Piano generale per la terza età
Sondaggio pubblico: Definizione del progetto

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

Lo Stato di New York sta mettendo a punto un Piano generale per la terza età (Master Plan for Aging, MPA), che definirà un progetto strategico finalizzato a far sì che tutti i newyorkesi – indipendentemente dall'età – possano vivere una vita soddisfacente, in buona salute, in condizioni di libertà, dignità e indipendenza. Il sondaggio intende capire quali siano le condizioni di vita, le esigenze in termini di assistenza e servizi e i temi di interesse che i newyorkesi vorrebbero vedere affrontati nell'MPA.

Le risposte al sondaggio contribuiranno a dare informazioni sulle strategie consigliate, le politiche e i programmi nuovi o migliorati da inserire nell'MPA. Il sondaggio consente ai partecipanti di comunicarci in che modo l'MPA può servire al meglio loro e le loro famiglie.

Il sondaggio dovrebbe essere compilato il prima possibile e comunque non oltre il 31 dicembre 2023. È possibile compilare il sondaggio per conto di qualcun altro con la sua partecipazione. Le risposte fornite sono anonime.

Per ulteriori informazioni sull'MPA consultare www.ny.gov/mpa. Per chiarimenti in merito al sondaggio inviare un'email a MPA@health.ny.gov.

1. Sta rispondendo al questionario per conto di qualcun altro?

- ☐ No, non sto rispondendo per conto di qualcun altro
- ☐ Sì, sto rispondendo per conto di qualcun altro (tutte le risposte che fornirò non riguarderanno me, ma l'altra persona)

2. Indichi in quale contea dello Stato di New York si trova la sua residenza principale. (Una sola risposta)

☐ Albany	☐ Dutchess	☐ Madison	☐ Putnam	☐ Sullivan
☐ Allegany	☐ Erie	☐ Monroe	☐ Queens	☐ Tioga
☐ Bronx	☐ Essex	☐ Montgomery	☐ Rensselaer	☐ Tompkins
☐ Broome	☐ Franklin	☐ Nassau	☐ Richmond	☐ Ulster
☐ Cattaraugus	☐ Fulton	☐ New York	☐ Rockland	☐ Warren
☐ Cayuga	☐ Genesee	☐ Niagara	☐ St. Lawrence	☐ Washington
☐ Chautauqua	☐ Greene	☐ Oneida	☐ Saratoga	☐ Wayne
☐ Chemung	☐ Hamilton	☐ Onondaga	☐ Schenectady	☐ Westchester
☐ Chenango	☐ Herkimer	☐ Ontario	☐ Schoharie	☐ Wyoming
☐ Clinton	☐ Jefferson	☐ Orange	☐ Schuyler	☐ Yates
☐ Columbia	☐ Kings	☐ Orleans	☐ Seneca	
☐ Cortland	☐ Lewis	☐ Oswego	☐ Steuben	
☐ Delaware	☐ Livingston	☐ Otsego	☐ Suffolk	

3. Come descriverebbe la zona in cui si trova la sua residenza principale? (Una sola risposta)

- ☐ Cittadina/urbana
- ☐ Suburbana
- ☐ Rurale

4. Ha difficoltà ad accedere ai trasporti nella sua zona?

- ☐ Sì
- ☐ No

5. Se ha risposto Sì alla domanda precedente, qual è la ragione principale per cui non può accedere ai trasporti?

- ☐ Mancanza di informazioni sulle opzioni di trasporto disponibili
- ☐ Mancanza della tecnologia necessaria per accedere alle opzioni di trasporto disponibili
- ☐ Mancanza di opzioni di trasporto
- ☐ Mancanza di mezzi di trasporto accessibili a persone disabili (Americans with Disability Act, ADA)
- ☐ Impossibilità di navigare sul sistema dei trasporti, che comprende orari, linee e fermate
- ☐ Impossibilità di permettersi il costo dei mezzi di trasporto
- ☐ Non guidare
- ☐ Altro (specificare) _____

6. Lei ha una disabilità, una limitazione o problemi di mobilità?

- ☐ Sì
- ☐ No

7. Se ha risposto Sì alla domanda precedente direbbe che la disabilità, la limitazione o i problemi di mobilità le rendono difficile muoversi e spostarsi:

- ☐ Per la maggior parte del tempo
- ☐ Per una parte del tempo
- ☐ Raramente

8. Se ha indicato una disabilità, limitazione o problemi di mobilità rispondendo alla domanda n. 6, quanto ritiene che sia accessibile la sua comunità? Vale a dire, in che misura ritiene che le persone con disabilità, limitazioni o problemi di mobilità possano facilmente uscire dalle loro case e accedere ai servizi e impegnarsi nelle loro comunità?

- ☐ Molto accessibile; mi sento indipendente nella mia comunità
- ☐ Abbastanza accessibile; sono in grado di fare la maggiore parte delle cose necessarie da solo
- ☐ Non molto accessibile; riesco a fare la maggior parte delle cose necessarie con l’aiuto di qualcuno, oppure ho difficoltà a farle
- ☐ Per niente accessibile

9. Le è capitato di subire discriminazione (per via dell'età o delle disabilità) nella sua comunità?

- ☐ Sì
- ☐ No

10. Se ha risposto Sì alla domanda n. 9, quanto spesso ha subìto discriminazioni?

- ☐ Spesso (es., ogni settimana)
- ☐ Ogni tanto (es., più volte all'anno)
- ☐ Molto raramente (si è verificato qualche volta ma sporadicamente)

11. Ritiene che lo Stato di New York tuteli sufficientemente dalle discriminazioni o potrebbe fare di più?

- ☐ Sì, esistono adeguate tutele
- ☐ Lo Stato offre adeguate tutele ma potrebbe fare di più
- ☐ Lo Stato non tutela adeguatamente i cittadini contro episodi di discriminazione

12. Indichi l'opzione che meglio corrisponde alla sua situazione abitativa:

- ☐ Abitazione privata di proprietà
- ☐ Abitazione privata in affitto
- ☐ Convivenza con familiari
- ☐ Presso un alloggio/una comunità per anziani autosufficienti
- ☐ Alloggio per anziani non autosufficienti/Residenza assistenziale
- ☐ Casa di cura/Struttura infermieristica specializzata
- ☐ Altro tipo di struttura residenziale (specificare)

_____

13. Il costo della sua attuale residenza è gravoso per lei?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non applicabile

14. È in grado di soddisfare le sue esigenze alimentari e nutrizionali?

- ☐ Sì, riesco a soddisfare le mie esigenze
- ☐ No, non sono in grado di soddisfare le mie esigenze ma ricevo assistenza/prestazioni (ad es., dalla comunità, dalla chiesa, dalla pubblica amministrazione, dalla famiglia)
- ☐ No, non sono in grado di soddisfare le mie esigenze e non ricevo assistenza/prestazioni

15. Se non è in grado di soddisfare le sue esigenze alimentari e nutrizionali e non riceve assistenza/prestazioni, per quale motivo non le riceve?

- ☐ Non sono a conoscenza di ciò che è disponibile
- ☐ Non soddisfo i criteri di idoneità
- ☐ Non desidero ricevere nessuna forma di assistenza
- ☐ Non applicabile

16. È in grado di soddisfare le sue esigenze in materia di cure mediche?

- ☐ Sì, riesco a soddisfare le mie esigenze
- ☐ No, non sono in grado di soddisfare le mie esigenze ma ricevo assistenza/prestazioni (ad es., dalla comunità, dalla chiesa, dalla pubblica amministrazione, dalla famiglia)
- ☐ No, non sono in grado di soddisfare le mie esigenze e non ricevo assistenza/prestazioni
- ☐ Non applicabile

17. Se non è in grado di soddisfare le sue esigenze di carattere medico e non riceve assistenza/prestazioni, per quale motivo non le riceve?

- ☐ Non sono a conoscenza delle prestazioni disponibili
- ☐ Non sono a conoscenza delle modalità con cui richiedere assistenza o delle sedi in cui farlo
- ☐ Non soddisfo i criteri di idoneità
- ☐ Non desidero ricevere nessuna forma di assistenza
- ☐ Non applicabile

18. Qual è la sua condizione lavorativa?

- ☐ Dipendente, a tempo pieno
- ☐ Dipendente, a tempo parziale
- ☐ Disoccupato/a o in cerca di lavoro
- ☐ Inabile al lavoro, ricevo la pensione di invalidità
- ☐ Pensionato/a, per scelta
- ☐ Pensionato/a, per altri motivi (es., stato di salute, disabilità, incidente o situazione familiare)
- ☐ Studente/essa
- ☐ Mi occupo della casa

19. Pensa di lasciare la sua comunità quando andrà in pensione?

- ☐ Sì
- ☐ No

20. Se Sì, qual è il motivo principale per cui vorrebbe trascorrere altrove il periodo della pensione?

- ☐ Situazione finanziaria
- ☐ Salute
- ☐ Condizioni meteo
- ☐ Per essere vicino ai familiari
- ☐ Condizioni di caregiver
- ☐ Altro (specificare) _____

21. Parla con familiari, amici o membri della comunità tanto spesso quanto vorrebbe farlo?

- ☐ Sì
- ☐ No

22. Con che frequenza parla con familiari, amici o membri della comunità?

- ☐ Tutti i giorni
- ☐ Tutte le settimane
- ☐ Tutti i mesi
- ☐ Ogni qualche mese
- ☐ Una volta all'anno o più raramente
- ☐ Mai

23. Ha una connessione Internet a casa?

- ☐ Sì
- ☐ No

24. Se ha risposto No, per quale motivo non ha una connessione Internet a casa?

- ☐ Non posso permettermi Internet
- ☐ Nella mia zona la connessione Internet non è disponibile oppure non è affidabile
- ☐ Non desidero avere Internet

25. Le capita spesso di assistere gli altri in una delle seguenti attività? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- ☐ Lavori domestici
- ☐ Trasporti
- ☐ Acquisti, compresi alimentari, articoli per la cura della persona, abbigliamento e altri articoli di prima necessità
- ☐ Preparazione/cottura dei pasti
- ☐ Gestione finanziaria
- ☐ Programmazione di appuntamenti
- ☐ Somministrazione di farmaci
- ☐ Igiene personale
- ☐ Utilizzo della tecnologia, dei dispositivi elettronici e/o di comunicazione
- ☐ Cura del prato/rimozione della neve, manutenzione della casa o piccole riparazioni
- ☐ Cura dei bambini o degli animali domestici
- ☐ Partecipazione a funzioni religiose, mantenimento di hobby o altri interessi
- ☐ Traduzioni linguistiche
- ☐ Prestazioni d'aiuto in situazioni d'emergenza
- ☐ Non assisto – o non posso assistere – altre persone in nessuna delle attività sopra indicate
- ☐ Altro (specificare) _____

26. Nel caso assista altre persone in una delle attività indicate nella domanda n. 25, di chi si tratta? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- ☐ Familiare
- ☐ Amico
- ☐ Membro della comunità
- ☐ Collega

27. Nel caso assista altre persone in una delle attività indicate nella domanda n. 25, può indicare i motivi principali per cui lo fa? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- ☐ La persona che assisto ha un problema di salute
- ☐ La persona che assisto ha una limitazione fisica
- ☐ La persona che assisto ha disturbi di carattere mentale, del comportamento o da abuso di sostanze
- ☐ La persona che assisto non ha nessuna delle limitazioni sopra indicate ma è oberata da troppi impegni (ad es., ha bisogno di assistenza per i bambini, non è in grado di utilizzare la tecnologia o i dispositivi elettronici)

28. Nel caso assista altre persone in una delle attività indicate nella domanda n. 25, con che frequenza lo fa?

- ☐ Più di 30 ore alla settimana, in media
- ☐ 15-30 ore alla settimana, in media
- ☐ 7-14 ore alla settimana, in media
- ☐ Meno di 7 ore alla settimana, in media

29. Nel caso assista altre persone in una delle attività indicate nella domanda n. 25, ha bisogno di aiuto per farlo? Potrebbe trattarsi di assistenza finanziaria, programmi o altre forme di sostegno.

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non applicabile

30. Riceve assistenza da altri in una delle seguenti attività? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- ☐ Lavori domestici
- ☐ Trasporti
- ☐ Acquisti, compresi alimentari, articoli per la cura della persona, abbigliamento e altri articoli di prima necessità
- ☐ Preparazione/cottura dei pasti
- ☐ Gestione finanziaria
- ☐ Programmazione di appuntamenti
- ☐ Somministrazione di farmaci
- ☐ Igiene personale
- ☐ Utilizzo della tecnologia, dei dispositivi elettronici e/o di comunicazione
- ☐ Cura del prato/rimozione della neve, manutenzione della casa o piccole riparazioni
- ☐ Cura dei bambini o degli animali domestici
- ☐ Partecipazione a funzioni religiose, mantenimento di hobby o altri interessi
- ☐ Traduzioni linguistiche
- ☐ Necessità in caso di situazioni d'emergenza
- ☐ Altro (specificare) _____
- ☐ Non applicabile

31. Nel caso riceva assistenza da altri in una delle attività indicate nella domanda n. 30, chi gliela fornisce su base regolare? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- ☐ Familiare
- ☐ Amico
- ☐ Membro della comunità
- ☐ Collega
- ☐ Personale retribuito

32. Nel caso riceva assistenza da altri, con che frequenza avviene?

- ☐ Più di 30 ore alla settimana, in media
- ☐ 15-30 ore alla settimana, in media
- ☐ 7-14 ore alla settimana, in media
- ☐ Meno di 7 ore alla settimana, in media

33. Quali ritiene che siano le problematiche principali da risolvere per rimanere indipendente, in salute e connesso/a nella sua comunità? Selezioni fino a 5 voci.

- ☐ Non sono sicuro/a di quali siano i servizi disponibili nella mia comunità
- ☐ Non so a quali prestazioni di assistenza sociale ho diritto e/o non so come ottenere quelle cui ho diritto (ad es., Programma di assistenza nutrizionale supplementare (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Programma di assistenza energetica abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP) etc.)
- ☐ Non soddisfo i criteri di idoneità per quanto riguarda servizi o prestazioni
- ☐ Non riesco a trovare/assumere personale per i servizi di cui ho bisogno
- ☐ I servizi comunitari a mia disposizione non soddisfano le mie esigenze
- ☐ Non posso permettermi un alloggio
- ☐ Ho un accesso limitato – o non ho accesso – a Internet o alla banda larga
- ☐ Non possiedo cellulare, tablet o computer
- ☐ Non so usare bene la tecnologia
- ☐ Fornitori e professionisti della comunità non parlano la mia lingua e/o non capiscono la mia cultura
- ☐ Non mi fido dei fornitori e professionisti della mia comunità
- ☐ Non posso accedere fisicamente alla mia abitazione o alla comunità (ad es., mancanza di maniglioni, rampe, illuminazione potenziata, assenza di marciapiedi, assenza di parcheggi, mancanza di strutture/spazi accessibili ai disabili etc.)
- ☐ Ho necessità – ma non dispongo – di apparecchiature o dispositivi adattivi o medicali, come letto ospedaliero, sedia a rotelle, deambulatore, bastone, comoda, apparecchio acustico, occhiali etc.
- ☐ Ho necessità – ma non dispongo – di aiuto in alcuni compiti, come riparazioni domestiche, lavori pesanti e rimozione della neve
- ☐ Non riesco a raggiungere i luoghi in cui mi devo recare (ad es., ho problemi a uscire di casa perché è difficile trovare un mezzo di trasporto)
- ☐ Ho limitazioni fisiche o problemi di mobilità che rendono difficile uscire di casa
- ☐ Le prescrizioni mediche e/o le prestazioni sanitarie sono troppo costose
- ☐ Dipendo da altri che prendono decisioni al mio posto
- ☐ Mancanza di coordinamento/comunicazione tra fornitori di prestazioni sanitarie e servizi alla persona
- ☐ Le persone mi trattano in modo diverso per via della mia età
- ☐ Altro (specificare) _____
- ☐ Non penso che ci siano problemi per rimanere indipendenti, in salute e connessi nella mia comunità.

34. In base alle sue conoscenze, quali delle seguenti prestazioni e servizi sono meno accessibili nella sua comunità per tutti i membri, ma in particolare per gli adulti più anziani o per le persone con disabilità intellettiva o dello sviluppo? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- ☐ Cure mediche
- ☐ Assistenza nei lavori domestici ordinari, acquisti, lavanderia, preparazione dei pasti, gestione del denaro etc.
- ☐ Assistenza per il bagno, la vestizione, la cura personale, gli spostamenti, la supervisione dei farmaci etc.
- ☐ Interventi di modifica/riparazioni domestiche di lieve entità
- ☐ Aiuto per ottenere prestazioni e servizi dall'assistenza sociale
- ☐ Consegna dei pasti e/o assistenza per la pianificazione e la preparazione degli stessi
- ☐ Prevenzione e intervento in caso di abusi (ad es., meccanismi per identificare, segnalare e rispondere agli abusi)
- ☐ Servizi e trattamento per persone con disturbi mentali o del comportamento
- ☐ Servizi e trattamento per persone con disturbi da abuso di sostanze
- ☐ Servizi e trattamento per persone con disabilità intellettive e dello sviluppo
- ☐ Servizi e trattamento per persone con malattia di Alzheimer e altri tipi di demenza
- ☐ Autogestione di malattie croniche
- ☐ Terapie (occupazionale, fisica, del linguaggio etc.)
- ☐ Dialisi
- ☐ Trasporti
- ☐ Opportunità di socializzazione
- ☐ Servizi di coordinamento delle cure/gestione dei casi
- ☐ Assistenza a lungo termine in strutture (ad es., case di cura, strutture assistenziali per adulti, residenze assistite, case famiglia)
- ☐ Servizi di tipo comunitario che promuovono integrazione e indipendenza
- ☐ Altro (specificare) _____

35. Quali sono le tematiche più importanti che vorrebbe vedere al primo posto nel Piano generale per la terza età? Selezioni fino a 5 voci.

- ☐ Alloggi
- ☐ Opportunità di impegnarsi con altri nella comunità (es., socializzare e condividere hobby/interessi, fare volontariato, iniziative di sensibilizzazione, esercitare il diritto di voto etc.)
- ☐ Disturbi di salute mentale/del comportamento
- ☐ Disturbi da uso di sostanze
- ☐ Disabilità intellettive e dello sviluppo
- ☐ Malattia di Alzheimer e altri tipi di demenza
- ☐ Prevenzione e intervento in caso di abusi (compresi sfruttamento finanziario, abuso fisico, sessuale, emotivo, verbale e negligenza)

(Continua alla pagina seguente)

- ☐ Tecnologia e sicurezza tecnologica
- ☐ Trasporti
- ☐ Prestazioni e servizi a lungo termine in strutture
- ☐ Maggiori opzioni di servizi comunitari
- ☐ Servizi di coordinamento delle cure/gestione dei casi
- ☐ Assunzione e mantenimento di personale, compresi caregiver retribuiti e professionisti che forniscono assistenza domiciliare (ad es., assistenti sanitari domiciliari, assistenti per la cura personale, personale di strutture e programmi etc. e/o familiari o amici pagati attraverso servizi autogestiti)
- ☐ Sostegno e prestazioni per familiari, amici, vicini e altri assistenti non retribuiti che assistono le persone nelle loro attività quotidiane
- ☐ Consegna dei pasti e/o assistenza per la pianificazione e la preparazione degli stessi
- ☐ Ulteriori criteri di idoneità per assistenza finanziaria e servizi sovvenzionati attraverso i programmi di assistenza sociale (ad es., Programma di assistenza nutrizionale supplementare (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Programma di assistenza energetica abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP) etc.)
- ☐ Cambiamento climatico (es., innalzamento delle temperature, inondazioni etc.)
- ☐ Prevenzione delle discriminazioni basate sull'età e sulle abilità
- ☐ Altro (specificare) _____
- ☐ Non penso che ci siano tematiche prioritarie da considerare nel Piano generale per la terza età.

DATI DEMOGRAFICI (FACOLTATIVO)

1. A quale fascia di età appartiene?

- ☐ < 18
- ☐ 18-24
- ☐ 25-35
- ☐ 36-49
- ☐ 50-64
- ☐ 65-74
- ☐ 75-84
- ☐ 85 anni o più

2. Qual è la sua razza?

- ☐ Bianca (compresi Medio Oriente e Nord Africa)
- ☐ Nera o afroamericana
- ☐ Ispanica
- ☐ Asiatica
- ☐ Indiana americana o nativa dell'Alaska
- ☐ Nativa delle Hawaii o di altre Isole del Pacifico
- ☐ Due o più razze oppure identifico la mia razza in un altro modo (specificare)

_____

3. Qual è il suo orientamento sessuale?

- ☐ Eterosessuale
- ☐ Gay
- ☐ Lesbica
- ☐ Bisessuale
- ☐ Queer
- ☐ Pansessuale
- ☐ Asessuale
- ☐ Preferisco non rispondere
- ☐ Non sono sicuro/Ho bisogno di chiarimenti/Non so
- ☐ Voce non presente in elenco (specificare) _____

4. Attuale identità di genere

- ☐ Donna
- ☐ Uomo
- ☐ Donna transgender
- ☐ Uomo transgender
- ☐ Genere non conforme
- ☐ Non binario
- ☐ Gender X
- ☐ Preferisco non rispondere
- ☐ Non sono sicuro/Ho bisogno di chiarimenti/Non so
- ☐ Voce non presente in elenco (specificare) _____

5. Sesso assegnato alla nascita

- ☐ Femmina
- ☐ Maschio
- ☐ Intersessuale
- ☐ Preferisco non rispondere

Grazie per la partecipazione al sondaggio; le risposte ci aiuteranno a determinare in che modo il Piano generale per la terza età possa servire al meglio gli intervistati e le loro famiglie. Per informazioni su come affrontare l'avanzare dell'età e sui servizi e sostegni a lungo termine nella zona di residenza rivolgersi a NY Connects inviando un'email all'indirizzo **www.nyconnects.ny.gov** o telefonando al numero **800-342-9871**.

Siamo inoltre consapevoli che le domande relative a episodi di abuso e discriminazione nei confronti di persone anziane potrebbero essere impegnative dal punto di vista emotivo. Se lei, o qualcuno che le è caro, è stato vittima o testimone di abusi su persone anziane può presentare un esposto (anche in forma anonima) chiamando la linea diretta dell'ufficio dello Stato di New York per i servizi a tutela degli adulti (Adult Protective Services, APS) al numero **1-844-697-3505**. È anche possibile rivolgersi all'ufficio APS di zona utilizzando le informazioni fornite a questo link: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**.

Restituire i sondaggi compilati a:

The Master Plan for Aging Team
New York State Department of Health
Office of Aging and Long Term Care
875 Central Avenue
Albany, NY 12206