua vita aggiungendo immagini e scrivendo commenti sulle sue passioni"*.

Dalla scheda di uno dei partecipanti destinatari di assistenza domiciliare, emergono delle difficoltà nel

mantenere un interesse verso il corso formativo: *“Il partecipante ha mostrato un completo disinteresse sia per la posta elettronica, sia per Facebook, trovandoli entrambi inutili. Inoltre, ha dichiarato di essere refrattario a seguire il corso. Dopo un’iniziale mancanza di interesse nell’uso del pc e dopo essersi mostrato indeciso se proseguire con il corso, l’utente ha iniziato ad appassionarsi all’uso di internet (sebbene usasse solo pochi dei programmi oggetto della formazione). Nonostante non usasse i social network previsti dal corso, si è registrato a diversi forum e gruppi online per commentare l’attualità e le notizie della politica”.*

Come postato su Facebook, *“La formazione sull’uso del pc organizzata nel quadro del progetto AGES 2.0 sta andando bene. Mi piace usare Google Maps per trovare i luoghi (ho cercato una località a [nome] dove avevo lavorato e anche altri luoghi). Mi piace anche leggere i giornali online, soprattutto l’attualità. Ho fatto alcune ricerche con Google, navigando sui siti che trattano di astronomia. Ho ascoltato la musica su YouTube”.* Da un altro post proveniente dalla pagina Facebook di un partecipante al progetto: *“Sono superfelice di aver imparato a usare il computer. Mi tiene molta compagnia: leggo i giornali, gioco a solitario, ecc.”.* Come riportato in un’altra scheda partecipante: *“Si è appassionata soprattutto ai giochi di carte, cui ha fatto ricorso in particolar modo nei momenti di insonnia”.*

La formazione sull’uso di internet ha avuto anche un impatto immediato positivo sui partecipanti per quanto riguarda la gestione della loro quotidianità e della vita indipendente, come affermato durante le interviste con due anziani destinatari di assistenza domiciliare:

*“Non uso molto Facebook; internet invece lo uso di più; ho imparato come fare l’autolettura del consumo del gas sul sito”. “Leggo il [nome del giornale locale] online; ancora non riesco a fare certe cose come ad esempio accedere al portale dell’INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale).”*

Il risultato più importante della formazione sull’uso del pc è stato quello di garantire accesso al web e al suo potenziale ludico, come anche la possibilità di prendere parte a community online e interagire con i gruppi all’interno dei social network. Le potenzialità del web di migliorare le relazioni sociali sono state esplicitamente considerate come un desiderio da parte di un partecipante: *“Sono felice delle lezioni e spero di divertirmi soprattutto trovando un amico che mi riempia la giornata che altrimenti sarebbe monotona”.* Inoltre, come riportato nella scheda di un partecipante destinatario di assistenza domiciliare: *“Internet è stato subito visto come un mezzo per ridurre la solitudine, e specialmente Facebook. È stato percepito come una risorsa per incontrare nuove persone, incluso uno dei partecipanti che aveva completato il corso prima”.*

Rimanere in contatto, tramite Facebook, con altri partecipanti inseriti nel gruppo sperimentale è stato considerato positivamente da alcuni, specialmente dai partecipanti destinatari di assistenza residenziale. Per costoro, la formazione sull’uso del pc ha rappresentato un’opportunità per aumentare le relazioni con le persone che vivevano nella stessa struttura di assistenza, e che partecipavano al corso. Un partecipante, tramite Facebook, ha allargato in modo significativo le proprie relazioni, scambiando quotidianamente messaggi e foto con circa 20 amici. Inoltre, attraverso internet, ha potuto leggere il giornale tutti i giorni e, grazie al pc, ha potuto guardare le foto e i video delle feste e delle gite cui ha partecipato insieme agli altri ospiti. Facebook ha anche incoraggiato le interazioni faccia a faccia con le altre persone residenti nella stessa struttura e che facevano parte del gruppo sperimentale. Come emerso da un’intervista con un assistente: *“Ho notato che parlava di se stesso facendo vedere a un po’ di ospiti alcune immagini del suo paese di origine”.*

Inoltre la formazione sull’uso del pc ha aumentato e migliorato la comunicazione tra gli anziani e gli assistenti. Per la maggior parte di essi, i rapporti con gli operatori sono stati cruciali, e Facebook è stato usato come strumento per mantenersi in contatto con gli assistenti anche quando essi non erano in servizio. È stato inoltre usato come strumento di condivisione di link a siti web, foto, esperienze e opinioni.

Facebook è stato usato anche per contattare i parenti, soprattutto i nipoti. Come ha dichiarato uno dei partecipanti destinatari di assistenza residenziale, appartenente al gruppo sperimentale, *“grazie a YouTube ho potuto finalmente vedere mio nipote che suonava con la sua band. È stato bellissimo!”*

Come evidenziato da uno di loro, i partecipanti alla formazione, destinatari di assistenza domiciliare, tendevano a evitare il contatto con gli altri partecipanti al corso di formazione, residenti nelle case di riposo: *“Non voglio avere alcun contatto con gli altri anziani solo per sentire lamentele sul proprio stato di salute; siamo tutti anziani ma personalmente non vado in cerca di un gruppo formato da anziani”.* Per i partecipanti destinatari di assistenza domiciliare, i social network sono stati uno strumento per stringere i contatti con i parenti o per coltivare i propri interessi.

A proposito di coloro che hanno usato il pc per intrattenere rapporti sociali con parenti e vecchi amici, un assistente ha sottolineato che *“li ho visti più sereni e calmi, ed erano contenti di condividere con me le emozioni e le esperienze fatte con i contatti che avevano.”*

Come affermato da un parente di uno dei partecipanti destinatari di assistenza domiciliare: *“In inverno, non può uscire molto, e quindi la possibilità di usare internet la sta aiutando: può contattare i suoi fratelli che vivono a [città] e [città]”. Il progetto è stato giudicato positivamente dai parenti intervistati, e uno di loro ha dichiarato: “Credo che il progetto sia un’esperienza positiva perché permette alle persone con difficoltà a livello fisico di mantenere i rapporti sociali.”*

Nonostante l’uso limitato dei social network, come Facebook e Skype, in Italia rispetto al Regno Unito, nella scheda di un partecipante destinatario di assistenza domiciliare, possiamo leggere: *“Facebook viene costantemente usato per mantenersi in contatto soprattutto con i familiari. Molto spesso la signora ha usato Skype. Sia la signora sia alcuni dei suoi familiari hanno notato un miglioramento della memoria e della capacità di concentrazione”. Inoltre, come sottolineato dallo psicologo che lavora come coordinatore di una delle case di riposo coinvolte nel progetto, “il progetto ha dato loro l’opportunità di usare un nuovo strumento. Una signora, ad esempio, ha usato internet per trovare dei tutorial per imparare a cucire, qualcosa, quindi, di suo interesse. Il programma ha avuto un impatto sulla solitudine percepita. Come casa di riposo saremmo molto lieti di partecipare a un tale progetto al fine di poter allargare l’esperienza a tutti i partecipanti.”*

#### • **Le sfide nella formazione all’uso del pc e i risultati sperimentali**

In moltissimi casi, la prima sfida cui gli assistenti si sono trovati davanti è stato lo **scetticismo iniziale** verso il computer. Hanno evidenziato che all’inizio della formazione *“i partecipanti erano scettici sulla loro capacità di apprendere, ed erano refrattari all’uso del pc; una volta però che hanno iniziato, la maggior parte di costoro si è appassionata al computer e ha iniziato a usarlo con interesse e curiosità”*. Ciononostante, non è stato facile per tutti i partecipanti interiorizzare tutte le informazioni necessarie su come usare il pc, e uno degli aspetti più problematici è stato l’uso della tastiera. In generale, apprendere nuove competenze informatiche ha rappresentato una fonte di **preoccupazioni e ansia** per alcuni partecipanti, e il ruolo degli operatori è stato importantissimo al fine di gestire queste condizioni emotive. Come affermato da un operatore in un’intervista: *“Di fronte a cose nuove, si è lasciata prendere dall’ansia e ha perso fiducia nelle sue azioni. Nonostante questi timori iniziali, durante il corso ha rafforzato la sua autostima e la soddisfazione personale, e si è aperta a nuove relazioni sociali utilizzando Facebook, nonché imparando dall’uso che i suoi amici facevano dei social network”*.

Inoltre, per altri partecipanti al progetto, le **disabilità fisiche e mentali** hanno rappresentato complicazioni aggiuntive per la formazione. Queste erano rappresentate principalmente da: problemi alla vista, difficoltà nell’udito, difficoltà nel calibrare i movimenti delle mani, memoria limitata. Gli operatori sono riusciti a superare in parte alcune di queste barriere con strumenti e applicazioni specifici. Sebbene EASY PC fornisca un’interfaccia molto fruibile, gli anziani hanno dovuto usare la tastiera dal momento che molti di loro non riuscivano a controllare i movimenti delle mani. Questi problemi sono stati parzialmente superati incollando lettere più grandi sulle tastiere o utilizzando gli schermi touch al posto del mouse.

Come annotato su una scheda: *“La signora non vede molto bene ed è stato necessario incollare sulla tastiera degli adesivi con delle lettere più grandi. Soprattutto all’inizio, non le è stato sempre possibile rispettare la scadenza di ciascuna lezione. Complessivamente, il corso e il computer le sono piaciuti molto”*.

A causa delle forti difficoltà nell’uso della tastiera, per alcuni partecipanti le prime lezioni sono state usate per familiarizzare con essa. Come annotato in una scheda di un partecipante destinatario di assistenza domiciliare: *“La signora ha avuto difficoltà nello scrivere con la tastiera. Pertanto, abbiamo utilizzato parte del tempo per gli esercizi di scrittura”*.

Molti anziani hanno chiesto di avere un prolungamento o un follow-up del corso di formazione, dato che avrebbero dimenticato presto le istruzioni ricevute. Questo problema è stato parzialmente risolto con l’uso di appunti o poster.

Come possiamo leggere nella scheda di un partecipante destinatario di assistenza domiciliare: *“La signora non aveva mai usato un pc nella sua vita. Così ho dovuto insegnarle a scrivere con la tastiera e a riconoscere le funzioni dei singoli tasti. Si è impegnata molto durante il corso. Le sue difficoltà iniziali relative al*

fatto di non aver mai usato un pc e di non essere capace di scrivere con la tastiera – tradizionale o touch screen – sono state superate. La signora si è mostrata sempre molto motivata nell'uso del pc e ha fatto dei buoni progressi. Non le è stato sempre possibile rispettare le scadenze delle lezioni perché alcuni argomenti hanno richiesto più tempo per essere assimilati e verificati rispetto alle tempistiche indicate nel manuale tecnico”.

In un'altra scheda si legge: “Vi sono ancora difficoltà nello scrivere con la tastiera. Il signore ha lavorato diligentemente per portare a termine il percorso formativo. Le sue difficoltà iniziali relative al non aver mai usato un pc e al non saper scrivere con una tastiera, sia essa tradizionale o touch screen, sono state superate. Non sempre è gli stato possibile tenere il passo, dal momento che tutti gli argomenti affrontati hanno necessitato di più tempo per essere interiorizzati e verificati rispetto a quanto indicato nel manuale tecnico”.

La necessità di consolidare i concetti appresi e ovviare ai limiti mnemonici è evidenziata nella scheda di un partecipante destinatario di assistenza domiciliare: “La signora mi ha chiesto molte volte di tornare sulle lezioni precedenti, temendo di non riuscire a ricordare tutti i passaggi di uno specifico programma. Ha spesso ‘riassunto’ il contenuto e preso appunti per integrare il manuale”. Come riportato in una scheda di un altro partecipante destinatario di assistenza domiciliare: “Spesso si è reso necessario ripetere alcuni degli argomenti nei quali la signora mostrava maggiori difficoltà di apprendimento, soprattutto Facebook e Skype”.

Per sostenere i partecipanti nell'uso del pc, un partecipante destinatario di assistenza domiciliare ha suggerito che: “Sarebbe utile avere un secondo corso, anche perché la nostra memoria non è più la stessa di anni fa, e per imparare nuove cose abbiamo bisogno di molto tempo e che vengano ripetute molte volte”.

L'atteggiamento della **famiglia** verso l'uso del pc ha giocato un ruolo fondamentale per i partecipanti destinatari di assistenza residenziale e per quelli destinatari di assistenza domiciliare. Come possiamo leggere nella scheda di un assistente: “Dopo un inizio molto difficoltoso, il partecipante si è appassionato all'uso di internet e soprattutto di Facebook. Ha usato Facebook per inviare foto dei suoi nipoti ad alcuni suoi parenti, ma sfortunatamente questa attività è stata impedita dalla sua famiglia per motivi di privacy (molte volte mi è stato chiesto di cancellare i miei contatti su Facebook)”. Il partecipante mostrava interesse per internet e Facebook, ma la sua attività non ha incontrato il consenso della famiglia.

Ma nella maggior parte dei casi la famiglia ha avuto un ruolo importante nel sostenere l'uso del pc, come affermato nel corso di un'intervista a un partecipante destinatario di assistenza domiciliare:

*“Da quando uso il pc posso fare cose che non facevo prima, e i miei nipoti mi sono stati molto di aiuto. Ora, invece dell'enciclopedia uso spesso Google. Vado su internet per vedere le previsioni del tempo e la geografia, e anche per ottenere informazioni su alcuni pittori (come De Chirico). Dipingo e ora ho imparato anche a usare Paint con l'aiuto di mia sorella.”*

Pertanto, l'uso del pc ha rappresentato un'opportunità per aumentare le relazioni familiari e intergenerazionali, le conoscenze e l'autostima in generale.

Ciononostante, i partecipanti stessi e i loro familiari hanno messo in evidenza alcuni rischi nell'uso di internet. Uno dei partecipanti ha dichiarato che: “Su Facebook vi sono dei rischi come il bullismo contro i ragazzi”. Al fine di ridurre i rischi potenziali legati all'uso di internet, gli operatori hanno introdotto filtri di controllo e protezione, informando i partecipanti circa l'esistenza di questi strumenti, ma non usandoli come un mezzo di censura.

Molte caratteristiche hanno riguardato l'impatto della formazione sui partecipanti. Il progetto è durato diversi mesi, e ha coinvolto molte strutture di assistenza. Il ricercatore responsabile della consegna dei questionari standardizzati prima e dopo il corso di formazione ha notato che il **contesto generale dell'assistenza residenziale** ha giocato un ruolo importante nel risultato. Alcune di queste caratteristiche hanno rappresentato uno stimolo significativo e hanno incoraggiato l'uso del pc, ad esempio per quanto riguarda il luogo in cui i pc erano posizionati e l'orario e il luogo in cui si svolgeva il corso; altre hanno sostenuto in misura minore l'innovazione introdotta dall'uso del pc. Inoltre, le **stagioni** sono risultate avere un impatto sulla condizione psicologica generale dei partecipanti: “Durante l'estate, i partecipanti avevano un atteggiamento più positivo verso la vita, come anche si afferma in numerosi studi internazionali condotti su questo argomento”, ha riferito il ricercatore. Nonostante questi fattori esterni, le stagioni hanno riguardato in misura uguale i due gruppi sperimentali e il gruppo di controllo; sarebbe quindi importante prendere in considerazione questo aspetto in fase di pianificazione di ulteriori sviluppi del progetto.

In generale, la **condizione sanitaria e psicologica specifica del partecipante** ha avuto un impatto sulla formazione e specialmente sui risultati dei test standardizzati somministrati per raccogliere i dati quantitativi. Come si legge sulla scheda di un partecipante destinatario di assistenza residenziale: *“Il corso è stato influenzato anche dall’umore negativo del partecipante, a causa di conflitti con la propria famiglia e la casa di riposo nella quale risiede”*.

Anche il **contesto nazionale e regionale generale** ha giocato un ruolo cruciale nell’uso di questi programmi. Ad esempio, l’uso limitato di Skype va considerato come il risultato di problemi tecnici ma anche della mancanza di altri contatti Skype per la gran parte dei partecipanti. Come riportato nella scheda di un partecipante: *“Il funzionamento di Skype è stato illustrato ma tale applicativo non è stato usato a causa della mancanza di contatti e della preferenza per Facebook, dove, in particolare, il partecipante ha condiviso le foto”*.

La possibilità di partecipare al corso di formazione direttamente nel proprio domicilio è stata considerata positivamente da un parente di un partecipante, nei seguenti termini: *“Il fatto di tenere il corso direttamente a casa gli ha permesso di partecipare. Infatti, è molto timido e non sarebbe andato in una struttura per seguire il corso”*.

Lo studio sperimentale, come già detto, era stato pensato per testare come le nuove tecnologie, in particolare internet e i social network, aiutassero a promuovere la comunicazione e l’inclusione sociale degli anziani, nonché per valutare gli effetti sulla salute e il benessere. Nell’ottica di una definizione più ampia di comunicazione e inclusione sociale, che va oltre le conclusioni quantitative – cui si è giunti con l’uso degli strumenti standardizzati per misurare l’impatto della formazione sul gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo – e che include le conclusioni qualitative basate sui dati – che provengono dalle schede dei partecipanti, dalle interviste con gli stessi, dagli operatori, dai parenti, nonché dai post pubblicati su Facebook dai partecipanti –, possiamo affermare che la formazione ha avuto un impatto molto positivo sui partecipanti stessi, sia destinatari di assistenza residenziale, sia destinatari di assistenza domiciliare.

Questo post di Facebook pubblicato da una partecipante al corso riassume gran parte dei feedback qualitativi raccolti durante il corso, e può fungere da sintesi del progetto AGES:

*“Devo ringraziare il team del progetto AGES e tutti i collaboratori. Ho partecipato a questo studio ‘non senza preoccupazione’, perché l’età non più verde di 80 anni di certo non aiuta, con tutte le perdite di memoria e gli acciacchi del tempo. Volevo provarci e devo dire che sono soddisfatta perché ora mi sento meno sola. Quando penso a una poesia, a un pezzo di storia e non ricordo chi l’ha scritta, basta che scriva anche solo una frase e il dado è tratto. Allo stesso modo posso comunicare con la mia famiglia e con gli amici, leggere le notizie sui giornali, vedere le piantine delle città, ecc. Il giorno [data] il corso cui ho partecipato è giunto al termine e posso dire senza ombra di dubbio che mi mancherà perché ho imparato qualcosa ma c’è ancora molto da scoprire e il tempo scarseggia. Accontentiamoci! Grazie di cuore a tutti voi e in particolare al mio prezioso insegnante. Con affetto, [nome]”*

### **5.5.9 Riepilogo delle conclusioni riguardanti l’Italia**

I dati raccolti in Italia rivelano che l’intervento ha avuto un impatto importante sui risultati individuali. Nello specifico, ricevere la formazione ha migliorato le capacità cognitive e ha contribuito a una migliore percezione della propria competenza. Tuttavia, per ragioni pratiche e organizzative evidenziate nel metodo, non si è proceduto con una randomizzazione in senso stretto nello studio italiano, e ciò ha potenzialmente compromesso l’interpretazione di tali effetti. Ciononostante, l’analisi più focalizzata su un sottoinsieme di dati che sono stati giudicati relativamente immuni da questi ostacoli al controllo sperimentale, ha confermato le conclusioni principali e ha anche mostrato che la formazione è associata al miglioramento degli atteggiamenti verso il computer nel corso del tempo.

A differenza dei dati relativi al Regno Unito, non vi è prova che i benefici della formazione si siano estesi ai risultati in termini sociali (ad esempio, gli indicatori riguardanti l’attività all’interno della rete sociale o la partecipazione al gruppo) o ad altri indicatori riguardanti una concezione positiva della propria personalità. Non vi sono state prove concrete di effetti diretti o indiretti sui risultati in termini di salute mentale. Quindi, mentre gli effetti della formazione del campione italiano sembrano convergere con quelli osservati nel Regno Unito, essi hanno una portata e un’estensione più limitata.

Una possibile ragione di tutto ciò viene mostrata nell'analisi sull'uso del pc tra i partecipanti al corso di formazione, e nel feedback qualitativo proveniente dalle schede dei partecipanti. Esse evidenziano un minore coinvolgimento con le principali applicazioni interattive e sociali (ad esempio, Skype) rispetto ad altri pacchetti formativi e a ciò che si è osservato nel Regno Unito. Parimenti, il feedback qualitativo più ampio suggerisce che la formazione è stata un'esperienza positiva per coloro che vi hanno partecipato, e che costoro e gli operatori hanno avuto la sensazione che la formazione abbia contribuito positivamente alle loro vite e al loro benessere. Tuttavia, il feedback ha ancora una volta evidenziato gli impatti della formazione sulle competenze e l'autostima derivanti da essa, piuttosto che sul coinvolgimento sociale attivo attraverso internet. Il feedback suggerisce che la mancanza di coinvolgimento a livello sociale tra i partecipanti italiani al corso di formazione era un effetto sia delle problematiche tecniche (ad esempio, una connessione che non supportava Skype) come pure dei problemi di motivazione (ad esempio, la mancanza di interesse e di impegno verso questi usi specifici). Si tornerà su questi aspetti sezione successiva.



## 6. Le conclusioni e le implicazioni della ricerca comparativa

Vi sono più conclusioni significative che emergono dagli studi condotti nel quadro di questo progetto. Sia in Italia, sia nel Regno Unito, vi sono elementi a sostegno del fatto che coloro che erano coinvolti nell'intervento di formazione si sono mostrati, nel corso del tempo, più aperti verso l'uso del pc, hanno sviluppato un senso più forte di competenza percepita e hanno mostrato una migliore capacità cognitiva. In genere, queste conclusioni sono più solide nel Regno Unito, ma situazioni simili sono emerse anche nel campione italiano, specialmente nelle analisi più focalizzate che hanno tentato di affrontare le problematiche specifiche del reclutamento e dell'attribuzione, verificatesi in Italia.

Nel Regno Unito, sono emersi effetti più ampi: la formazione ha attivato le reti sociali dei partecipanti, li ha aiutati a mantenere un senso di identità (che invece è diminuito nel gruppo di controllo). Inoltre, i processi combinati di aumento della competenza percepita, di aumento dell'attività all'interno della rete sociale, e di mantenimento del senso di identità, spiegano i miglioramenti osservati in termini di salute cognitiva, e sono stati associati indirettamente al miglioramento della salute mentale e del benessere.

Quindi, i risultati combinati mostrano che dare agli anziani vulnerabili un computer, una connessione a banda larga, e la formazione su come usarli possono rivelarsi molto positivi per il loro benessere. Questi benefici sembrano particolarmente evidenti riguardo la salute cognitiva, ma hanno anche il potenziale per avere un impatto sulla salute mentale.

Sebbene vi fosse una forte corrispondenza nelle conclusioni tra i due Paesi, vi sono state anche importanti differenze. È interessante considerare le ragioni delle differenze e le implicazioni di questi risultati per la ricerca futura in questi ambiti, e per le politiche finalizzate ad aumentare l'uso della tecnologia tra gli anziani vulnerabili e il loro coinvolgimento a livello sociale.

Riguardo le differenze tra le conclusioni relative ai due Paesi, vi è un numero di fattori che risultano importanti. Come riportato nelle informazioni di contesto all'inizio di questo rapporto (Capitolo 3), l'integrazione sociale degli anziani e la natura dell'assistenza sono abbastanza diverse tra i due Paesi. Ad esempio, il posto che gli anziani occupano nella società, e più nello specifico nella famiglia, presenta notevoli differenze. Anche il sistema di assistenza differisce in modo significativo, specialmente per quanto riguarda l'assistenza residenziale che in Italia include gli individui più vulnerabili e che non sono in grado di vivere in modo indipendente o con l'assistenza informale fornita dalla famiglia. Sembrano essere presenti anche differenze culturali nella partecipazione sociale al di fuori della propria casa, e nella diffusione dell'uso di internet e dei social network tra la popolazione (entrambe più alte nel Regno Unito rispetto all'Italia). Tutti questi aspetti rappresentano uno scenario importante per gli effetti che sono stati osservati in questa sede.

Ad esempio, sembra probabile che la capacità di usare internet e la capacità di usarlo specificamente per l'integrazione a livello sociale, abbia caratterizzato maggiormente i partecipanti inglesi. La limitata diffusione della banda larga, soprattutto nella regione italiana che ha partecipato a questo progetto, ha significato che la connessione fosse meno affidabile e certe applicazioni meno funzionali. Inoltre, dato l'uso più ampio di internet e dei social network nel Regno Unito, una volta che i partecipanti erano online, avevano molte più opportunità di connettersi con amici e familiari rispetto a quanto avveniva in Italia. Ciò è infatti emerso dall'analisi dell'uso del computer tra i partecipanti al corso (Sezioni 5.3.5 e 5.5.7). Nel Regno Unito risulta chiaro che Skype, in particolare, è stato considerato dai partecipanti come un mezzo per connettersi a familiari e amici, specialmente quelli che vivono molto lontano (si veda anche il feedback qualitativo, Sezione 5.3.6), mentre il medesimo programma è stato usato di meno e considerato in modo meno positivo tra i partecipanti italiani. Questi fattori hanno contribuito a spiegare l'effetto significativo della formazione sul coinvolgimento sociale nel Regno Unito, e l'assenza di questo effetto in Italia.

Gli aspetti di cui sopra evidenziano un'implicazione importante delle conclusioni. Sebbene si sia dimostrato che perfino gli anziani vulnerabili (ad esempio, coloro che ricevono assistenza residenziale) possono essere reattivi a una formazione di sostegno sull'uso del pc – e su come usarlo a scopi sociali –, la loro capacità di interagire e beneficiare appieno di essa è ostacolata dai vincoli di natura tecnologica e sociale. Per partecipare a livello sociale online, una persona ha bisogno di una connessione affidabile e della capacità di raggiungere i contatti attraverso questo mezzo. Ciò implica che l'investimento nella banda larga rappresenta un elemento essenziale in qualsivoglia intervento finalizzato ad aumentare il coinvolgimento sociale e ridurre l'esclusione, migliorando le capacità informatiche delle persone anziane. Sebbene potessimo osservare gli effetti positivi anche quando questi fattori non erano ottimali (in altre parole, nello studio italiano), abbiamo osservato dei maggiori benefici quando la tecnologia era più affidabile e vi erano maggiori possibilità di essere socialmente connessi (in altre parole, nello studio riguardante il Regno Unito).

Oltre all'accessibilità a internet, e ai contatti sociali per mezzo di esso, la capacità stessa di usare il computer rappresenta una questione importante, che è stata costantemente presa in considerazione nella presente ricerca. I computer e la loro interfaccia non sono sempre fisicamente accessibili da parte degli anziani vulnerabili, per i quali la ridotta mobilità/agilità possono compromettere la capacità di usare la tastiera o il mouse; problemi alla vista e all'udito possono rendere difficile leggere lo schermo o udire la persona con cui si sta parlando su Skype; anche i problemi connessi con la circolazione sanguigna e la secchezza della pelle possono rendere l'uso degli schermi touch meno agevole. Oltre ad adattare la formazione per renderla più conforme ai bisogni e agli interessi dei partecipanti (Sezione 5.2.2), in molti casi si è cercato di adattare l'hardware per permettere agli utenti di usarlo appieno e in modo efficace, in considerazione dei loro limiti fisici. Questa non è una questione irrilevante per le iniziative politiche che potrebbero tentare di aumentare il coinvolgimento digitale delle popolazioni anziane. Saper fare e voler fare non è abbastanza: le persone devono essere messe anche a livello fisico nelle condizioni di fare. EASY PC rappresenta un tentativo di aumentare l'accessibilità, ma vi sono altre piattaforme che potrebbero essere più efficaci per alcuni utenti (ad esempio, i tablet) o che potenziano ulteriormente o adattano il sistema per rispondere alle necessità dell'individuo.

Oltre a saperne di più sull'impatto che la formazione sui social network ha sulla salute e sul benessere degli anziani – e sui fattori fisici, sociali e tecnologici che la riguardano – si sono anche acquisite più informazioni sul processo di sperimentazione sociale al servizio della consulenza sulle politiche. La sperimentazione sociale è chiaramente molto importante per l'adozione di decisioni politiche efficaci, che vengono attuate per migliorare la vita di coloro che sono i destinatari delle stesse. Ma al fine di condurre la sperimentazione sociale in modo efficace, è importante non solo avere partecipanti disponibili e ricercatori capaci di effettuare i test. È anche importante avere un sostegno istituzionale più ampio a favore del processo di sperimentazione, e la volontà di trarre insegnamenti da esso.

Come già discusso nei metodi, mentre è stato possibile seguire pedissequamente il piano originario di sperimentazione nel Regno Unito, gli aspetti relativi al contesto di assistenza in Italia hanno comportato che i rigorosi protocolli della sperimentazione dovessero essere "ammorbiditi". Anche se questo comportava diversi problemi, si è comunque potuto attuare il progetto e produrre conclusioni rilevanti. In parte, la capacità dello studio relativo al Regno Unito di evitare questi problemi è collegata alla storia del rapporto di lavoro tra il team di ricerca e la struttura di assistenza – quest'ultima, in quanto istituzione, è stata coinvolta nella sperimentazione sociale, ne ha visto i benefici, e ha sviluppato un buon rapporto con i partner della ricerca. In Italia, il partenariato tra i ricercatori e le organizzazioni di assistenza era qualcosa di nuovo, e il rapporto era meno ben sviluppato. Affinché gli esempi futuri di sperimentazione sociale siano efficaci, e affinché producano il massimo beneficio sia per i partner di ricerca sia per l'organizzazione di assistenza, è importante assicurare che vi siano solide relazioni alla base. Coltivare relazioni efficaci e durature tra i ricercatori e i partner governativi/organizzazioni partner appare essere una priorità importante per le politiche finalizzate a finanziare la sperimentazione sociale e a trarre benefici da essa.

Infine, è utile riflettere sulle implicazioni che le conclusioni hanno per gli sviluppi tecnologici nel settore dell'assistenza. In particolare, le autorità locali, insieme alle quali si è sviluppato questo progetto, sono interessate alle possibilità offerte dalla teleassistenza (si veda la prossima sezione sul feedback degli stakeholder). Questo progetto non ha testato l'efficacia della teleassistenza e pertanto non sarebbe appropriato fare affermazioni sui suoi possibili effetti sulla popolazione anziana in queste regioni. Tuttavia, se il messaggio principale della ricerca è che la tecnologia può costituire uno strumento efficace per la salute e il benessere quando si accompagnano gli anziani nell'uso della stessa, e quando la tecnologia permette loro di percepire la loro competenza e di intrattenere relazioni sociali con gli altri,

questi aspetti appaiono rilevanti per l'attuazione della teleassistenza. Se gli interventi di teleassistenza sono tali da fare sì che gli anziani vulnerabili si sentano meno capaci e più isolati, essi saranno visti in modo meno positivo e potrebbero non migliorare la salute e il benessere di coloro che invece intendevano aiutare. Naturalmente, questo è solo un suggerimento basato sul presente progetto; la ricerca futura dovrebbe esplorare maggiormente queste problematiche, guardando al contesto specifico delle iniziative di teleassistenza.



## 7. Le raccomandazioni di policy derivanti dalla valutazione e dalle attività di replica in scala

Questa sezione riassume gli insegnamenti appresi durante l'attuazione di altre attività progettuali parallele alla formazione e alle attività di ricerca e analisi. Tali insegnamenti derivano dalle schede dei partecipanti e dalle osservazioni fatte dai partecipanti stessi, dal personale coinvolto nel percorso formativo, dai parenti e dagli psicologi o direttori delle case di riposo nel corso delle interviste finalizzate a valutare il progetto. Gli insegnamenti derivano anche dagli incontri con gli stakeholder cui hanno partecipato i decisori e i rappresentanti delle ONG.

Per quanto riguarda gli incontri con gli stakeholder, essi sono stati importantissimi per discutere della possibilità di continuare a replicare in scala il progetto, e anche per considerare i possibili sviluppi futuri delle politiche. La discussione che ne è nata ha fornito l'occasione per suggerire percorsi politici finalizzati a migliorare l'efficacia dell'iniziativa e la possibilità di replicarla in scala.

Inoltre, durante gli incontri con gli stakeholder in Italia, l'efficacia del pacchetto formativo EASY PC è stata discussa in riferimento al modello costi-benefici specificamente costruito sui costi e i risultati del progetto.

In questa prospettiva, prima di affrontare qualsiasi raccomandazione di policy, si è voluto sottolineare che il progetto non comportava semplicemente un'azione formativa di alfabetizzazione digitale. Esso era piuttosto finalizzato a sviluppare capacità specifiche che possono facilitare le relazioni sociali dei partecipanti, la loro salute cognitiva e la loro partecipazione sociale.

### **7.1 Sostenere i miglioramenti in termini di alfabetizzazione digitale nelle persone anziane**

La fetta di popolazione che è digitalmente alfabetizzata sta crescendo rapidamente, per effetto dei miglioramenti a livello di connessione e tecnologia, della frequentazione dei corsi di formazione e della sostituzione delle vecchie generazioni con le nuove, particolarmente avvezze alla tecnologia.

L'esclusione digitale rappresenta un problema di breve e medio termine. L'obiettivo del Governo britannico di consentire a chiunque ne abbia la capacità, di diventare digitalmente alfabetizzato entro il 2020 avvalorava quanto appena detto. L'esclusione digitale rappresenta anche un problema legato all'età. L'83% delle persone che non sono oggi digitalmente alfabetizzate ma che sono "disposte a, e capaci" di diventarlo, ha un'età pari o superiore a 45 anni. All'interno di quest'ampia fascia d'età, la maggior parte delle persone che beneficerebbero della formazione e del sostegno per diventare digitalmente alfabetizzati appartiene alle fasce d'età più anziane.

Dimostrando che la formazione delle persone anziane nell'uso dei social network si associa ai benefici sociali e cognitivi, il progetto AGES 2.0 sostiene la necessità di adottare politiche incentrate sull'aumento dell'alfabetizzazione digitale degli anziani, inclusi gli anziani inseriti nei contesti di assistenza. Il progetto sostiene la necessità di adottare una definizione ampia di coloro che sono "disposti a, e capaci" di diventare digitalmente alfabetizzati, includendo non solo quelli che "hanno una percezione positiva dell'essere online" (definizione attuale), ma anche coloro che potrebbero mostrarsi ambivalenti, a causa della mancanza di riconoscimento dei potenziali benefici dell'essere online.

## 7.2 Incoraggiare le case di riposo a fornire accesso alle tecnologie e al sostegno digitale

La popolazione anziana che entra nel sistema di assistenza sarà sempre più digitalmente alfabetizzata. Nel corso del tempo, più e più persone entreranno nelle case di riposo con i loro pc, tablet e smartphone. In risposta a questa nascente domanda, i fornitori all'avanguardia di servizi assistenziali hanno iniziato a fornire il wi-fi gratuitamente o l'accesso ai pc nelle aree comuni (come avviene nelle hall degli hotel). È probabile che questa tendenza continui e che i residenti delle case di riposo senza competenze digitali si rendano conto che coloro che invece posseggono queste competenze, traggono benefici dalle interazioni online; ciò aumenterà la curiosità, il desiderio di imparare e, potenzialmente, la portata del trasferimento delle competenze tra i residenti delle case di riposo, con il sostegno appropriato da parte dello staff.

Le statistiche del sito [carehome.co.uk](http://carehome.co.uk) riportano che nel 2013 solo 3.400 delle 20.000 case di riposo nel Regno Unito fornivano accesso a internet ai propri residenti<sup>15</sup>.

Nel Regno Unito, la Commissione sulla qualità dell'assistenza è responsabile delle visite ispettive nelle case di riposo e di assicurare che le persone residenti in tali contesti ricevano un'assistenza senza rischi e appropriata, che soddisfi i loro bisogni e sostenga i loro diritti. Questo include l'accesso alle attività e agli stimoli per la mente.

Le conclusioni del progetto AGES 2.0 suggeriscono che gli enti responsabili dell'attività ispettiva e del controllo della qualità (come la Commissione per la qualità dell'assistenza) in tutta Europa includano l'accesso a internet e il sostegno all'uso di internet come criterio di valutazione, da prendere in considerazione durante le ispezioni.

## 7.3 Sostenere il personale di assistenza nell'acquisto delle capacità richieste per permettere alle persone anziane di diventare digitalmente alfabetizzate

Il ruolo del Care Technologist è una novità per la maggior parte dei contesti di assistenza. Raccomandiamo questo nuovo profilo professionale che riunisce in sé le competenze di un assistente con quelle di un formatore sull'uso del pc. Questo nuovo profilo necessita di adeguato riconoscimento da parte delle autorità del settore e degli enti che erogano formazione e rilasciano qualifiche. I decisori europei e nazionali dovrebbero sostenere le iniziative (ad esempio, un ulteriore sviluppo dei livelli di competenza, delle qualifiche e dei programmi di formazione) che incoraggiano l'acquisizione di queste nuove competenze.

Oltre alla preparazione tipicamente necessaria per l'assistenza agli anziani, un Care Technologist deve possedere anche una serie di competenze quali la capacità di insegnare agli anziani a usare le tecnologie informatiche, le abilità informatiche e di risoluzione dei problemi, la comprensione di cosa sia la sicurezza online, e la capacità di valutare positivamente i modi in cui gli anziani apprezzano il pc e i siti che possono trovare interessanti, e così via.

## 7.4 Adattare il pc ai bisogni dei partecipanti

Il pc e l'interfaccia più comune non sono pensati per essere accessibili alle persone con problemi di vista. I problemi alla vista o il tremore alle mani possono impedire l'uso del pc a quegli anziani che possiedono le capacità cognitive per imparare a usare il computer. Questo è stato sottolineato nelle schede di valutazione, nonché dai partecipanti stessi e dai loro parenti nelle interviste di valutazione. Il progetto è riuscito a gestire con successo molte di queste situazioni nei seguenti modi:

- fornendo un'interfaccia facile da usare – EASY PC – con poche funzioni e link diretti ai programmi installati;
- permettendo agli anziani di provare diversi accessori e scegliere quelli più comodi (ad esempio,

<sup>15</sup> <http://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1560123/care-homes-urged-to-get-residents-online-and-stop-the-digital-divide-becoming-a-digital-gulf>

alcuni anziani hanno avuto difficoltà nell'uso del mouse e hanno preferito uno schermo touch, mentre altri hanno trovato il mouse semplicissimo da usare);

- trovando soluzioni pratiche per risolvere ulteriori difficoltà, come l'uso di una lente d'ingrandimento digitale per ingrandire le icone o gli oggetti sul desktop, oppure incollando caratteri in grassetto sulla tastiera, o permettendo ai partecipanti di giocare sul pc ai giochi che conoscono, come i giochi di carte, al fine di familiarizzare con il mouse.

L'adozione di un approccio flessibile sui contenuti e sulle tempistiche di attuazione della formazione si è rivelata efficace nell'adattare il progetto alle necessità dei singoli individui.

È stata dedicata particolare attenzione, da parte degli operatori, alla gestione delle situazioni di stress per evitare il rischio di frustrazione che potrebbe derivare dalle prime difficoltà.

La capacità del Care Technologist di "adattare" il pc ai bisogni del partecipante, di districarsi in situazioni di stress e di stabilire una relazione diretta con il partecipante è della massima importanza per il raggiungimento degli obiettivi formativi e per evitare il rischio di frustrazione che potrebbe sorgere di fronte alle prime difficoltà.

## **7.5 Fornire un'assistenza prolungata**

Una delle preoccupazioni principali degli anziani è la possibilità di avere un corso di formazione più lungo e un supporto tecnico per risolvere i problemi che potrebbero sorgere nell'uso del pc.

Il follow-up dovrebbe assicurare, attraverso incontri sporadici e assistenza da remoto, sia che i partecipanti non dimentichino specifici task o le competenze acquisite, sia che i problemi tecnici vengano risolti.

Nel corso del progetto, gli anziani dovrebbero ottenere un sostegno prolungato da parte degli operatori, o, laddove possibile, da parte dei loro parenti più giovani o degli amici.

La proposta di creare il nuovo profilo professionale di Care Technologist va in questa direzione.

Fornire alle persone incaricate dell'assistenza agli anziani, come gli operatori sociali, le competenze tipiche dei formatori in ambito informatico, può permettere ai beneficiari di avere un'assistenza continua allo scopo di non dimenticare le competenze acquisite e/o di ampliarle, come rimarcato dai partecipanti, dai loro parenti e dagli operatori stessi durante le interviste di valutazione.

Un tale approccio fornirebbe una risposta alle necessità oggettive che molte persone hanno di mantenersi attive al fine di non perdere le conoscenze recentemente acquisite.

## **7.6 Coinvolgere gli attori locali**

Il coinvolgimento delle ONG e, più specificamente, dei centri che organizzano attività ricreative per gli anziani, come i centri sociali italiani, può rappresentare un valido strumento per la selezione di anziani a rischio di esclusione sociale, insieme alle strutture pubbliche demandate all'erogazione di assistenza sanitaria e sociale. Il progetto ha creato una rete locale di attori, che ha raggiunto con successo i potenziali beneficiari.

Inoltre, come evidenziato dalle ONG e dai decisori durante gli incontri con gli stakeholder, nei casi in cui i beneficiari non necessitano di assistenza costante, le ONG possono essere un prezioso alleato per assicurare un'assistenza di follow-up. Numerose organizzazioni sono già coinvolte in progetti o attività che riguardano gli anziani a rischio di esclusione sociale e, spesso, sono costituite da giovani capaci di risolvere gran parte dei problemi pratici che i partecipanti incontrano dopo il corso di formazione (come, ad esempio, non ricordare una password e come richiederne una nuova).

## **7.7 Trovare un finanziamento adeguato nel quadro attuale delle politiche sociali e sanitarie**

In base alla discussione con i decisori in occasione degli incontri con le parti interessate, il Fondo sociale europeo sembra essere la fonte naturale di finanziamento per realizzare l'iniziativa a livello locale e regionale, e per sostenere l'emergere del profilo professionale del Care Technologist attraverso corsi di formazione ad hoc per gli operatori. EASY PC può poi essere sostenuto attraverso le politiche sanitarie e sociali esistenti. In molte regioni italiane, le famiglie potrebbero richiedere l'attivazione di specifici servizi gratuiti per le persone con disabilità. L'opzione EASY PC potrebbe anche essere inclusa tra i servizi contemplati come strumento per aiutare i beneficiari a mantenersi in contatto con la loro famiglia, per usare i servizi basati sul web (come la richiesta o la ricezione di documenti online rilasciati dalla pubblica amministrazione e la ricezione dei risultati delle analisi del sangue o delle ricette mediche) e per sostenere la vita privata e sociale degli anziani. Nei contesti specifici, l'uso del pc può rappresentare uno strumento contro l'esclusione sociale, riducendo quindi i rischi dell'insorgenza di ulteriori patologie mentali. Come sottolineato dai decisori, la formazione sull'uso del pc a favore degli anziani può essere associata con il lancio di programmi, basati sul web, di telemedicina per questo gruppo di beneficiari di assistenza sanitaria; oppure può facilitare l'assistenza sanitaria degli anziani che vivono in aree isolate. I beneficiari saranno in grado di mettersi in contatto con i medici attraverso Skype o di comunicare, per mezzo del web, i dati sulla propria salute, cosicché possa essere effettuato un continuo monitoraggio delle loro condizioni sanitarie. Potrebbe essere possibile perfino richiedere visite a domicilio in caso di necessità.

## 8. Bibliografia

- Active Ageing Index, United Nations Commission for Europe / European Commission.  
<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>, dati scaricati a ottobre 2014
- Active Ageing Index (AAI) (2013). Active Ageing Index 2012, Concept, Methodology and Final Results, UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003. <http://www.euro.centre.org/aai>.
- Ayers, S., (2013), *The Click Guide to Digital Technology for Adult Care*, Wordpress.
- Baray, G., Postmes, T., e Jetten, J. (2009). When I equals we: Exploring the relation between social and personal identity of extreme right-wing political party members. *British Journal of Social Psychology*, 48(4), 625-647.
- Baumeister, R. F., e Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bennett, D. A., Schneider, J. A., Tang, Y., Arnold, S. E., e Wilson, R. S. (2006). The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *The Lancet Neurology*, 5(5), 406-412.
- Berkman, L.F., e Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Boden-Albala, B., Litwak, E., Elkind, M.S.V., Rundek, T, e Saco, R.L (2005). Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology*, 64, 1888-1892.
- Byrne, G.J., e Pachana, N.A. (2011). Development and validation of a short form of the geriatric Anxiety Inventory-the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, 23, 125-31
- Cabinet Office (2014). *The UK Government's Digital Inclusion Strategy*, sito web del Governo di Sua Maestà, aggiornato il 31 luglio 2014. <https://www.gov.uk/government/publications/government-digital-inclusion-strategy>.
- Cacioppo, J.T., e Hawkley, L.C. (2003). Social isolation and health with an emphasis on underlying mechanism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, S39-S52.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., e Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140.
- Cacioppo, J. T., e Patrick, B. (2009). *Loneliness: human nature and the need for social connection*. New York: W. W. Norton e Company.
- Callahan, C. M., Unverzagt, F.W., Hui, S. L., Perkins, A. J., e Hendrie, H. C. (2002). Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Medical care*, 40(9), 771-781.
- Callegaro, L., e Pasini, G. (2008). Informal care and labour force participation: The economics of family networks, in A. Börsch-Supan (coord.), *First Results From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension*, Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, 187-203.
- Calzada, I., e Brooks, C. (2013). The Myth of Mediterranean Familism, *European Societies*, 15(4), 514-534.
- Campbell, J.D., Trapnell, P.D., Heine, S.J., Katz, I.M., Lavalley, L.F., e Lehman, D.R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., e Gwaltney, J.M. Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277 (24), 1940-1944.
- Coward, R. (2014). Loneliness is not a bug with a technological solution. *The Guardian*, 28 maggio. Estratto dal <http://www.theguardian.com/uk>.
- Daatland, S. O., e Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family welfare state balance. *European Journal of Ageing* 2(3), 174-182.
- Deters, F., e Mehl, M. R. (2012). Does posting Facebook status updates increase or decrease loneliness? An online social networking experiment. *Social psychological and personality science*, 4, 579-586.
- Diener, E., Larsen, R.J., Levine, S., e Emmons, R.A. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social psychology*, 68, 653-663.
- Dodge, H. H., Ybarra, O., e Kaye, J. A. (2014). Tools for advancing research into social networks and cognitive function in older adults. *International Psychogeriatrics*, 26(04), 533-539.

Dorling, D., Vickers, D., Pritchard, J., Thomas, B. e Ballas, D., (2008). *Changing UK: the way we live now*, report commissioned for the BBC.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., e Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531-541.

Esping-Andersen G., (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press.

Eurobarometer (2007). Health and long-term care in the European Union. *Special Eurobarometer*, 283, 1-247. Brussels: European Commission.

Eurostat Digital Inclusion

[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc\\_bdek\\_di&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_bdek_di&lang=en), dati scaricati a ottobre 2014

Eurostat/Labour Force Survey (LFS) Household Composition

[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfst\\_hhaceday&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfst_hhaceday&lang=en), dati scaricati a ottobre 2014

Eurostat Population Projections

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Population\\_projections](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections), dati scaricati a ottobre 2014

Everson-Rose, S. A., e Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.

Ferragina, E. and Seeleib-Kaiser, M. (2011). Welfare Regime Debate: Past, Present, Futures?. *Policy and Politics*, 39(4), 583-611.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., e McHugh, S. H. (1975). "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-98.

Gagne, M. (2008). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223.

Gal, J. (2010). Is There an Extended Family of Mediterranean Welfare States?. *Journal of European Social Policy*, 20(4), 283-300.

Gleibs, I., Haslam, C., Jones, J., Haslam, S.A., McNeil, J., e Connolly, H. (2011a). No country for old men? The role of a Gentlemen's Club in promoting social engagement and psychological well-being in residential care. *Aging and Mental Health*, 15, 456-466.

Gleibs, I., Haslam, C., Haslam, S.A. e Jones, J. (2011b). Water clubs in residential care: Is it the water or the club that enhances health and well-being? *Psychology and Health*, 26, 1361-1378.

Gioncada, M., Trebeschi, F. e Mirri, P. (2011). *Le rette nei servizi per persone con disabilità ed anziane. La partecipazione al costo dei servizi residenziali, diurni e domiciliari*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

Goldberg, D. P., e Williams, P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.

Griffin, J. (2010). *The Lonely Society*. The Mental Health Foundation. Estratto da <http://www.mentalhealth.org.uk>.

Haslam, C., Haslam, S.A., Knight, C., Gleibs, I., Ysseldyk, R, e McCloskey, L.G. (2014). We can work it out: Group decision-making builds social identity and enhances cognitive performance in elderly care residents. *British Journal of Psychology*, 105, 17-34.

Haslam, C., Holme, A., Haslam, S.A., Iyer, A., Jetten, J., e Williams, W.H. (2008). Maintaining group membership: Identity continuity and well-being after stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 671-691.

Haslam, C. e Morton, T. (2013a). *AGES Project: Activating and guiding the engagement of seniors - Train the users manual*. University of Exeter.

Haslam, C. e Morton, T. (2013b). *AGES Project: Activating and guiding the engagement of seniors - Assessment manual*. University of Exeter.

Hawkley, L. C., e Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (4), 187-191.

Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., e Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21(1), 152.

Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., e Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132.

Hayes, A. F. (2013). *An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: Guilford Press.

Helliwell, J.F., e Huang, H. (2013). Comparing the happiness effects of real and on-line friends. *PLoS ONE*, 8(9).

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., e Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic

review. *PLOS Medicine*, 7(7).

House, J.S., Umberson, D., e Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.

Howerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., Tilburg, T. G. V., Stek, M. L., Jonker, C., e Schoevers, R. A. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*.

Estratto da <http://jnnp.bmj.com>.

Humphreys R, (2013). *Paying for social care - Beyond Dilnot*, The Kings Fund.

ISTAT (2013). I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Al 31 dicembre 2013. *Statistiche report*.

Jay, G.M., e Willis, S.L. (1992). Influence of direct computer experience on older adults' attitudes toward computers. *Journal of Gerontology*, 47, 250-257.

Jetten, J., Haslam, C., Pugliese, C., Tonks, J., e Haslam, S.A. (2010). Declining autobiographical memory and the loss of identity: Effects on well-being. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32, 408-416.

Jones, J. M., Haslam, S. A., Jetten, J., Williams, W. H., Morris, R., e Saroyan, S. (2011). That which doesn't kill us can make us stronger (and more satisfied with life): The contribution of personal and social changes to well-being after acquired brain injury. *Psychology and Health*, 26(3), 353-369.

Knight, C., Haslam, S.A. e Haslam, C. (2010). In home or at home? Evidence that collective decision making enhances older adults' social identification, well-being and use of communal space when moving to a new care facility. *Ageing and Society*, 30, 1393-1418.

Kross, E., Verduyn, P., Demiralp, E., Park, J., Lee, D. S., et al. (2013). Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *PloS one*, 8(8).

Laing e Buisson (2013). *Market Survey of Older People*. London: Laing e Buisson.

Local Government Association (2013). *Towards Excellence in Adult Social Care: Progress with adult social care priorities, England 2011-12*. London.

Mason, M., Sinclair, D., e Berry, C. (2012). *Nudge or compel: Can behavioural economics tackle the digital exclusion of older people?* The International Longevity Centre UK. Estratto da <http://www.ilkuk.org.uk>.

McConatha, D., McConatha, J. T., e Dermigny, R. (1994). The use of interactive computer service to enhance the quality of life for long-term care residents. *The Gerontologist*, 34(4), 553-556.

McConatha, J. T., McConatha, D., Deaner, S., e Dermigny, R. (1995). A computer based intervention for the education and therapy of institutionalized older adults. *Educational Gerontology: An International Bimonthly*, 21, 129-138.

Minas, C., Jacobson, D., Antoniou, E. and McMullan, C. (2014) Welfare regime, welfare pillar and southern Europe. *Journal of European Social Policy*, 24(2), 135-149.

Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., e Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.

Moreno L, Klose, P.M. (2013). Youth, family change and welfare arrangements, *European Societies*, 15(4), 493-513.

Network non autosufficienza NAA (ed.) (2013). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Quarto rapporto*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

Ong, A. D., Rothstein, J. D., e Uchino, B. N. (2012). Loneliness accentuates age differences in cardiovascular responses to social evaluative threat. *Psychology and Aging*, 27 (1), 190 - 198.

ONS (2013). *Social Networking: The UK as a Leader in Europe*, UK Office for National Statistics, June 2013.

ONS (2014). Changes in the Older Resident Care Home Population between 2001 and 2011, UK Office for National Statistics, agosto 2014. [http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776\\_373040.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_373040.pdf).

Orr, G. (2014). Britain has been voted the loneliness capital of Europe - so how did we become so isolated? *The Independent*, June 26. Estratto da <http://www.independent.co.uk>.

Pesaresi, F. (2013). *Residenze sanitarie assistenziali. Costi, tariffe e compartecipazione dell'utenza*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

Powell, M. e Barrientos, A. (2004). Welfare Regimes and the Welfare Mix. *European Journal of Political Research*, 43(1), 83-105.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Ranci, C. e Pavolini, E. (eds.) (2013). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York: Springer.

Randall, C. e Corp, A. (2014). *Measuring National Well-being: European Comparisons*. Office of National Statistics, UK.

Russell, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.

Slegers, K., van Boxtel, M., e Jolles, J. (2008). Effects of computer training and internet usage on the well-being and quality of life of older adults: A randomized, controlled study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, 176-184.

Slegers, K., van Boxtel, M., e Jolles, J. (2009). Effects of computer training and Internet usage on cognitive abilities in older adults: A randomized controlled study. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 21, 43-54.

South Devon Healthcare NHS Foundation Trust, sito web.

<http://www.sdhct.nhs.uk/hospitalandcommunitycare/>, accesso effettuato a ottobre 2014.

White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L.G., Sloane, R., Pieper, C., Box, T.L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging and Mental Health*, 6, 213-221.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., e Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry*, 64(2), 234-240.

Wittenberg, R., Hancock, R., Morciano, M., Comas-Herrera, A., Malley, J., King, D. (2011). Projections of Demand for and Costs of Social Care for Older People in England, 2010 to 2030, under Current and Alternative Funding Systems. Report of research for the Commission on Funding of Care and Support. Canterbury and London: PSSRU, University of Kent and London School of Economics.

World Health Organisation, Health for All Data Base. <http://data.euro.who.int/hfad/>, dati scaricati a ottobre 2014.

Woodward, A. T., Freddolino, P. P., Blaschke-Thompson, C. M., Wishart, D. J., Bakk, L., Kobayashi, R., e Tupper, C. (2011). Technology and aging project: Training outcomes and efficacy from a randomized field trial. *Ageing International*, 36, 46 – 65.