



POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

Anziani soli e reti di cura: una comparazione territoriale

Maria Gabriella Melchiorre (INRCA IRCCS, Ancona)
Sabrina Quattrini (INRCA IRCCS, Ancona)
Flavia Piccinini (INRCA IRCCS, Ancona)
Giovanni Lamura (INRCA IRCCS, Ancona)

DASTU
Working Papers
n. 03/2021 (LPS.17)
ISSN 2281-6283

Abstract

Il paper propone alcuni risultati emersi nell'ambito del progetto di ricerca *"Inclusive ageing in place (IN-AGE)"*, rivolto ad anziani fragili che vivono a domicilio, soli o con una badante, in tre regioni italiane (Lombardia, Marche e Calabria). Viene qui approfondito il tema delle reti di cura, specie in presenza di difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Dallo studio emerge come le reti di supporto siano ancora costituite soprattutto da familiari, anche se l'indisponibilità spesso di cura familiare implica il coinvolgimento di colf e badanti, amici e vicini, volontari, servizi pubblici (seppure, quest'ultimi, in modo residuale), con una certa differenziazione a livello territoriale e risvolti sull'isolamento sociale e la percezione della solitudine degli anziani. A riguardo sembra necessario individuare strategie nuove di supporto all'*ageing in place*, a partire da un'innovazione dei servizi domiciliari.

Parole chiave: *Ageing in place*, anziani fragili soli, attività della vita quotidiana, reti di cura, famiglia, servizi, isolamento sociale, solitudine, territori.

Biografia autori

Maria Gabriella Melchiorre, laureata in Economia, ha collaborato con la Facoltà di Economia di Ancona, a ricerche sulle politiche di sostegno alla famiglia e sull'immigrazione straniera. Dal 1997 collabora con il Centro Ricerche-Economico Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA di Ancona, partecipando a studi inerenti la LTC, il caregiving familiare, la prevenzione di abusi in età anziana, l'eHealth e la multimorbidità. E-mail address: g.melchiorre@inrca.it

Sabrina Quattrini, laureata in Economia, collabora presso l'IRCCS INRCA di Ancona, Centro Ricerche-Economico Sociali per l'Invecchiamento in progetti riguardanti i seguenti temi: LTC, caregiving familiare, prevenzione di abusi in età anziana, eHealth, promozione dell'invecchiamento attivo, e conseguenze del COVID-19 sui caregiver informali di persone non autosufficienti e sui caregiver di anziani con demenza. E-mail address: s.quattrini@inrca.it

Flavia Piccinini, Psicologa, collabora con l'IRCCS INRCA di Ancona dal 2010, partecipando a progetti incentrati soprattutto sui temi della non autosufficienza in età anziana, fragilità, caregiving familiare e promozione della longevità attiva, occupandosi di raccolta dei dati e analisi-disseminazione dei risultati, in seno al Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento dell'Istituto. E-mail address: fpiccinini@inrca.it

Giovanni Lamura, laureato in Economia, dirige il Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento all'IRCCS INRCA di Ancona. Ha conseguito il dottorato in "Corso della vita e politiche sociali" presso l'Università di Brema (Germania) ed è stato visiting fellow all'Università of Amburgo-Eppendorf (Germania) e allo European Centre for Social Welfare Policy & Research di Vienna (Austria). Si occupa di gerontologia ed invecchiamento nelle sue varie sfaccettature socio-economiche. E-mail address: g.lamura@inrca.it



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali
<http://www.lps.polimi.it/>

Come citare questo working paper:

Melchiorre, M.G., Quattrini, S., Piccinini, F., Lamura, G. (2021) *Anziani soli e reti di cura: una comparazione territoriale*, in DAStU Working Paper Series, n. 03/2021 (LPS.17).

1. Introduzione¹

A seguito del rapido invecchiamento della popolazione, il vivere da soli in tarda età diviene argomento cruciale per i responsabili politici, poiché rappresenta un *living arrangement* dal quale possono derivare conseguenze per la salute, oltre che sociali e relazionali (Djundeva et al., 2019). Alcuni studi suggeriscono infatti che lo stare isolati e in solitudine può contribuire allo sviluppo della fragilità, con declino e perdita delle capacità residue (Mehrabi, Béland, 2020). Vivere soli da anziani implica inoltre fare affidamento sulla famiglia, amici e vicini, servizi e altri supporti per far fronte alle varie esigenze e necessità quotidiane (Djundeva et al., 2019). Le possibili reti di cura che delineano il mix complessivo della *Long Term Care* (LTC), volta alla copertura dei bisogni delle persone non autosufficienti e in particolare anziane, sono proposte nella triplice ripartizione tra **assistenza pubblica, privata, e informale** (Costa et al., 2020). L'intervento assistenziale pubblico riguarda principalmente servizi e aiuti finanziari in denaro, erogati sia a domicilio che in struttura residenziale (Bettio, Platenga 2008). In Italia il principale settore di intervento è rappresentato dai trasferimenti monetari, in particolare dall'Indennità di accompagnamento (IdA), erogata a circa il 12% degli over 65 anni, mentre l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e il servizio di assistenza domiciliare (SAD) ne raggiungono rispettivamente solo il 2,7% e l'1%. È solo l'1,9% l'utenza anziana over 65 anni ospite di strutture residenziali territoriali (NNA, 2020). Inoltre, la spesa pro-capite annua, destinata a interventi e servizi sociali dei comuni per questa fascia d'età, è stata di soli 95 euro nel 2017 (ISTAT, 2020a). In ambito privato, oltre i servizi domiciliari a pagamento, sono diffuse le prestazioni di assistenti personali retribuite dalle famiglie, in particolare le cosiddette badanti straniere (soprattutto donne dall'Europa dell'Est), sia conviventi che a ore, e spesso assunte irregolarmente/in nero (Barbabella et al., 2018). Da sottolineare che in Italia l'IdA viene di frequente utilizzata per ricorrere al mercato privato dei servizi (Melchiorre et al., 2014), in particolare per assumere le badanti, le quali rappresentano una peculiarità dell'approccio '*cash-for-care*' del nostro sistema di *welfare* (Drożdżak et al., 2013). Nel 2019, secondo dati INPS sui lavoratori domestici regolari in Italia, elaborati da DOMINA (2020), si rilevano infatti ben 407.000 badanti e 441.000 colf, e su circa due milioni di lavoratrici domestiche stimate in complesso, la componente irregolare è del 60%. I *caregiver* informali che "si prendono cura" di persone anziane (ma non solo) non autosufficienti, con malattie croniche o disabilità, forniscono supporto non retribuito e senza un contratto formalizzato, sulla base di motivazioni personali e norme sociali (Spasova et al., 2018; Barbabella et al., 2018). Recenti studi, basati su varie fonti di dati (ad es. SHARE, *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe*; EQLS, *European Quality of Life Survey*), mostrano che in Europa la percentuale di *caregiver* informali in complesso aumenta con l'età, con una prevalenza del 17% tra quanti hanno oltre 18 anni, e fino al 25,6% tra quanti hanno oltre 50 anni. In riferimento a quest'ultimi, l'Italia si attesta sul 18% circa (Tur-Sinai et al., 2020). Nel nostro Paese in particolare l'assistenza è una "questione di famiglia" (Lamura et al., 2008), con i familiari (ben oltre la metà donne) che continuano ad avere un ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza, anche quando sono disponibili servizi pubblici o privati (Costa, 2013). In particolare, secondo dati Epicentro (2020), in Italia l'aiuto agli over 65 anni fragili, nello svolgimento delle attività quotidiane, proviene per oltre il 90% dai familiari, e ben il 62% delle persone anziane che vivono da sole ricevono supporto soprattutto dai figli

¹ Il paper è stato prodotto nell'ambito del progetto IN-AGE, finanziato da Fondazione Cariplo, Grant n° 2017-0941 (http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829).

(Brenna, 2020). I vicini e gli amici assumono il ruolo di *caregiver* primari quando i membri della famiglia non sono in grado di sostenere il parente anziano (Barbabella et al., 2018), agendo comunque quale importante “rete di sicurezza” (Suanet et al., 2013). Le **reti di cura** disponibili possono peraltro influire sull'**isolamento sociale**, quale oggettiva mancanza/riduzione di relazioni e confidenti, e sul **senso di solitudine** quale percezione soggettiva del sentirsi solo e trascurato (Stojanovic et al., 2017). La presenza di una rete familiare di supporto, e di relazioni solidali intergenerazionali, sembra avere infatti un ruolo positivo fondamentale nel determinare il benessere degli anziani (Pinquart, Sörensen, 2001), ma anche per prevenirne l'istituzionalizzazione e consentire loro di invecchiare a casa propria (Dupuis-Blanchard et al., 2015). I figli adulti forniscono il supporto e il contatto sociale più importanti nell'età anziana, tramite sostegno fisico, finanziario ed emotivo ai propri genitori (Long, Martin, 2000). Anche la mancanza di amici e vicini (Dykstra, 1995), una scarsa disponibilità di servizi di assistenza pubblica (Nyqvist et al., 2018), in aggiunta a costi elevati di alcuni servizi domiciliari privati (Muir, 2017) e problemi culturali con le badanti (Costa et al., 2020), potrebbero compromettere la possibilità di invecchiare a casa propria con adeguata assistenza, e persino trasformare l'abitazione in un luogo di abbandono (Friedman et al., 2017) e auto-trascuratezza (Dong, 2017). A partire dal *framework* esposto sopra, e con l'obiettivo di esplorare il ruolo delle reti di cura per gli anziani fragili che vivono da soli in Italia, si è cercato di rispondere alle seguenti domande: Quali sono le difficoltà che gli anziani fragili incontrano nello svolgimento delle attività della vita quotidiana? Quali sono le caratteristiche dei principali supporti familiari e non (ad es. chi sono, dove vivono, con che frequenza aiutano)? Le diverse reti di cura/aiuti che relazione hanno con l'isolamento sociale e la solitudine degli anziani che vivono soli? Ci sono differenze regionali e urbano/rurali nelle diverse reti di aiuti? L'esame dei modelli di *ageing in place* degli anziani fragili che vivono senza familiari, con particolare riferimento alle opportunità/criticità nell'accesso a servizi di *welfare*, e altri supporti disponibili, sembra fondamentale in un'ottica di prevenzione e gestione delle condizioni di limitazione dell'autonomia, insite nelle dinamiche dei processi di invecchiamento. Questo in considerazione dell'elevato rischio di insufficiente assistenza degli anziani fragili, per la maggioranza dei quali le reti familiari sono l'antidoto principale, sebbene per altri potrebbero non attivarsi.

2. Metodologia di rilevazione e analisi

La *survey* ha coinvolto 120 anziani in complesso, intervistati in Lombardia, nelle Marche e in Calabria. In ciascuna regione sono stati esaminati tre **contesti urbani** di media grandezza (Brescia, Ancona, Reggio Calabria) e tre **contesti rurali** (rispettivamente, Oltrepò Pavese, Appennino Basso Pesarese e Anconetano, Area Grecanica). Sono state realizzate 24 interviste qualitative in ciascun contesto urbano (per un totale di 72) e 16 in ciascun contesto rurale (per un totale di 48). Sono stati individuati i siti urbani e rurali più “fragili” nelle regioni interessate, tramite alcuni indicatori di vulnerabilità territoriale, sociale e materiale (ISTAT, 2020b). I quartieri urbani più problematici sono stati selezionati per la maggiore presenza di anziani 75+ anni in complesso e che vivono soli, la quota di famiglie che abitano in edilizia residenziale pubblica (ERP), l'elevato livello di disoccupazione e il basso livello di istruzione. Per le realtà rurali (in complesso otto comuni)² si è fatto riferimento alla classificazione

² Oltrepò Pavese: Menconico, S. Margherita, Varzi; Basso Appennino Anconetano Pesarese: Apecchio, Cagli, Piobbico; Area Grecanica: Roccaforte del Greco e San Lorenzo.

proposta all'interno della Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), la cui metodologia, definita dall'Agenzia per la Coesione Territoriale (2018), è stata sviluppata al fine di perimetrare territori meno facilmente accessibili, caratterizzati da progressivo spopolamento, accentuato processo di invecchiamento, depressione socio-economica e scarsa offerta di servizi (SNAI, 2018).

Il campione è stato costruito sulla base dei seguenti **criteri di inclusione**: uomini e donne di età ≥ 65 anni che vivono a domicilio soli senza familiari, o hanno una badante (convivente, o diurna/notturna intensiva per minimo 28-30 ore settimanali); assenza di compromissione cognitiva (capacità di rispondere autonomamente alle domande) e mobilità/fragilità motoria intermedia compresa tra limitata/ridotta entro le pareti domestiche ed esterna (capacità di uscire di casa almeno due volte alla settimana col supporto di una persona o di un ausilio); assenza di familiari prossimi che aiutano (che vivono nello stesso isolato urbano/stesso edificio rurale). I soggetti sono stati reclutati grazie al supporto delle sezioni locali di Auser, operatori dei servizi domiciliari comunali/pubblci (SAD, Lista comunale di anziani soli), e altre eventuali associazioni locali/di volontariato (Anteas, Caritas).

Per realizzare le **interviste face-to-face** (maggio-dicembre 2019) è stata utilizzata una traccia semi-strutturata contenente domande sia aperte che chiuse, poste per ciascuna delle sezioni previste (aspetti socio-demografici, contesto familiare e abitativo, stato di salute e utilizzo di servizi, reti di cura/supporto per le attività quotidiane della vita, isolamento sociale e solitudine percepita). È stato utilizzato anche uno schema per raccogliere le impressioni sul campo degli intervistatori, ed è stato predisposto un modulo di consenso informato scritto per i partecipanti. Prima di iniziare le interviste è stato chiesto e ottenuto il parere positivo del Comitato Etico del Politecnico di Milano (autorizzazione n. 5/2019, del 14/03/2019). Le interviste sono state audio-registrate e trascritte integralmente/*verbatim*.

Per l'analisi qualitativa è stata utilizzata la *Framework Analysis Technique* (Ritchie, Lewis, 2003; Pope et al., 1999), che comprende sei fasi standard: lettura approfondita delle interviste trascritte, individuazione di macro-categorie, individuazione di sub-categorie, individuazione di codifiche/termini interpretativi, costruzione delle *thematic chart* e lettura dei contenuti qualitativi. È stata effettuata un'**analisi tematica** (*Qualitative Content Analysis*, Mayring, 2000) soprattutto deduttiva a partire dalle domande previste per il colloquio, basate su termini e concetti già in gran parte predefiniti e rilevanti per il fenomeno da studiare, tratti dalla letteratura esistente e dall'esperienza dei ricercatori (Gale et al., 2013). In particolare è stata svolta un'analisi qualitativa manuale senza utilizzo di apposito *software*, così come sostenuto anche dalla letteratura (*manual coding*; Saldana, 2009). Alcune semplici **elaborazioni statistiche quantitative** (distribuzione di frequenze/statistiche descrittive e relazioni bivariate) sono state aggiunte quale cornice/quadro iniziale di sintesi propedeutico all'analisi qualitativa più approfondita dei contenuti. L'analisi complessiva dei risultati è stata infine integrata/supportata dalle **quotation/citazioni più significative** emerse nelle trascrizioni delle interviste (Corden, Sainsbury, 2006). Ogni *quotation* (es. LOM_BRE_1; LOM_VAR_1) è stata codificata inserendo le prime tre iniziali della regione, le prime tre iniziali della città urbana/comune rurale, e il numero progressivo dell'intervista.³ A volte, nell'analisi dei risultati, si utilizzano anche i termini Nord, Centro e Sud per indicare rispettivamente la Lombardia, le Marche e la Calabria.

³ LOM = Lombardia; MAR = Marche; CAL = Calabria; BRE = Brescia; ANC = Ancona; REG = Reggio Calabria; VAR = Varzi; MEN = Menconico; SMA = S. Margherita; PIO = Piobbico; APE = Apecchio; CAG = Cagli; SLO = S. Lorenzo; ROC = Roccaforte del Greco.

Da segnalare infine, per una più corretta interpretazione dei risultati, alcune **limitazioni** metodologiche e di analisi. I campioni regionali di anziani intervistati non sono omogenei. In Calabria sono state incluse meno zone urbane ERP e i soggetti reclutati sono più anziani oltre che maggiormente fragili. Inoltre, probabilmente anche a seguito di ciò, sono state incluse più badanti (rispetto alle altre due regioni), che di fatto sono solitamente assunte per assistere i casi più difficili. Nelle Marche è stato rilevato un maggior numero di casi supportati dal servizio pubblico, contesto forse dovuto anche all'aver reclutato diversi soggetti eleggibili ai fini dello studio tramite il SAD specie in ambito urbano, e in particolare tramite la lista di anziani soli disponibile in zone rurali ai fini del periodico monitoraggio dell'assistente sociale. Da evidenziare anche che nelle tabelle sono riportati valori assoluti e percentuali, sebbene i primi siano a volte esigui con conseguenti precauzioni nell'interpretazione dei secondi.

3. Risultati⁴

3.1. Aspetti socio-demografici del campione

Nella Tabella 1 sono presentate alcune caratteristiche socio-demografiche del campione. Sono soprattutto anziani over 85 anni (specie in Calabria), donne (specie in Lombardia e nelle Marche), con livello d'istruzione elementare (più evidente in Calabria), e vedovi (specie in Calabria e nelle Marche).

Tabella 1. Variabili socio-demografiche del campione (valori assoluti)

Variabili	Siti e Regioni: n. rispondenti o casi						Totale
	Lombardia		Marche		Calabria		
	Brescia 68-96	Siti rur. 70-90	Ancona 70-101	Siti rur. 70-93	R. Calabria 67-100	Siti rur. 76-95	
Età /range (anni)							
Età/classi							
65-74	5	4	3	1	4	-	17
75-79	4	3	4	2	2	4	19
80-84	6	4	5	6	4	3	28
85+	9	5	12	7	14	9	56
Genere							
Maschi	5	4	5	3	8	5	30
Femmine	19	12	19	13	16	11	90
Titolo di studio							
Nessuno	1	-	2	7	1	3	14
Licenza elem.	10	6	10	5	12	12	55
Licenza media inf.	5	3	7	2	2	1	20
Diploma superiore	8	7	5	2	6	-	28
Diploma univ., laurea	-	-	-	-	3	-	3
Stato civile							
Coniug./a non conv.	-	1	1	-	-	-	2
Separato/a - divorz.	7	2	2	-	2	1	14
Vedovo/a	12	11	19	13	18	15	88
Celibe/nubile	5	2	2	3	4	-	16
Totale casi	24	16	24	16	24	16	120

Fonte: elaborazioni su dati raccolti tramite interviste progetto IN-AGE.

⁴ Le somme dei valori percentuali nelle tabelle non corrispondono sempre a 100 a seguito di arrotondamenti delle singole cifre, e anche quando il numero delle risposte (numeratore) è maggiore/minore del numero dei casi o rispondenti/intervistati (denominatore).

3.2. Attività della vita quotidiana e difficoltà

3.2.1. Livello delle limitazioni fisiche

Gli anziani hanno spesso difficoltà nello svolgere le diverse attività della vita quotidiana, in particolare quelle di base (ADLs, *Activity of Daily Living*) e strumentali (IADLs, *Instrumental Activity of Daily Living*)⁵ (Katz, 1983), a seguito di limitazioni del movimento/motorie, e anche sensoriali relative a problemi nel vedere e sentire. Il 75% degli anziani intervistati riferiscono infatti attività della vita quotidiana che non sono in grado di svolgere, e poco meno della metà ha limitazioni fisiche elevate/molto elevate (Tabella 2).

Tabella 2. Livello delle limitazioni fisiche, siti e Regioni

Livello delle limitazioni	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Lievi	16	22	14	29	13	33	12	30	5	13	30	25
Moderate	22	31	11	23	8	20	12	30	13	33	33	28
Elevate	18	25	9	19	10	25	8	20	9	23	27	22
Molto elevate	16	22	14	29	9	23	8	20	13	33	30	25
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Il livello delle limitazioni è calcolato su 12 ADLs-IADLs e 2 limitazioni nel movimento quali fare le scale e chinarsi per raccogliere un oggetto (elencate nella Tabella 4), in aggiunta a “sentire” e “vedere” (limitazioni sensoriali); Limitazioni Lievi = 0 attività “non in grado”, Moderate = 1-2, Elevate = 3-4, Molto elevate = 5+.

Contesto simile si ritrova, in complesso, sia nei siti urbani che in quelli rurali, sebbene le situazioni peggiori prevalgano leggermente nei secondi, con quasi il 30% di anziani che riferiscono cinque e più attività che non riescono a svolgere, sebbene un altro 30% circa riferisca limitazioni lievi. Al Sud si concentra inoltre il maggior numero di anziani con limitazioni elevate/molto elevate (56%), mentre al Nord e Centro si rilevano soprattutto limitazioni lievi/moderate (rispettivamente 53% e 60%). Da considerare comunque che proprio in Calabria il 58% degli intervistati ha oltre 85 anni, contro il 47% nelle Marche (e in totale), e il 35% in Lombardia. La quota di over 85 anni sembra inoltre prevalere (ma non di molto) nei siti urbani (Tabella 3).

Tabella 3. Classi di età degli intervistati, siti e Regioni

Anni	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
65-74	12	17	5	10	9	23	4	10	4	10	17	14
75-79	10	14	9	19	7	18	6	15	6	15	19	16
80-84	15	21	13	27	10	25	11	28	7	18	28	23
85+	35	49	21	44	14	35	19	47	23	58	56	47
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

⁵ **ADLs**: Mettersi a/alzarsi dal letto, Sedersi/alzarsi da una sedia, Vestirsi/spogliarsi, Lavarsi le mani e il viso, Farsi il bagno o la doccia, Mangiare/tagliare il cibo; **IADLs**: Prepararsi il cibo, Fare acquisti, Pulire la propria casa, Lavare la biancheria, Assumere i medicinali nelle dosi giuste e negli orari corretti, Gestire le proprie finanze; **Difficoltà nel sentire** = non sente abbastanza per ascoltare una trasmissione televisiva ad un volume che non disturbi gli altri, considerando l'eventuale uso di apparecchi acustici; **Difficoltà nel vedere** = non vede abbastanza da riconoscere un amico per strada (es. dall'altro lato della strada) o da leggere l'etichetta di un prodotto, considerando anche l'uso di occhiali o lenti a contatto.

3.2.2. Attività che non si è in grado di svolgere

In complesso, le attività più complicate che non si è in grado di svolgere in autonomia (considerando per quest'analisi solo valori totali > 10%, Tabella 4) sono in particolare pulire la casa (56%), fare acquisti (43%), e fare il bagno o la doccia (36%), ma anche lavare la biancheria (34%), in aggiunta (con valori minori) a scendere/salire le scale, gestire le proprie finanze, chinarsi per raccogliere un oggetto, prepararsi il cibo e assumere i medicinali. Situazione simile si ritrova abbastanza in siti sia urbani che rurali, sebbene il fare acquisti e lavare la biancheria siano con più evidenza difficoltosi nei secondi. A livello regionale emerge un contesto di particolare difficoltà per la Calabria, rispetto a Marche e Lombardia, con un maggior numero di anziani non in grado di svolgere le attività citate sopra, ma anche altre. Da considerare a riguardo quanto già evidenziato sul maggior numero di anziani di 85+ anni nel campione Calabro, rispetto a Marche e Lombardia.

Tabella 4. Attività che “non si è in grado” di svolgere, siti e Regioni

Attività	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Pulire la casa	42	58	25	52	14	35	24	60	29	73	67	56
Fare acquisti	27	38	25	52	18	45	12	30	22	55	52	43
Farsi bagno/doccia	25	35	18	38	10	25	16	40	17	43	43	36
Lavare la biancheria	22	31	19	40	11	28	12	30	18	45	41	34
Scendere/salire scale	21	29	7	15	11	28	6	15	11	28	28	23
Gestire finanze	15	21	10	21	11	28	4	10	10	25	25	21
Raccogliere un oggetto	12	17	12	25	5	13	9	23	10	25	24	20
Prepararsi il cibo	13	18	10	21	5	13	7	18	11	28	23	19
Assumere medicinali	11	15	6	13	7	18	4	10	6	15	17	14
Vestirsi/spogliarsi	3	4	4	8	3	8	-	-	4	10	7	6
Mettersi a letto	1	1	4	8	2	5	2	5	1	3	5	4
Sedersi su una sedia	1	1	2	4	3	8	-	-	-	-	3	3
Mangiare/tagliare cibo	1	1	2	4	1	3	1	3	1	3	3	3
Lavarsi mani e viso ^a	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	1	1
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più attività (somme verticali maggiori del totale); ^a Solo una persona a Brescia non riesce a lavarsi mani e viso a seguito di molteplici problematiche fisiche; In complesso 16 anziani non sono in grado di vedere abbastanza e 7 di sentire abbastanza (dati non in tabella).

Le parole degli intervistati chiariscono meglio le principali difficoltà esposte sopra in sintesi. Provvedere alla propria igiene personale è fondamentale ma per fare il bagno o la doccia occorre aiuto specie se si ha una vasca e non si riesce più ad entrarci. *“Per fare il bagno devo chiamare qualcuno per entrare in vasca”* [CAL_REG_8]. Quando non si possono più fare una doccia o un bagno completi ci si adatta, si lavano solo alcune parti del corpo e se ne tralasciano altre. *“Non posso lavarmi la schiena e i piedi. Perché non riesco a chinarmi”* [LOM_BRE_17]. Ci si arrangia anche per assumere i farmaci nelle dosi giuste e negli orari corretti. *“Per i medicinali mi arrangio...Li riconosco dalla scatola”* [LOM_BRE_12]. Subentrano anche piccoli problemi di memoria. *“Ogni tanto mi dimentico e salto qualche medicina”* [CAL_SLO_5].

Con riguardo alle attività domestiche, nella cura della casa non possono essere svolte le attività più pesanti e impegnative, ad es. pulire vetri, persiane, parti alte in genere. *“Non faccio più le cose in alto, non salgo più sulla scala”* [MAR_ANC_18]; *“Io ormai sulla scala non salgo più*

per lavare i vetri, le porte, per queste cose insomma" [CAL_REG_18]. Per il lavaggio della biancheria si riferisce persino l'incapacità di utilizzare la lavatrice *"La lavatrice me la mette in moto quella signora [colf] che io non sono capace"* [CAL_SLO_3]. Anche stendere e ritirare il bucato può essere complicato *"Io non ce la faccio ad appendere i vestiti (...) non riesco"* [CAL_SLO_4]. Per prepararsi da mangiare si ricorre spesso ai cibi che possono essere consumati senza cottura, oppure già pronti/cotti, perché non si ha più voglia di cucinare. *"Non c'ho voglia di cucinare. O prendo una roba già cotta, oppure qualcosa che non si deve cuocere"* [MAR_ANC_3]. A forza di stare soli passa tuttavia anche la voglia di mangiare. *"Quando mi vedo che sono qua sola, mi passa la fame"* [LOM_BRE_12].

Se ci si deve muovere, salire/scendere le scale senza fermarsi non è possibile in certi casi. Occorre fare un gradino alla volta e appoggiarsi, magari ad un corrimano. *"Adotto l'accorgimento che ogni due-tre gradini mi fermo, sto sempre aggrappata al corrimano"* [MAR_ANC_14]; *"Le scale, non ci riesco senza fermarmi...Ho male ai piedi"* [MAR_PIO_3]; *"La cosa più brutta sono le scale, sono strette e ripide. Mi fa male il ginocchio io non posso farle"* [MAR_APE_5]. Chinarsi a raccogliere un oggetto a volte non è possibile se non si ha una pinza o altro mezzo di fortuna *"Se mi cade una sedia come faccio a prenderla? Devo andare a prendere una paletta, aiutarmi con una paletta... Perché non ho avuto la possibilità economica di andare a comprare i bastoni allungabili"* [CAL_REG_11]. Persino chinarsi per mettersi le calze può rappresentare per alcuni un'azione troppo faticosa. *"Facendo tanti sacrifici me li posso mettere i calzini, sacrifici anche a levarmeli. Ma dopo l'indomani mattina mi tocca rimettermeli e preferisco non metterli, è un problema molto grande"* [MAR_ANC_16]. Anche per fare acquisti e gestire le proprie finanze occorre talvolta un aiuto specie per muoversi. *"Per fare acquisti (...) devo essere sempre accompagnata"* [CAL_REG_12]; *"Per andare a fare la spesa, faccio fatica. Mi fanno male le gambe"* [MAR_PIO_3]; *"In banca mi accompagnano ma poi faccio per conto mio"* [MAR_CAG_15].

3.3. Attività della vita quotidiana e reti di cura

3.3.1. Estensione della rete di aiuti

Dall'esame delle difficoltà nello svolgere le attività della vita quotidiana è già emerso il bisogno di supporto, con qualche breve cenno a possibili aiuti cui poter ricorrere. La rete complessiva di cura emersa dalle interviste, e sulla quale gli anziani possono fare conto, è comunque articolata e variegata in termini di estensione, tipologia, frequenza, e prossimità. L'analisi dell'estensione (Tabella 5), intesa quale numerosità dei relativi componenti che aiutano (numero totale di familiari, servizi, badanti, amici/vicini), rivela innanzitutto la presenza di tre aiuti e oltre nella maggioranza dei casi (**71%**), in siti sia urbani che rurali, ma con contesto migliore per i primi (74% contro 67%). A livello regionale si può disporre di tre e più aiuti specie nelle Marche (90%, per una maggiore compresenza di familiari e amici e/o servizio pubblico⁶, come vedremo meglio poi), mentre in Calabria e in Lombardia emergono anche più casi con due aiuti.

⁶ Nelle Marche inoltre, come già detto, un maggior numero di casi supportati dal servizio pubblico è anche imputabile all'utilizzo in particolare del canale SAD, e della lista di anziani soli (seguiti dall'assistente sociale) per il reclutamento.

Tabella 5. Estensione della rete di aiuti, siti e Regioni

Estensione	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Tre+ aiuti	53	74	32	67	22	55	36	90	27	68	85	71
Due aiuti	14	19	13	27	13	33	3	8	11	28	27	22
Un aiuto	4	6	3	6	4	10	1	2	2	4	7	6
Nessun aiuto	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	1	1
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Nota: Estensione = n. aiuti tot. da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti, amici/vicini.

L'esame in particolare della relazione tra estensione della rete di aiuti e limitazioni fisiche degli anziani (Tabella 6) rivela in generale un maggior numero di supporti all'aumentare della compromissione funzionale degli intervistati (83% di casi con limitazioni molto gravi e oltre tre aiuti). L'unico caso senza aiuti ha comunque limitazioni fisiche lievi.

Tabella 6. Estensione della rete di aiuti e livello delle limitazioni fisiche

Estensione	Lim. Lievi		Lim. moderate		Lim. elevate		Lim. molto elevate		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Tre+ aiuti	17	57	25	76	18	67	25	83	85	71
Due aiuti	10	33	6	18	7	26	4	14	27	22
Un aiuto	2	7	2	6	2	7	1	3	7	6
Nessun aiuto	1	3	-	-	-	-	-	-	1	1
Totale casi	30	100	33	100	27	100	30	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Estensione = n. aiuti tot. da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti, amici/vicini; Limitazioni Lievi = 0 attività "non in grado", Moderate = 1-2, Elevate = 3-4, Molto elevate = 5+.

3.3.2. Chi aiuta

3.3.2.1. Famiglia, servizi, badanti, amici, vicini

Quando gli anziani presentano limitazioni funzionali è ancora la **famiglia** ad occuparsene principalmente (78% dei casi), specie i figli (60%), sia maschi che femmine e con leggera prevalenza delle seconde (37% contro 33%), ma anche altri familiari quali nipoti (più spesso figli di sorelle-fratelli), cugini, sorelle, fratelli e cognati. Seguono **servizi privati** e **amici/vicini** (in ugual misura, 42%), il **servizio pubblico** in circa un terzo dei casi e le **badanti** per un 23% (Tabella 7). In particolare, nel settore privato l'aiuto proviene soprattutto dalle colf (37%), e in ambito pubblico da operatori del SAD (23%). Le colf e le badanti (le seconde conviventi in 14 casi, e in altri 13 con assiduità quotidiana/notturna per almeno 28-30 ore alla settimana) sono tutte donne, tranne tre casi a Reggio Calabria (un colf Filippino, un badante Filippino e uno Cingalese), e sono inoltre in buona parte straniere dall'Est Europa, in 21 casi le badanti, e in 11 casi le colf (dati non in tabella). In otto casi, per esigenze di accompagnamento/trasporto, è d'aiuto anche l'Auser (Associazione di volontariato per l'invecchiamento attivo, tra i servizi privati nella Tabella 7).

Tabella 7. Tipologia degli aiuti in complesso, siti e Regioni (almeno 1 aiuto per tipologia)

Tipologia aiuti	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Famiglia	53	74	41	85	27	68	33	83	34	85	94	78
Figli	40	56	31	65	21	53	23	58	27	68	71	60
Femmine	28	39	16	33	15	38	13	33	16	40	44	37
Maschi	22	31	18	38	9	23	13	33	18	45	40	33
Amici/vicini	27	38	23	48	15	38	22	55	13	33	50	42
Servizi privati	37	51	13	27	18	45	18	45	14	35	50	42
Colf	34	47	10	21	15	38	18	45	11	28	44	37
Servizi pubblici	35	49	8	17	14	35	23	58	6	15	43	36
SAD	26	36	2	4	12	30	11	28	5	13	28	23
Badante	14	19	13	27	4	10	8	20	15	38	27	23
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto (somme verticali maggiori del totale); Figli sia maschi che femmine in alcuni casi; I valori riportati nella tabella non riguardano il numero dei familiari, di amici ecc.. che sono di aiuto, bensì il numero di anziani che hanno riferito almeno 1 aiuto della rispettiva tipologia (ad es. 1 caso con famiglia che aiuta = anche se con più familiari che aiutano con stessa/diversa frequenza quotidiana/settimanale/mensile).

Ci sono inoltre alcune situazioni particolari (non riportate in tabella) nelle quali il volontariato svolge (assieme agli assistenti sociali) più che altro attività di “sorveglianza/monitoraggio”, specie degli anziani soli, per segnalarne eventuali necessità ai servizi: sei casi seguiti dall’Anteas (Associazione autonoma di Volontariato e Solidarietà per l’impegno civile e sociale), e un caso seguito dalla Caritas, tutti nelle Marche. Famiglia soprattutto quindi, specie nei siti rurali (85% dei casi) e al Centro-Sud (83% e 85%). Da notare anche una leggera prevalenza di figli maschi che aiutano in zone rurali e al Sud. Ancora in siti rurali (48%) e più al Centro (55%) emerge anche un maggiore supporto di amici/vicini. I servizi (specie pubblici) sono più presenti in zone urbane e al Centro-Nord, mentre al Sud sembrano in qualche modo “compensati” dalle badanti (38%). Da aggiungere che su 27 casi con badante, in 10 (8 al Centro-Sud) si percepisce l’IdA (su un totale di 25 percettori in complesso, dati non in tabella). Le colf sono più riferite nelle Marche e in Lombardia. In particolare il servizio pubblico nei siti rurali è stato rilevato solo nelle Marche (anche a seguito dei canali di reclutamento utilizzati in questa regione, come già detto). Si tratta di due casi con SAD, e altri sei casi con supporto dell’assistente sociale. In altri due casi con supporto pubblico sempre nelle Marche (Ancona, sito urbano), si utilizza un centro diurno co-gestito dal Comune (con servizio di trasporto incluso), in aggiunta a familiari e badante in un caso, e familiari e colf in un altro.

I **figli** quindi in complesso ci sono. Tuttavia le figlie femmine aiutano sempre più quando sono libere da impegni di lavoro e soprattutto per lavori domestici pesanti o per la spesa. “*Ci sono le mie figlie, ove possibile, perché attualmente lavorano da morire*” [CAL_REG_12]; “*Se devo comprare qualcosa me la faccio comprare da mia figlia*” [CAL_REG_14]; “*Poi a volte le figlie vengono. Se c’ho da spostare qualche cosa, un lavoro grande, con la scala...aspetto loro che mi aiutano*” [MAR_ANC_15]. I figli maschi aiutano, anche a distanza tramite internet, per questioni tecniche/burocratiche/finanziarie e acquisti online. “[Mio figlio] ha una mentalità giovane e preparata e avendo dimestichezza con internet riesce ad aiutarmi anche da lontano” [MAR_ANC_17]; “[Mio figlio] pensa alle cose pratiche o alle carte” [LOM_BRE_6]. Sui figli maschi in certi casi si fa tuttavia minore affidamento, rispetto alle femmine, ritenute più adatte all’attività di cura “*Gli uomini... i raga... Ma Dio! Quando proprio [avevo bisogno]... uno mi ha*

portato a far delle spese" [LOM_BRE_15]. Un'anziana in particolare si definisce persino "sola" perché di fatto ha "solo" due figli maschi all'interno della rete parentale di supporto. "Con 2 uomini poi.. una nuora mi è morta.. sono rimasta sola" [LOM_BRE_1].

Gli **amici** spesso fanno molto per gli intervistati, materialmente e psicologicamente/emotivamente, e aiutano anche a sentirsi meno soli. *"La mia amica...mi dà affetto, sicurezza. Quando c'è mi aiuta lei" [CAL_REG_17].* Nell'immediato ci si rivolge alle amicizie anche per non chiedere ai figli (specie per questioni di poco conto). *"[Mio figlio] è impegnato con le sue cose...farlo venir giù [abita a 35 km di distanza] perché mi è caduta per terra una roba non posso. Per le stupidaggini preferisco arruolare qualche amica" [MAR_ANC_3].* Anche i **vicini** aiutano e sono molto disponibili, importanti nel quotidiano. *"I vicini mi aiutano...Ho trovato sempre disponibilità" [MAR_CAG_11]; "Ho vicini molto attenti... Nella stessa scala nel condominio" [CAL_REG_7].* I vicini talvolta svolgono anche una funzione di "controllo". *"Ci sono i vicini di casa che mi aiutano ... se non mi vedono che mi alzo la mattina mi chiamano" [CAL_ROC_8].*

Le **badanti** sono a volte indispensabili. Dodici intervistati hanno in particolare riferito varie motivazioni per l'arrivo di questa assistente familiare: vedovanza, problemi di salute/scarsa autonomia, cadute. *"Poi è morta mia moglie e ho avuto la badante" [CAL_REG_8]; "Sarà da un anno e mezzo che viene la badante, da quando ho avuto l'infarto" [MAR_PIO_16]; "Sto su una carrozzella a rotelle. Perché a novembre di due anni fa (2017) sono caduto e ho rotto un femore, da quel momento ho avuto bisogno della badante" [MAR_ANC_20].* Da sottolineare il problema del costo, sollevato da quanti non possono permettersela. *"Da tempo avrei bisogno di una badante. Ma chi la paga?" [LOM_VAR_02]; "Bisogna avere un reddito alto per poter pagare la badante" [MAR_PIO_7]; "La badante in sé, non tutti la possono avere, perché è una spesa che non ci si arriva" [MAR_ANC_4].* Ma anche chi ha la badante riferisce talvolta problemi per pagarle lo stipendio. *"La badante costa, mi porta via soldi... " [MAR_ANC_24]; "Vivo con 1300 al mese, ma 950 sono per la badante, quindi tutto il resto è difficile da pagare....Devo purtroppo iniziare a fare delle rinunce" [MAR_CAG_10].* Inoltre, quando riferiti, sono emersi rapporti regolari in poco più di un terzo dei casi (11 su 27). In Calabria emerge in particolare l'accordo "verbale" in nero, specie in siti rurali, dove non viene peraltro riferito nessun contratto regolare. *"Non ha contratto...no, no...non ce la facciamo...è troppo" [CAL_SLO_07]; " Con lei ci siamo accordate a voce, non c'è nessun contratto" [CAL_SLO_06].*

Per il **SAD** sono diverse le testimonianze positive. *"C'è questa ragazza del Comune e per me già è molto. Un 80% mi sembra che mi copra le spalle" [MAR_ANC_10]; "Sono due che vengono, si alternano....Sono tanto volonterose" [LOM_BRE_13].* A volte ci sono tuttavia problemi se cambia l'organizzazione del servizio (ad es. giorni diversi di erogazione), o se cambiano le operatrici, perché l'anziano fa fatica ad adattarsi. *"Se continuano a cambiarle non le voglio più.. mi arrangio da sola" [LOM_BRE_11].*

Talvolta emergono inoltre casi di **reciprocità**. Un'intervistata si rammarica di dover chiedere alla figlia, impegnata a sua volta con i propri figli. Tuttavia si consola considerando che anche lei si è presa cura della famiglia e dei nipoti in particolare, e così si sente giustificata se ora la figlia ricambia. *"Ho fatto la moglie, la madre e la nonna. Questa [figlia] lavorava, l'altra lavora, e allora i bambini erano piccoli...Dopo la morte del secondo marito mi sono dedicata per diversi anni alla cura dei nipoti" [MAR_ANC_9].* Fratelli/sorelle sono presenti a volte anche tutti i giorni, e si aiutano come possono, sebbene non possano fare più di tanto, data l'età (e rispettivi impegni familiari talvolta). *"I miei fratelli vengono tutti i giorni a trovarmi, mi chiedono se ho bisogno.... possono aiutarmi poco. Né io posso aiutare molto loro" [MAR_APE_6].*

3.3.2.2. Aiuti plurimi

In alcune situazioni gli aiuti sono persino plurimi (Tabella 8). In particolare emergono più familiari impegnati nel lavoro di cura nel 48% dei casi, specie nei siti rurali (52%). Evidente inoltre la compresenza di più familiari di supporto in Calabria e nelle Marche (63% e 55%) rispetto alla Lombardia (28%). Si tratta ad esempio di figli (o nipoti) che si alternano con frequenza diversa per la spesa (giornaliera/settimanale) o altre necessità (pulizia settimanale/mensile della casa).

Tabella 8. Casi con aiuti plurimi (per tipologia), siti e Regioni

Aiuti plurimi	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Più familiari	33	46	25	52	11	28	22	55	25	63	58	48
<i>N. medio fam. che aiut.</i>	1,4	--	1,8	--	1	--	1,7	--	2	--	1,6	--
Più amici/vicini	14	19	8	17	5	13	10	25	7	18	22	18
Più servizi pubblici	12	17	-	-	5	13	7	18	-	-	12	10
Più servizi privati	4	6	4	8	6	15	2	5	-	-	8	7
Più badanti	1	1	-	-	-	-	-	-	1	3	1	1
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto, tuttavia compensati da meno casi con aiuti plurimi (somme verticali minori del totale, tranne che per le Marche, con più casi di aiuti plurimi); Solo un caso con due badanti a Reggio Calabria.

Da notare anche che il numero medio di familiari che aiutano è maggiore nei siti rurali e al Sud (qui doppio rispetto al Nord). Talvolta aiutano anche amici diversi (18%) e specie al Centro (25%). Casi con più aiuti pubblici sembrano verificarsi solo in ambienti urbani (17%) e al Centro-Nord (18% e 13%). Il SAD ad esempio può intervenire, con operatori diversi, tutti i giorni (o quasi) con pasti a domicilio, e anche per igiene e pulizia della casa ogni settimana. Pochissimi in complesso i casi con più servizi privati (solo otto casi, sei in Lombardia, e nessuno in Calabria), dove si possono avere principalmente due colf con compiti diversi (pulizie leggere-pesanti), oppure la colf in aggiunta a conoscenti o altre persone (anche volontari) che svolgono per gli anziani servizi privati retribuiti con “piccole somme” (ad es. trasporto/accompagnamento, pagamento delle utenze). La presenza di due badanti che assistono uno stesso anziano (badante diurna e badante notturno) è stata rilevata solo in un caso a Reggio Calabria.

3.4. Quota dell'aiuto familiare e altri supporti

Se si considera la numerosità dei familiari che aiutano (ad es. tre figli) quale quota degli aiuti complessivi/di tutte le tipologie ricevuti dal singolo intervistato (ad es. tre figli, una colf e due amici) a fronte di un 22% di casi senza aiuti da parte di parenti/affini, emergono un 43% di aiuti familiari “presenti”, ossia fino al 50% del totale aiuti, e un minore 35% di aiuti “molto presenti”, ossia oltre il 50% del totale. Nei siti urbani, rispetto ai rurali, prevalgono leggermente assenza e discreta presenza del supporto familiare, mentre nei secondi prevale una famiglia maggiormente presente (Tabella 9). Aiuti familiari molto presenti emergono soprattutto in Calabria (53%). Da evidenziare inoltre il maggior numero di casi senza alcun supporto familiare al Nord (33%), meno al Centro (18%) e ancora meno al Sud (15%). Al Sud comunque, come già evidenziato, si riscontra anche il maggior numero di anziani con serie limitazioni funzionali e over 85 anni, e quindi con maggiore necessità di aiuto. Se si esamina

la quota di aiuto familiare in rapporto alla specifica presenza/assenza di altri aiuti, si nota come il ricorso alla badante e al supporto privato/colf siano maggiori quando la famiglia è abbastanza/molto presente (Tabella 10). Da sottolineare anche che, nei tre casi con badante e nessun aiuto familiare, si tratta di anziani che hanno comunque oltre tre aiuti in complesso (anche servizi e/o amici), ma nessun figlio in due casi (dati non in tabella). Diversamente, amici/vicini e servizio pubblico sembrano intervenire di più quando l'aiuto familiare è presente solo fino a metà del totale aiuti, o persino assente del tutto.

Tabella 9. Quota degli aiuti familiari sul totale aiuti, siti e Regioni

Quota aiuti familiari	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nessun aiuto fam.	19	26	7	14	13	33	7	18	6	15	26	22
Aiuti fam. presenti	33	46	19	40	17	43	22	55	13	33	52	43
Aiuti fam. molto pres.	20	28	22	46	10	25	11	28	21	53	42	35
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Quota = numerosità degli aiuti familiari sul totale aiuti (da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti, amici/vicini). Aiuti familiari presenti se fino al 50% del totale; Aiuti familiari molto presenti se > del 50% del totale.

Tabella 10. Quota degli aiuti familiari sul totale aiuti e altri supporti

Quota aiuti familiari	Badante		Servizi priv.		Amici/vicini		Servizi pubb.		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nessun aiuto fam.	3	11	11	22	14	28	17	40	26	22
Aiuti fam. presenti	11	41	29	58	30	60	23	53	52	43
Aiuti fam. molto pres.	13	48	10	20	6	12	3	7	42	35
Totale casi	27	100	50	100	50	100	43	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto (somme orizzontali maggiori del totale); Somma orizzontale minore del totale per la modalità "Aiuti familiari molto presenti" (10 casi con aiuto solo familiare); Quota = numerosità degli aiuti familiari sul totale aiuti (da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti, amici/vicini); Aiuti familiari presenti se fino al 50% del totale; Aiuti familiari molto presenti se > del 50% del totale.

L'esame in particolare della relazione tra la quota degli aiuti familiari sul totale aiuti disponibili e le limitazioni fisiche degli anziani (Tabella 11) rivela in generale una famiglia di supporto maggiormente presente (ma non di molto) al crescere del livello di quest'ultime (famiglia molto presente nel 40% dei casi con limitazioni elevate). Tuttavia emergono anche alcune situazioni preoccupanti dove, a fronte di problemi funzionali seri degli intervistati (limitazioni elevate/molto elevate), non si può contare su nessun aiuto familiare (12 casi). L'esame della relazione tra altri supporti e limitazioni fisiche evidenzia una maggiore presenza di badante e servizio pubblico quando la compromissione funzionale degli anziani è elevata/molto elevata, e diversamente un maggiore supporto dal servizio privato e da amici/vicini quando il livello di dipendenza è lieve/moderato.

Tabella 11. Quota degli aiuti familiari sul totale aiuti, altri supporti e livello delle limitazioni fisiche

Quota aiuti familiari	Lim. lievi		Lim. moderate		Lim. elevate		Lim. molto elevate		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nessun aiuto fam.	9	30	5	16	8	30	4	13	26	22
Aiuti fam. presenti	12	40	16	48	10	37	14	47	52	43
Aiuti fam. molto pres.	9	30	12	36	9	33	12	40	42	35
Altri supporti ^a									Totale ^a	
Badante	1	3	4	12	7	26	15	50	27	23
Servizi pubbl. (SAD)	8	27	10	30	13	48	12	40	43	36
Servizi priv. (colf)	13	43	19	58	8	30	10	33	50	42
Amici/vicini	15	50	15	45	10	37	10	33	50	42
Totale casi	30	100	33	100	27	100	30	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Quota = numerosità degli aiuti familiari sul totale aiuti (da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti amici/vicini); Aiuti familiari presenti se fino al 50% del totale; Aiuti familiari molto presenti se > del 50% del totale; Limitazioni Lievi = 0 attività “non in grado”, Moderate = 1-2, Elevate = 3-4, Molto elevate = 5+; ^a Possibili più tipi di aiuto (somme verticali maggiori del totale).

3.5. Frequenza degli aiuti

3.5.1. Frequenza quotidiana e settimanale

Offrono un **aiuto quotidiano** (o quasi) nel 36% dei casi soprattutto i familiari (23% figli), e la badante per un 23% (convivente, giornaliera o quasi, o come presidio assiduo notturno/quasi tutte le notti), soprattutto in siti rurali, dove in qualche misura sono importanti anche amici/vicini (17%). Nelle zone urbane è inoltre più evidente il supporto dei servizi (33% in complesso, soprattutto SAD e colf) (Tabella 12).

Tabella 12. Aiuti quotidiani, siti e Regioni (almeno 1 aiuto quotidiano per tipologia)

Aiuti quotidiani	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Famiglia	23	32	20	42	6	15	14	35	23	58	43	36
<i>Figli</i>	19	26	9	19	4	10	10	25	14	35	28	23
Badante	14	19	13	27	4	10	8	20	15	38	27	23
Amici/vicini	8	11	8	17	3	8	4	10	9	23	16	13
Servizi pubblici	14	19	1	2	7	18	5	13	3	8	15	13
<i>SAD</i>	9	13	1	2	6	15	2	5	2	5	10	8
Servizi privati	10	14	4	8	4	10	4	10	6	15	14	12
<i>Colf</i>	10	14	3	6	3	8	4	10	6	15	13	11
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto, tuttavia compensati da meno casi con aiuto quotidiano (somme verticali minori del totale, tranne che per la Calabria, con più casi di aiuto quotidiano); I valori riportati nella tabella non riguardano il numero dei familiari, di amici ecc.. che sono di aiuto quotidianamente, bensì il numero di anziani che hanno riferito almeno 1 aiuto della rispettiva tipologia e frequenza (ad es. 1 caso con famiglia che aiuta quotidianamente = anche se con più familiari che aiutano con la stessa frequenza); Aiuto quotidiano = anche se presente 4/6 giorni a settimana/più o meno ogni giorno (anche 5 notti a settimana/più o meno ogni notte per la badante notturna); Solo 1 caso di SAD rurale quotidiano (più o meno ogni giorno) nelle Marche.

I cinque casi con supporto pubblico diverso dal SAD riguardano due casi con frequenza di un centro diurno comunale, e tre casi seguiti da un'assistente sociale. Gli aiuti quotidiani della famiglia sono inoltre più frequenti al Sud (58%), così come il supporto di badanti (38%) e amici/vicini (23%). Nel quotidiano la presenza dei servizi pubblici prevale invece al Nord (in particolare SAD per pasti a domicilio o igiene personale/pulizia della casa). Situazione intermedia al Centro. A livello **settimanale** (Tabella 13), di nuovo prevale il supporto familiare (51% in complesso, 37% figli), specie in siti rurali (69%) e leggermente più consistente al Sud (55%). Riemerge anche un aiuto proveniente dai servizi soprattutto nelle zone urbane, e in particolare da quelli pubblici più al Nord e nel Centro (25% e 23%), mentre servizi privati (30%) e amici/vicini (30%) sono più presenti nel secondo. Da notare che l'aiuto settimanale dei servizi privati e pubblici è fornito esclusivamente, nell'ordine, da colf e SAD. Se si confrontano la frequenza quotidiana e settimanale degli aiuti (Tabella 14), si nota come tutte le tipologie (badante esclusa) siano più presenti su base settimanale, in particolare quella familiare (51% contro 36%).

Tabella 13. Aiuti settimanali, siti e Regioni (almeno 1 aiuto settimanale per tipologia)

Aiuti settimanali	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Famiglia	28	39	33	69	19	48	20	50	22	55	61	51
Figli	19	26	25	52	17	43	11	28	16	40	44	37
Amici/vicini	14	19	10	21	7	18	12	30	5	13	24	20
Servizi priv. (colf)	17	24	6	13	7	18	12	30	4	10	23	19
Servizi pubb. (SAD)	21	29	1	2	10	25	9	23	3	8	22	18
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto (somme verticali maggiori del totale); Somma verticale minore del totale per la Calabria (6 casi senza aiuto settimanale); I valori riportati nella tabella non riguardano il numero dei familiari, di amici ecc., che sono di aiuto settimanalmente, bensì il numero di anziani che hanno riferito almeno 1 aiuto della rispettiva tipologia e frequenza (ad es. 1 caso con famiglia che aiuta settimanalmente = anche se con più familiari che aiutano con la stessa frequenza); Aiuto settimanale = 1-3 volte a settimana; Solo 1 caso di SAD rurale settimanale nelle Marche.

Tabella 14. Aiuti quotidiani e settimanali (almeno 1 aiuto per tipologia e frequenza)

Tipologia degli aiuti	Casi con aiuti quotidiani ^a		Casi con aiuti settimanali ^b	
	V.a.	%	V.a.	%
Famiglia	43	36	61	51
Amici/vicini	16	13	24	20
Servizi privati	14	12	23	19
Servizi pubblici	15	13	22	18
Badante	27	23	-	-
Totale casi	120	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Più tipi di aiuto in alcuni casi (famiglia, amici, ecc.; quotidiani e settimanali); ^aSomma verticale minore del totale per presenza di meno casi con aiuto quotidiano sul totale rispondenti; ^bSomma verticale maggiore del totale per presenza di più casi con aiuto settimanale sul totale rispondenti.

In particolare, la quota dell'aiuto dei figli sui casi con familiari che assistono i propri anziani nelle varie attività (Tabella 15) è minore nel quotidiano (65%), quando probabilmente aumenta il supporto di altri parenti quali nipoti/cugini/sorelle-fratelli/cognate. Questo è molto evidente in zone rurali (45%). Diversamente accade nei siti urbani, dove su base

giornaliera i figli (rispetto ad altri familiari) assistono più che su base settimanale (83% contro 68%). A livello regionale i figli sono i familiari che nel quotidiano aiutano di più nelle Marche (71%), e maggiormente su base settimanale in Calabria (73%) e (soprattutto) in Lombardia (89%).

Tabella 15. Quota dell'aiuto quotidiano-settimanale dei figli sui casi con familiari che aiutano, siti e Regioni

Quota aiuto dei figli	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%
Aiuto quotidiano	19/23	83	9/20	45	4/6	67	10/14	71	14/23	61	28/43	65
Aiuto settimanale	19/28	68	25/33	76	17/19	89	11/20	55	16/22	73	44/61	72
Totale casi	72	-	48	-	40	-	40	-	40	-	120	-

Fonte: ibidem.

Note: % = a/b = casi con figli che aiutano/casi con familiari che aiutano; Più tipi di aiuto in alcuni casi (figli con aiuto quotidiano/settimanale).

La **frequenza degli aiuti**, tuttavia, **a volte basta, altre no**. Alcuni **figli** in particolare sono più assidui e presenti con maggiore frequenza. *“La figlia piccola viene due, tre volte al giorno”* [CAL_ROC_4]; *“Se ho bisogno c'è sempre mio figlio che viene quasi tutti i giorni”* [CAL_SLO_1]. Altri supportano più raramente e sembrano “farsi vivi” quando si ricordano, se cercati ad es. al telefono. *“Mio figlio mi telefona tutti i giorni. Qua viene ogni 10, 15 giorni... Quando si ricorda”* [CAL_REG_19]; *“Mia figlia viene quando la chiamo”* [MAR_CAG_13]. Comunque quando cercati, i figli sembrano arrivare, anche tempestivamente se necessario. *“Mia figlia se ho bisogno di qualcosa, le dico vieni e lei è disponibile”* [CAL_REG_9]; *“All'occorrenza anche alle due di notte, mi è venuto giù mio figlio”* [MAR_ANC_4]. Tuttavia gli stessi anziani **non vorrebbero disturbare i figli**. *“Sono i miei figli che si adoperano e mi aiutano. Ma cerco sempre di evitare di disturbarli”* [CAL_REG_9]; *“Non sto a disturbare lui [figlio]. È già fin troppo impegnato!”* [LOM_VAR_9].

Del **SAD** a volte si lamenta la scarsa presenza/frequenza dell'assistente sociale di riferimento. *“Da circa un mese non ho sue notizie”* [LOM_VAR_2]; *“È stata qui una volta...Dopo non l'ho più vista, non mi ricordo neanche che viso ha...”* [LOM_BRE_15]. Altre volte ci si rammarica per le **poche ore** di assistenza settimanali attribuite, ritenute insufficienti. *“Vorrei un maggiore aiuto. Prima erano 6 ore alla settimana ora sono scesi a 4”* [CAL_REG_8]; *“La signora della cooperativa [cui è affidato il SAD] mi aiuta per quattro ore alla settimana. ...È troppo poco.se io non mi arrangiavo come vivevo qui dentro? Come una barbona!”* [CAL_REG_3].

3.5.2. Intensità quotidiana della rete di aiuti: “pacchetti” di supporto

Concentrando l'attenzione sui **“pacchetti” di aiuto quotidiano** (Tabella 16), a fronte di un 34% di casi senza assistenza (più o meno) giornaliera (39% nei siti urbani), si nota il prevalente supporto della famiglia, soprattutto da sola e in combinazione con la badante (specie nei siti rurali), ma anche in aggiunta ai servizi privati (specie nei siti urbani). L'aiuto della sola badante e di soli amici/vicini prevale inoltre nei siti rurali, mentre nelle zone urbane sembra più evidente l'intervento del solo servizio pubblico. Inoltre da sottolineare una maggiore presenza del supporto quotidiano familiare (da solo o in aggiunta alla badante) in Calabria, e dei servizi pubblici in Lombardia. Le Marche si pongono in una situazione

intermedia. Da evidenziare anche l'esiguo numero di casi senza assistenza quotidiana nel Sud (solo il 13%, contro il 55% al Nord e il 35% al Centro).

Tabella 16. Intensità quotidiana della rete di aiuti, siti e Regioni

“Pacchetti” di supporto	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Senza assist. quotid.	28	39	13	27	22	55	14	35	5	13	41	34
Solo <u>famiglia</u>	8	11	11	23	2	5	6	15	11	28	19	16
Solo badante	5	7	6	13	2	5	4	10	5	13	11	9
Badante e <u>fam.</u>	5	7	7	15	2	5	3	8	7	18	12	10
Solo servizi pubblici	7	10	1	2	5	13	3	8	-	-	8	7
Servizi priv. (e <u>fam.</u>)	7	10	3	6	3	8	4	10	3	8	10	8
Solo amici/vicini	2	3	5	10	2	5	3	8	2	5	7	6
Mix vari (4 casi bad.)	10	14	2	4	2	5	3	8	7	18	12	10
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Intensità = composizione pacchetti/combinazioni di supporto su base quotidiana; Mix vari = famiglia e servizi privati, famiglia e amici, badante e servizi pubblici/privati; Solo 1 caso di SAD quotidiano rurale (più o meno ogni giorno) nelle Marche.

3.5.3. Intensità quotidiana e livello delle limitazioni fisiche

L'analisi della relazione tra intensità dell'aiuto e limitazioni fisiche (Tabella 17) rivela che, quando le seconde sono lievi, manca l'assistenza quotidiana in oltre la metà dei casi, e quando sono moderate manca in poco meno del 40%. Sono tutte situazioni con limitata fragilità dell'anziano, dove la famiglia assiste nel quotidiano in prevalenza da sola, e dove peraltro c'è solo il supporto di amici/vicini nel 10% dei casi con limitazioni lievi. Tuttavia, anche nel 41% dei casi con limitazioni elevate, manca un supporto intenso/quotidiano, e allora è soprattutto la figura della sola badante a far fronte alle necessità giornaliere dell'anziano, così come quando le limitazioni sono molto elevate, in aggiunta in quest'ultimi casi anche alla famiglia o solo facendo conto sui servizi pubblici.

Tabella 17. Intensità quotidiana della rete di aiuti e livello delle limitazioni fisiche

“Pacchetti” di supporto	Lim. lievi		Lim. moderate		Lim. elevate		Lim. molto elevate		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Senza assist. quotid.	17	57	12	36	11	41	1	3	41	34
Solo <u>famiglia</u>	5	17	9	27	2	7	3	10	19	16
Solo badante	-	-	2	6	4	15	5	17	11	9
Badante e <u>fam.</u>	1	3	2	6	2	7	7	23	12	10
Solo servizi pubblici	2	7	1	3	1	4	4	13	8	7
Servizi privati (e <u>fam.</u>)	-	-	4	12	3	11	3	10	10	8
Solo amici/vicini	3	10	2	6	2	7	-	-	7	6
Mix vari (4 casi badante)	2	7	1	3	2	7	7	23	12	10
Totale casi	30	100	33	100	27	100	30	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Intensità = composizione pacchetti/combinazioni di supporto su base quotidiana; Mix vari = famiglia e servizi privati, famiglia e amici, badante e servizi pubblici/privati; Limitazioni Lievi = 0 attività “non in grado”, Moderate = 1-2, Elevate = 3-4, Molto elevate = 5+.

3.6. Prossimità fisica e frequenza degli aiuti familiari

In oltre la metà dei casi (56%) manca un supporto giornaliero quando nessuno dei familiari che aiutano è prossimo (Tabella 18). Diversamente, quando solo la famiglia aiuta quotidianamente c'è almeno un familiare *caregiver* prossimo nel 23% dei casi, e persino due e oltre nel 35%. Da evidenziare anche la presenza di più familiari di supporto e prossimi nel 21% delle situazioni dove assistono badante e famiglia.

Tabella 18. Intensità quotidiana della rete di aiuti e numero di familiari che aiutano in complesso e sono prossimi

“Pacchetti” di supporto	Nessun fam. prox.		Uno		Due e più		Totale ^a	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Senza assist. quotid.	19	56	5	19	4	12	28	30
Solo <u>famiglia</u>	1	3	6	23	12	35	19	20
Solo badante	4	12	5	19	1	3	10	11
Badante e <u>fam.</u>	2	6	3	12	7	21	12	13
Solo servizi pubblici	3	9	-	-	1	3	4	4
Servizi privati (e <u>fam.</u>)	2	6	1	4	5	15	8	9
Solo amici/vicini	2	6	2	8	-	-	4	4
Mix vari (4 casi badante)	1	3	4	15	4	12	9	10
Totale casi	34	100	26	100	34	100	94	100

Fonte: ibidem.

Note: Intensità = composizione pacchetti/combinazioni di supporto su base quotidiana; Mix vari = famiglia e servizi privati, famiglia e amici, badante e servizi pubblici/privati; Familiari prossimi che aiutano = che abitano nella stessa città (comune)/area rurale dove vive l'anziano; ^a Anziani con familiari che aiutano in complesso.

Da un confronto della prossimità tra aiuto familiare quotidiano e settimanale (Tabella 19), si nota inoltre che quando la famiglia è di supporto (più o meno) ogni giorno la prossimità sale oltre il 70% con valori in sostanza uguali tra siti urbani e rurali. Quando l'aiuto familiare è su base settimanale, la prossimità scende sotto il 50% in complesso, ma questo calo interessa solo le zone rurali (21%). Nei siti urbani la quota di familiari prossimi, che aiutano settimanalmente, rimane in sostanza uguale a quella giornaliera. Anche nelle tre regioni di riferimento è l'aiuto quotidiano ad essere maggiormente fornito da familiari che abitano vicino all'anziano, ma con valori inferiori al Nord.

Tabella 19. Quota dell'aiuto dei familiari prossimi sui casi con familiari che aiutano, siti e Regioni

Quota aiuto	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%	V.a. a/b	%
Aiuto quotid.	17/23	74	15/20	75	4/6	67	11/14	79	17/23	74	32/43	74
Aiuto settim.	21/28	75	7/33	21	3/19	16	13/20	65	12/22	55	28/61	46
Totale casi	72	-	48	-	40	-	40	-	40	-	120	-

Fonte: ibidem.

Note: % = a/b = casi con familiari prossimi che aiutano/casi con familiari che aiutano, nei rispettivi siti e in totale; Più tipi di aiuto in alcuni casi (familiari con aiuto quotidiano/settimanale); Familiari prossimi che aiutano = che abitano nella stessa città (comune)/area rurale dove vive l'anziano; In qualche caso gli intervistati hanno genericamente riferito che alcuni familiari abitano lontano/molto lontano (familiari considerati non prossimi).

In sostanza, un **aiuto più frequente** proviene dai **familiari più vicini**. Il supporto è di fatto agevolato dalla prossimità abitativa. *“L’aiuto più diretto è di mia figlia che sta qui”* [CAL_SLO_5]. Nei siti rurali delle Marche talvolta qualche familiare abita persino molto vicino all’assistito (anche a solo 200-300 metri di distanza). *“[Mia figlia] viene ogni giorno, lei lavora e ha la famiglia, ma abita a 200 mt”* [MAR_CAG_14]. Negli altri siti rurali da evidenziare che a volte, quando i figli che abitano in diversa città della regione lavorano e aiutano settimanalmente, si fermano per una notte dal genitore anziano, o anche per il weekend, e ritornano a casa propria il lunedì successivo. *“Però il venerdì mia figlia è a casa, fa il weekend a casa, va via il lunedì mattina”* [LOM_VAR_6]. Oppure danno supporto una volta a settimana ma in un’unica giornata “sbrigano parecchie faccende”. *“Mio figlio al mercoledì ha 2 ore di scuola e poi viene su. Mi va a far la spesa...va in farmacia a prendermi le medicine...Fa tutte le commissioni”* [LOM_VAR_6].

Un **aiuto sporadico** proviene diversamente dai **familiari più lontani**. Quando l’aiuto della famiglia diventa ancora meno frequente, su base mensile o anche più “sporadico” (dati non in tabella), viene infatti fornito da figli/parenti che abitano anche in altra regione o persino all’estero (ma se occorre ci sono in qualche modo, ad es. per la gestione a distanza degli aspetti finanziari). In questi casi, specie i figli, si sentono soprattutto al telefono e si vedono poco di persona, soprattutto per le vacanze estive, o durante le festività natalizie o pasquali. *“Mio figlio maschio è lontano ma ci sentiamo per telefono. Ci sentiamo 4-5 volte al giorno”* [CAL_ROC_4]; *“Quella [figlia] della Svizzera è venuta a Natale e a Pasqua...anche a Luglio certe volte”* [CAL_ROC_3]. Da considerare che spesso i figli emigrano per ragioni di lavoro specie da zone rurali. *“La gioventù qui non può stare. Qui non c’è vita”* [CAL_SLO_1]; *“Perché i giovani, i figli vanno tutti fuori a lavorare”* [MAR_PIO_1]; *“Il paese si è svuotato, se c’era la possibilità di lavorare qualcuno si sarebbe fermato e allora era più utile per tutti”*. [CAL_ROC_10].

La distanza dalla famiglia sembra così pesare molto, ma una **vicinanza temporanea** sembra tuttavia offrire sollievo. Un avvicinamento, sebbene non definitivo, può tamponare qualche necessità e tranquillizzare. *“Quando succede [episodi di ipoglicemia] bisogna che mi segue un dottore, chiamo mia figlia.. quest’anno è andata bene per quello ...perché ho abitato vicino a lei ed ero tranquilla”* [MAR_CAG_14]. Oppure può offrire condizioni climatiche invernali migliori. *“E poi d’inverno a casa mia ci sto poco. Sinceramente vado a Milano [dalla figlia] che là ho il calorifero già bello caldo”* [LOM_VAR_5]. In un caso una figlia, abitando lontano, si è dovuta trasferire temporaneamente a casa della madre per le precarie condizioni di salute della stessa, abbandonando temporaneamente il lavoro. *“Beh, la mia salute in generale va piuttosto male adesso.....Adesso c’è lei [la figlia]”* [LOM_MEN_1].

3.7. Chi deve/dovrebbe assistere gli anziani

Agli intervistati è stato anche chiesto se *“Aiutare un anziano deve/dovrebbe essere un compito prioritario delle famiglie/dei figli o il maggiore aiuto deve/dovrebbe provenire da parte dei servizi pubblici”* (Tabella 20). Per la maggior parte (42%) si ritiene che prima di tutti i familiari/figli, se ci sono e se possono/sono disponibili, dovrebbero occuparsi dei propri cari anziani. Segue il 32% di quanti auspicano una sorta di collaborazione/corresponsabilità tra le due tipologie di supporto, con i servizi pubblici a sostegno sia dell’anziano che della famiglia caregiver. Sono ancora di meno (22%), quanti considerano questa attività quale ruolo prioritario, se non esclusivo, del supporto pubblico, per tutti ma specie per chi non ha famiglia. Gli anziani sia in siti urbani che rurali pensano che l’assistenza spetti alla famiglia, ma leggermente di più i secondi (44%). Famiglia-servizio pubblico rappresenta invece una combinazione maggiormente desiderata in zone urbane (35%). Nelle zone rurali emerge

anche un 25% che si orienta verso il solo supporto pubblico. Gli anziani del Nord, più di quelli al Centro-Sud, pensano che l'assistenza spetti alla famiglia (58%). In Calabria e nelle Marche da evidenziare il 60% di anziani in ciascuna regione che vorrebbe un maggiore supporto del servizio pubblico, da solo o con la famiglia, contro il 40% in Lombardia.

Tabella 20. Chi deve/dovrebbe assistere gli anziani, siti e Regioni

Preferenze	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Famiglia/figli	29	40	21	44	23	58	14	35	13	33	50	42
Fam. serv. pubb. ^a	25	35	13	27	12	30	12	30	14	35	38	32
Servizio pubblico	14	19	12	25	4	10	12	30	10	25	26	22
Altro ^b	4	6	2	4	1	3	2	5	3	8	6	5
Totale casi	72	100	48	100	40	100	40	100	40	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: ^a inclusi: 1 caso di famiglia e IdA in Calabria rurale, e 1 caso di famiglia e società ad Ancona. Inoltre, in 1 caso a Reggio Calabria l'anziano ha posto un maggiore accento sul servizio pubblico aiutato dalla famiglia (e non viceversa); ^b Altro: famiglia e servizio privato, solo società, solo volontariato, e 3 anziani che non sanno rispondere.

La **famiglia** e specie i figli, se ci sono, rappresentano quindi la **prima scelta**, per ragioni di cuore/emotive/affettive, perché la famiglia in definitiva è sempre la soluzione migliore. *"Sempre meglio la famiglia" [LOM_BRE_8]; "La famiglia è la cosa più importante" [LOM_VAR_11]; "La famiglia è sempre in prima fila, perché la famiglia sta nel cuore" [MAR_ANC_19].* La famiglia fa sentire l'anziano più sereno e sicuro. *"Sei più confidente con i familiari che con un estraneo" [LOM_SMA_3]; "Avere i cari intorno...penso sia molto meglio che avere degli estranei" [MAR_ANC_14].* Alcuni intervistati, che riferiscono una precedente esperienza personale di *caregiving* familiare, ritengono questa opzione persino l'unica praticabile, un ruolo familiare per *default*. *"Io penso che prima devono venire i figli. È un dovere da parte dei figli, come l'ho fatto io verso i miei genitori" [CAL_REG_6].*

Tuttavia bisogna considerare che i **tempi sono cambiati**, le famiglie non sono più quelle (estese) di quando si viveva tutti insieme e ci si aiutava a vicenda. *"Un tempo quando le famiglie erano allargate ci si poteva scambiare. Ora le famiglie sono piccole e non è più possibile" [MAR_CAG_15].* Emerge allora anche una preferenza per il **binomio famiglia-servizio pubblico/Stato**. La famiglia prima di tutto, ma con il supporto pubblico. *"La famiglia è primaria, ma il servizio pubblico è indispensabile" [MAR_ANC_4].* Inoltre spesso i figli hanno a loro volta bisogno di aiuto, perché hanno "famiglia" e vari impegni lavorativi. *"Le famiglie oggi giorno non sempre possono, hanno il lavoro. Ci vorrebbe qualcuno dei servizi pubblici che li aiuti" [MAR_PIO_12].* In particolare sarebbe idealmente auspicabile avere il servizio pubblico per il sostegno fisico/materiale, e la famiglia e i figli per il sostegno emotivo e affettivo. *"I servizi ci vorrebbero, ma l'affetto familiare non deve mancare" [MAR_ANC_6]; "Il discorso dei figli va bene per quello che riguarda il lato affettivo, la vicinanza emotiva" [MAR_ANC_18].* In alcuni casi si sente l'esigenza di un supporto pubblico per la (propria) famiglia che assiste, specie se si è avuta una precedente personale esperienza di *caregiving* (pesante). *"La responsabilità è sempre dei figli [ma] Il servizio pubblico deve intervenire con questi anziani...Mia madre c'ha avuto l'Alzheimer. Mi chiamavano perché lei era fuggita da casa. Ci deve essere un aiuto in qualche modo" [MAR_ANC_3].*

Rimane il **servizio pubblico** in via prioritaria o esclusiva per **chi non ha famiglia/figli**, o per chi ha figli che non possono assistere. *"Devono esserci i servizi pubblici (...) Non per forza uno deve avere la famiglia che si occupa dell'anziano" [CAL_SLO_1]; "Gli anziani li devono aiutare i*

servizi pubblici...Le famiglie hanno già le loro famiglie" [PU14]; "I servizi pubblici dovrebbero occuparsi degli anziani, invece deve sempre intervenire un familiare!" [MAR_CAG_11]. I figli poi non si dovrebbero proprio disturbare, specie per l'assistenza notturna, poiché di giorno lavorano. "Di più i servizi pubblici (...) perché devo disturbare i figli, che tanto lavorano" [MAR_ANC_22]; "Deve essere maggiore l'aiuto dei servizi pubblici, perché i figli lavorano... l'hanno fatto un po' di tempo, la notte con me quando non stavo bene, però poco, perché loro lavorano" [MAR_ANC_24]. Si ritiene centrale il ruolo dei servizi pubblici anche quando non si hanno buoni rapporti con la propria famiglia "Dovrebbero essere i servizi pubblici ad aiutare le persone anziane, perché la maggior parte delle famiglie si dimenticano che ci sei quando sei vecchio" [LOM_VAR_2].

3.8. Isolamento sociale, solitudine e reti di cura

3.8.1. Rete di confidenti familiari e rete di aiuti

Per cogliere l'aspetto **dell'isolamento sociale**, agli intervistati è stato chiesto di raccontare della propria rete familiare, amicale e di vicinato, cui confidare eventuali preoccupazioni, o cui rivolgersi anche solo per parlare un po', per capirne la soddisfazione in termini di quantità, qualità e frequenza degli incontri e dei contatti. La dimensione oggettiva dell'isolamento sociale è stata poi analizzata, per questo paper, solo come numerosità di familiari nell'ambito della propria rete confidenziale complessiva (Tabella 21).

Tabella 21. Rete di confidenti familiari e quota dell'aiuto familiare

Confidenti familiari	Nessun aiuto familiare		Aiuti familiari presenti		Aiuti familiari molto presenti		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nessun confidente	9	35	2	4	-	-	11	9
Nessun confidente familiare	10	38	14	27	7	17	31	26
Familiari in minoranza	3	12	16	31	8	19	27	23
Familiari in maggioranza	1	4	8	15	15	36	24	20
Solo familiari	3	12	12	23	12	29	27	23
Totale casi	26	100	52	100	42	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Quota = numerosità degli aiuti familiari sul totale aiuti (da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti, amici/vicini); Aiuti familiari presenti se fino al 50% del totale; Aiuti familiari molto presenti se > del 50% del totale; Confidenti familiari in minoranza se < del 50% del totale confidenti; Confidenti familiari in maggioranza se pari al 60-83% del totale confidenti.

Emerge come, all'aumentare della quota di aiuti familiari sul totale aiuti disponibili, per lo svolgimento delle attività quotidiane, aumenti anche la possibilità di confidarsi con la propria famiglia, arrivando al 65% di confidenti solo/in maggioranza familiari quando la famiglia che aiuta è "molto presente" *"Qui vengono tutti i giorni. Ci sono parenti che vengono a trovarmi" [CAL_SLO_8]; "Vengono tutti i miei parenti a trovarmi Eh!" [CAL_SLO_2].* Da notare anche il 73%% di anziani senza alcun aiuto familiare e nessun confidente in assoluto/familiare. *"Mio fratello non vuole sentire malanni...Prima, qualche volta lo chiamavo ma ora non più" [CAL_REG_15]; "Io non posso chiamare mio figlio, sua moglie non vuole.. Con mio figlio non ho rapporti" [CAL_REG_8]; "Le mie cose intime non le dico a nessuno, me le tengo per me" [LOM_BRE_11].* In riferimento alle altre tipologie di aiuti (anche in compresenza) (Tabella 22), si nota come la presenza di confidenti familiari sia più evidente quando si usufruisce del supporto di una badante (82%) e dei servizi privati/colf (66%).

Tabella 22. Rete di confidenti familiari e altri aiuti (almeno 1 aiuto per tipologia)

Confidenti familiari	Servizi pubblici		Servizi privati		Amici/Vicini		Badante		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nessun confidente	8	19	7	14	2	4	1	4	11	9
Nessun confidente fam.	17	40	10	20	20	40	4	15	31	26
Familiari in minoranza	5	12	11	22	14	28	10	37	27	23
Familiari in maggioranza	3	7	10	20	6	12	8	30	24	20
Solo familiari	10	23	12	24	8	16	4	15	27	23
Totale casi	43	100	50	100	50	100	27	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto (somme orizzontali maggiori del totale); Confidenti familiari in minoranza se < del 50% del totale confidenti; Confidenti familiari in maggioranza se pari al 60-83% del totale confidenti.

Diversamente, l'assenza di confidenti familiari emerge maggiormente quando a supportare gli anziani sono amici/vicini o/e servizi pubblici (40% in entrambe le circostanze). Da sottolineare anche l'assenza totale di confidenti nel 19% e 14% di casi con supporto rispettivamente dai servizi pubblici e privati. A livello regionale (Tabella 23), se c'è una famiglia che aiuta, i confidenti familiari emergono soprattutto in Calabria (41% in maggioranza), dove peraltro sono già emersi aiuti familiari molto presenti più che nelle altre due regioni (Tabella 9), mentre scarseggiano nelle altre due realtà, dove non mancano comunque anche casi con buona presenza (es. 30% di casi che hanno solo familiari per confidenze nelle Marche). Dal confronto tra siti rurali e urbani, e sebbene sia presente una famiglia di supporto, emerge l'assenza di confidenti familiari soprattutto nei primi (34%) e la disponibilità di familiari in minoranza specie nei secondi (32%).

Tabella 23. Rete di confidenti familiari, aiuti familiari, siti e Regioni

Confidenti familiari	Aiuti familiari									
	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nessun confidente	2	4	-	-	1	4	1	3	-	-
Nessun confid. fam.	7	13	14	34	10	37	10	30	1	3
Familiari in minor.	17	32	7	17	5	19	7	21	12	35
Familiari in maggior.	13	25	10	24	4	15	5	15	14	41
Solo familiari	14	26	10	24	7	26	10	30	7	21
Totale casi	53	100	41	100	27	100	33	100	34	100

Fonte: ibidem.

Nota: Confidenti familiari in minoranza se < del 50% del totale confidenti; Confidenti familiari in maggioranza se pari al 60-83% del totale confidenti.

3.8.2. Livelli di solitudine e rete di aiuti

La solitudine o loneliness rappresenta una condizione soggettiva relativa alla percezione dell'attenzione che le persone dimostrano nei confronti degli intervistati, e quindi connessa al sentirsi soli, trascurati dagli altri (familiari, amici), che talvolta possono sembrare poco o affatto attenti ai loro bisogni o a ciò che accade loro (Tabella 24).

Tabella 24. Livelli di solitudine e quota dell'aiuto familiare

Livelli di solitudine	Nessun aiuto familiare		Aiuti familiari presenti		Aiuti familiari molto presenti		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nullo/lieve	6	23	16	31	17	40	39	33
Moderato	7	27	13	25	7	17	27	23
Elevato	7	27	15	29	9	21	31	26
Molto elevato	6	23	8	15	9	21	23	19
Totale casi	26	100	52	100	42	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Quota = numerosità degli aiuti familiari sul totale aiuti (da famiglia, servizi privati, servizi pubblici, badanti, amici/vicini); Aiuti familiari presenti se fino al 50% del totale; Aiuti familiari molto presenti se > del 50% del totale; Livello di solitudine nullo/lieve = si sente mai/raramente solo, Moderato = ogni tanto, Elevato = spesso, Molto elevato = spesso e con effetti psico-fisici quali depressione e insonnia.

Gli anziani con aiuto familiare “molto presente” e “presente” rispettivamente per il 57% e 56% riferiscono un senso di solitudine lieve/moderato (o persino assente) *“Io sto bene, non mi sento sola, perché i miei figli mi telefonano e vengono continuamente”* [MAR_ANC_24]; *“La mia famiglia sente i miei bisogni, anche se non chiedo nulla”* [MAR_CAG_13]; *“Mio figlio è attento a quello che mi serve”* [CAL_SLO_3]. Chi non ha aiuto dalla famiglia riferisce invece una percezione della solitudine soprattutto moderata/elevata (54%). *“[Mio figlio] è sempre in giro per cose sue....[mia figlia che abita in altra regione] la sento più raramente ma è molto più superficiale, da quando è morto il padre, c'ha tutta una vita sua...”* [MAR_ANC_21]. Da notare comunque anche il 42% di quanti riferiscono seri livelli di solitudine nonostante la famiglia di supporto sia molto presente. *“C'è la solitudine anche se ti senti protetta dalle persone, dalle attenzioni dei figli. Però la solitudine intima, che non la faccio vedere, la sento tanto”*[MAR_ANC_4].

In riferimento ad altri tipi di aiuto (anche in compresenza) (Tabella 25), si nota che oltre la metà degli intervistati supportati da una badante non soffrono molto la solitudine, così come poco meno del 60% di chi ha un supporto da amici/vicini e servizi privati (es. colf). *“Sola non sono mai. C'è sempre la badante”* [CAL_REG_14]; *“Adesso c'è la mia badante...Mi fa compagnia...”* [LOM_SMA_2]; *“Non ho avuto il tempo di sentirmi sola, la ragazza [colf] è sempre con me”* [MAR_PIO_3]; *“La vicina se abbiamo bisogno l'uno con l'altro ci diamo una mano”* [CAL_SLO_3].

Tabella 25. Livelli di solitudine e altri aiuti (almeno 1 aiuto per tipologia)

Livelli di solitudine	Servizi pubblici		Servizi privati		Amici/Vicini		Badante		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nullo/lieve	9	21	13	26	13	26	14	52	39	33
Moderato	11	26	15	30	16	32	3	11	27	23
Elevato	13	30	12	24	13	26	7	26	31	26
Molto elevato	10	23	10	20	8	16	3	11	23	19
Totale casi	43	100	50	100	50	100	27	100	120	100

Fonte: ibidem.

Note: Possibili più tipi di aiuto (somme orizzontali maggiori del totale); Livello di solitudine nullo/lieve = si sente mai/raramente solo, Moderato = ogni tanto, Elevato = spesso, Molto elevato = spesso e con effetti psico-fisici quali depressione e insonnia.

Emerge tuttavia un 53% di anziani che patisce molto questa condizione quando un aiuto proviene dai servizi pubblici. *“Io ho sempre bisogno di aiuto e il problema è la qualità del servizio dell’assistente sociale” [CAL_REG_3]; “Continuano a cambiarle [le operatrici del Servizio Sociale]. Che tante volte dico ‘perché continuano a cambiarle? Per me non è tanto simpatico’ [LOM_BRE_11].*

A livello regionale (Tabella 26), se la famiglia aiuta, un senso di solitudine assente o lieve emerge soprattutto in Calabria (41%), dove comunque si nota anche la quota maggiore di quanti riferiscono livelli seri (48%). In questa regione in sostanza gli anziani sono posizionati agli estremi con minore concentrazione su livelli moderati di solitudine, più rilevati invece nelle Marche e in Lombardia.

Tabella 26. Livelli di solitudine, aiuti familiari, siti e Regioni

Livelli di solitudine	Aiuti familiari											
	Siti urbani		Siti rurali		Lombardia		Marche		Calabria		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Nulla/lieve	18	34	15	37	10	37	9	27	14	41	33	35
Moderato	14	26	6	15	6	22	10	30	4	12	20	21
Elevato	13	25	11	27	9	33	7	21	8	24	24	26
Molto elevato	8	15	9	22	2	7	7	21	8	24	17	18
Totale casi	53	100	41	100	27	100	33	100	34	100	94	100

Fonte: ibidem.

Nota: Livello di solitudine nulla/lieve = si sente mai/raramente solo, Moderato = ogni tanto, Elevato = spesso, Molto elevato = spesso e con effetti psico-fisici quali depressione e insonnia.

Inoltre, nei siti urbani, più che nei rurali, la presenza di aiuto familiare si lega a una minore percezione della solitudine (lieve/moderata nel 60% dei casi vs 52%), e nei secondi inoltre emerge in misura maggiore un livello elevato/molto elevato di questo sentimento (49% vs 40%).

4. Sguardo d’insieme e divari territoriali

4.1. Famiglia ancora in prima linea (ma non come un tempo)

La gran parte degli anziani intervistati (75%) riferiscono attività della vita quotidiana che non sono in grado di svolgere, e di questi un terzo presenta limitazioni molto elevate (almeno cinque funzioni sono ormai compromesse). In queste situazioni, la **famiglia** sembra ancora in prima linea nell’attività di cura (78%), e rappresenta l’**aiuto “primario/dominante” (la rete “che conta”)** soprattutto i figli (60%), ma anche altri parenti (nipoti, sorelle-fratelli, cugini). Nel nostro studio inoltre la **vicinanza/prossimità abitativa** dei familiari (stessa città-comune/area rurale dove vive l’anziano) riveste notevole importanza nell’effettiva assistenza prestata, specie nel quotidiano, quando il supporto è fornito in gran parte da parenti prossimi/vicini (oltre il 70%). Quando la vicinanza non c’è, si attuano talvolta **care arrangements stagionali/emergenziali**, ossia soluzioni assistenziali con prossimità/vicinanza momentanea tra anziano e familiare che aiuta, a seconda della stagione (ad es. in inverno) o in situazioni di particolare urgenza. “Strategie” messe in campo per soddisfare, sebbene temporaneamente, alcune esigenze di cura altrimenti difficili da coprire “a distanza”. Diversi autori (Ilinca et al., 2015; Bremer, 2017) evidenziano in Italia, come in altri paesi dell’Europa Meridionale, il persistere di legami familiari molto forti alla base del *caregiving* informale verso i soggetti più fragili che invecchiano, con norme sociali e culturali

che stabiliscono responsabilità relative al sostegno intergenerazionale. Altri indicano la prossimità della famiglia quale fattore chiave per averne maggiore aiuto, (Costa et al., 2020; van der Pers et al., 2015), e dati ISTAT (2020c) sottolineano che, sebbene le attuali famiglie siano sempre più strette e gli anziani vivano sempre più spesso soli, rimangono tuttavia forti legami intergenerazionali, con ben il 60% degli anziani che abita nello stesso comune di un figlio. Se tuttavia la prossimità non è praticabile, possono agire, quali fattori agevolanti, l'opportunità per i figli che lavorano di avere (per periodi limitati) condizioni di lavoro flessibili e congedi retribuiti che consentono loro di fornire comunque assistenza (European Commission, 2016), sebbene questa opportunità sia spesso esito di scelte obbligate e non volontarie da parte dei *carer* familiari, e non sempre agevole nel nostro Paese, dove sono di frequente concessi permessi retribuiti (che ammontano a tre giorni al mese) e molto meno si usufruisce del congedo retribuito straordinario (massimo due anni), comunque in presenza di anziani disabili gravi (Legge n. 104/1992). Queste agevolazioni sono inoltre previste solo per il lavoro dipendente ma non per quello autonomo e occasionale (Piccinini et al., 2020).

I racconti degli intervistati confermano quindi ancora la famiglia quale importante pilastro del *caregiving* informale, garante della continuità assistenziale a domicilio. Gli stessi racconti fanno tuttavia anche intravedere un contesto emergente che potremmo definire di **post-familismo**, in cui ad es. alcuni figli (più vicini) ci sono anche quotidianamente (o quasi), ma altri più impegnati (e distanti), sembrano aiutare più raramente, quando cercati, e se possono. Inoltre, altri familiari quali fratelli/sorelle aiutano ma non possono fare più di tanto, sono anziani anche loro e con famiglia a volte. Dati SHARE del 2017 (Brenna, 2020) indicano che l'Italia è ancora un paese in cui il ruolo della famiglia risulta cruciale, sebbene il trend degli ultimi anni sembri delineare un debole ma graduale cambiamento, con calo della percentuale di *caregiver* a fronte comunque di una domanda di assistenza da parte degli anziani che è andata aumentando. Infatti il calo delle famiglie estese e della co-residenza, oltre la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro, hanno ridotto di fatto la disponibilità/capacità di potenziali assistenti familiari (European Commission, 2018). Si tratta comunque di un post-familismo alimentato in qualche misura anche dagli stessi intervistati, i quali spesso **non vogliono disturbare o far preoccupare in particolare i figli**, specie se lavorano e non hanno tempo per occuparsi di loro, nonostante sia ancora molto persistente e rilevante una certa aspettativa, negli anziani, rispetto al ruolo della famiglia. Da sottolineare che, secondo alcuni autori, il supporto dei figli ha un impatto positivo sul benessere dei genitori anziani, tuttavia se eccessivo i secondi possono avere sensi di colpa verso i primi (Katz, 2009). Sensi di colpa tuttavia mitigati, in alcuni casi, dal meccanismo della reciprocità e del ricambiare, ossia il chiedere aiuto ai figli viene talvolta auto-giustificato con l'aver in passato aiutato gli stessi quando ad es. i nipoti erano piccoli.

E allora, come rivelato dai nostri risultati, la rete di supporto si estende, supera la famiglia, ed emerge un **aiuto "complementare" (la rete "che integra")**, comunque importante, che proviene soprattutto dai servizi privati (42%, 37% colf), da amici/vicini (42%), dal servizio pubblico in circa un terzo dei casi (specie SAD 23%) e dalle badanti per un 23%. In particolare, si nota come il ricorso alla badante e al supporto privato/colf siano maggiori quando la famiglia è abbastanza/molto presente. Probabilmente in questi casi la famiglia è "complementare" generando il cosiddetto "*crowding-in effect*" (Arlotti et al., 2020). In sostanza si attua una specifica divisione funzionale dei compiti di cura da assolvere, quelli di assistenza "*hard*" più fisica e onerosa vengono "esternalizzati" dalle famiglie, a cui rimangono comunque in capo funzioni più "*soft*" ma cruciali e che riguardano la supervisione, ma anche il

disbrigo delle pratiche amministrative/burocratiche/finanziarie, il rapporto con i medici, la spesa ecc. (Di Rosa et al., 2012). Diversamente, amici/vicini e servizio pubblico sembrano intervenire di più quando l'aiuto familiare è presente solo fino a metà del totale aiuti, o persino assente del tutto. Probabilmente in queste situazioni la famiglia, quando c'è, magari è composta di pochi membri con scarsa capacità/disponibilità assistenziale, e fa così affidamento sul supporto di servizi ad es. domiciliari comunali, e su amicizie e vicinato disponibili a dare una mano. Sebbene non si possa parlare in tal caso di "spiazzamento" o "*crowding-out effect*" in particolare fra il ruolo delle reti familiari e quello dei servizi pubblici di cura, circostanza che si verifica quando sistemi di LTC "ampi ed articolati" permettono in qualche misura alle reti familiari di essere meno attive (Arlotti et al., 2020), tuttavia sembra intravedersi un effetto "composizione" tra rete formale e informale, dovuto alle stesse regole di accesso ai servizi, le quali pre-strutturano il tipo di profilo di utente anziano, con valutazione della fragilità fisica ma anche relazionale/sociale e familiare, e conseguente presa in carico generalmente di anziani con una rete complessiva molto debole.

Con particolare riguardo al **SAD**, i nostri intervistati lo ritengono inoltre spesso insufficiente a coprire le varie necessità, quando erogato per poche ore settimanali. Dati ufficiali a disposizione ne confermano la bassa intensità con una media nazionale di 8,2 ore settimanali di assistenza domiciliare per utente (ANCeSCAO, 2019). Questo non consente una completa presa in carico dell'anziano fragile, che gli permetta di rimanere a casa, e implica comunque, ove possibile peraltro, la presenza di un familiare o di una badante che copra altri bisogni non sufficientemente soddisfatti, spesso primari (es. andare in bagno o mangiare) (NNA, 2020). Il grado di copertura e l'intensità del sostegno pubblico incidono quindi sul carico della responsabilità di cura informale lasciata alla famiglia (Saraceno, 2016) e influiscono sul ricorso o meno a soluzioni assistenziali private/a pagamento (Albertini, Pavolini, 2017). Dati ISTAT (2020a) evidenziano che nel 2017 in Italia la spesa per i servizi dedicati agli anziani di 65+ anni ammontava a circa 1,3 miliardi di euro, con il 41% delle risorse per le strutture residenziali e solo il 36% circa per i servizi sociali domiciliari. Ciò mette in luce una minore spesa per quest'ultimi rispetto alle prime, senza configurare tuttavia una sorta di *trade-off* residenzialità vs domiciliarità, poiché in Italia di fatto entrambe sembrano carenti. Sempre in riferimento al SAD, a volte i nostri intervistati riferiscono ulteriori problemi se cambia l'organizzazione del servizio (ad es. giorni diversi di erogazione), o se cambiano le operatrici, perchè l'anziano fa fatica ad adattarsi. Alcuni autori sottolineano in particolare l'importanza della presenza di operatori dei servizi che rappresentino per gli anziani un punto di riferimento che duri nel tempo (Gori et al., 2021).

Anche una **rete amicale/di vicinato** solida, con relazioni costruite nel tempo, sembra essere di grande aiuto per i nostri intervistati, grazie alla prossimità. Alcuni riferiscono comunque che nell'immediato si rivolgono a vicini o amici per non chiedere ai figli (per questioni di poco conto). Con l'età si riduce infatti la rete "allargata" e "variegata" di persone su cui poter contare (parenti, amici e vicini), e aumentano invece le reti "esclusive", ad es. quelle composte solo da parenti o solo da vicini. Si intensificano in particolare i rapporti di vicinato, poiché cresce l'esigenza di aiuto nella quotidianità, e la vicinanza abitativa facilita e intensifica in particolare (anche se non sempre) questi rapporti (ISTAT, 2018).

In riferimento alle **badanti straniere** (sia conviventi "*in house*" che "a ore"), da sottolinearne l'impiego quale soluzione privata per gestire la crescente sfida dell'assistenza agli anziani, che ha di fatto colmato il divario tra la modesta fornitura di servizi pubblici e la ridotta capacità di cura a lungo termine delle famiglie (Lamura et al. 2010; Costa, 2013). Queste assistenti

personali in particolare “arrivano” per i nostri intervistati quando si rimane vedovi, si hanno problemi di salute, si è caduti con conseguenti fratture, e non si vuole rimanere soli la notte. Secondo dati ISTAT (2017), il 6% delle famiglie con componenti anziani ha in particolare il supporto di una badante, percentuale che cresce al 28% quando l’anziano presenta serie limitazioni nell’autonomia personale, e persino oltre il 40% se l’anziano vive da solo. E proprio in quest’ultima circostanza diventa più frequente la convivenza con l’anziano. Sempre in riferimento alle badanti, nel nostro studio emergono anche il problema del costo, non sempre facilmente sostenibile, e della presenza di accordi “in nero” (meno costosi) non contrattualizzati. Secondo dati INPS sui lavoratori domestici in Italia elaborati da DOMINA (2020), nel 2019 erano 848 mila circa i lavoratori domestici regolarmente assunti dalle famiglie italiane, di cui il 52% come colf e il 48% come assistenti alla persona/badanti. Il dato preoccupante, per i risvolti d’illegalità e potenziali abusi che ciò può favorire, è che sempre nel 2019 su un totale di circa due milioni di lavoratrici domestiche in Italia, di cui oltre 900 mila assistenti alla persona e più di un milione colf, la componente irregolare è stimata intorno al 60%. Altro aspetto evidenziato dai nostri risultati è la diffusione dell’IdA tra quanti sono supportati dalla badante. In Italia la grande diffusione delle “provvidenze economiche”, specie dell’IdA, ha in effetti favorito, in molte situazioni, il ricorso al mercato privato dell’assistenza, circostanza ampiamente documentata dalla letteratura (Costa et al., 2020; Barbabella et al., 2018; NNA, 2020).

La maggior parte degli intervistati ritiene inoltre che i **familiari/figli** (meglio se di genere femminile), se ci sono e se possono/sono disponibili/sono capaci, **dovrebbero occuparsi dei propri cari anziani** (42%), mentre i servizi pubblici potrebbero intervenire in assenza di parenti. In minore misura (32%) si auspica una collaborazione famiglia e servizio pubblico, con il secondo possibilmente anche a supporto della prima. Sono ancora di meno (22%) quanti considerano l’assistenza ruolo esclusivo del supporto pubblico. Un’ampia letteratura conferma che in Italia la famiglia rimane il più forte “provider” di cure, specie per gli anziani fragili e disabili, e quasi sempre la prima scelta, specie se comparata all’alternativa dei servizi pubblici domiciliari e residenziali (Drożdżak et al., 2013). I carers familiari possono infatti essere un’effettiva alternativa al supporto pubblico (Pavolini, Ranci, 2008), sebbene le attuali politiche di sostegno alle famiglie che assistono siano poche (Saraceno, 2018).

Dall’analisi complessiva dei risultati, sembra farsi spazio la sensazione che forse, quando si è anziani si vorrebbe comunque la propria famiglia vicino, e solo per necessità (ad es. se la famiglia non è disponibile, se ci sono contrasti familiari) ci si rassegna a supporti diversi, pubblici o privati. E probabilmente anche quanti si mostrano comprensivi verso figli che non hanno la possibilità di assisterli, e chiedono anche o solo un intervento pubblico, sono in realtà combattuti tra il desiderio di soddisfare i propri bisogni di anziano “in famiglia” e il desiderio di non oberare troppo i propri congiunti, richiedendo così aiuto “fuori dalla famiglia”, specie se il livello delle limitazioni fisiche è notevole. In definitiva, emerge un forte divario tra dove si vorrebbe “idealmente” e si dovrà invece “realisticamente” invecchiare, con possibili conseguenze su isolamento e solitudine. Un altro tema indagato in questo studio ha riguardato infatti anche la relazione fra quest’ultimi due aspetti e le reti di aiuto degli intervistati. A questo proposito, è emerso come gli **anziani meno soli e meno isolati socialmente** siano quelli con **maggiore assistenza familiare**. Sembra quasi di poter dire che un maggiore aiuto “materiale” dei familiari porti con sé anche un loro maggiore supporto “emotivo/psicologico”, e forse anche minori isolamento e senso di solitudine. Un’ampia letteratura sostiene il fatto che i legami sociali, in particolare la presenza di familiari/figli di supporto, sostengono nelle necessità quotidiane e nelle emergenze, con un ruolo

fondamentale nell'alleviare solitudine e isolamento degli anziani, specie se vivono da soli (Pinquart, Sörensen, 2001; Thoits, 2011; Long, Martin, 2000). Anche da un precedente studio sulle esperienze dei professionisti sociali e sanitari, nell'affrontare situazioni di solitudine tra le persone anziane (Manattini et al., 2020), è emerso che a volte quest'ultime, se provano un tale sentimento, tendono anche a rifiutare il supporto degli operatori, come se non fosse abbastanza, e questo sembra potersi imputare all'assenza della famiglia. Dalla nostra ricerca, è comunque importante notare come, fra coloro che riferiscono seri livelli di solitudine, una quota significativa (42%) interessi anche casi con una famiglia di supporto molto presente. Tutto questo a riprova della percezione molto soggettiva di questo sentimento, che può far sentire solo l'anziano, pur quando immerso in una fitta rete familiare di supporto (Victor et al., 2000; de Jong-Gierveld, 1998), a fronte per esempio di dinamiche di disallineamento fra qualità/affettività della cura familiare e aspettative soggettive specifiche. È interessante inoltre notare come l'assenza di confidenti familiari e una maggiore *loneliness* sembrano emergere, in misura non sottovalutabile, anche quando a supportare gli anziani sono i servizi pubblici. A riguardo sembrano intervenire le regole di accesso ai servizi stessi, ad es. al SAD, generalmente molto restrittive e con copertura solo nel caso di anziani particolarmente fragili, anche dal punto di vista del supporto delle reti familiari. Anche le modalità usuali di erogazione del SAD sembrano avere un peso: poche e insufficienti ore di assistenza, con rotazione degli operatori, contesto che non agevola di certo la creazione di rapporti confidenziali e amicali con l'utente anziano.

4.2. Nord vs Sud, urbano vs rurale

L'approfondimento territoriale **Nord-Sud** evidenzia una notevole disuguaglianza nella risposta ai bisogni degli anziani soli e fragili, con prevalere del supporto familiare specie al Centro-Sud (oltre l'80%), in aggiunta ad una maggiore compresenza di più familiari che aiutano (63% e 55%). Il servizio pubblico, ad es. il SAD, sembra supportare soprattutto al Nord e al Centro, mentre è poco presente al Sud (15%), qui "compensato" dalle badanti (su 27 casi con badante, 15 sono in Calabria). La minore disponibilità e/o necessità di familiari per la cura degli anziani al Nord può collegarsi alla maggiore occupazione femminile nel mercato del lavoro e conseguente minor tempo da dedicare al *caregiving*, a fronte di una maggiore disponibilità economica per soluzioni alternative e maggiore offerta di servizi. Al Sud sembrano invece emergere maggiormente le famiglie, probabilmente anche quale conseguenza della scarsa disponibilità di servizi pubblici di cura. Dati istituzionali riferiscono infatti come la spesa sociale pro capite dei Comuni, per i servizi di *welfare* territoriale destinati agli anziani di 65+ anni (per assistenza residenziale e domiciliare), scenda drasticamente passando da Nord a Sud, con 82 euro in Lombardia, 46 nelle Marche e 17 in Calabria (ISTAT, 2020a). Diversamente al Sud si ha una maggiore copertura dell'IdA, con una quota di beneficiari che sale dal 10% circa in Lombardia, al 13% nelle Marche e fino al 17,6% in Calabria (NNA, 2020), fatto quest'ultimo che a sua volta può incentivare l'assunzione di badanti (Melchiorre et al., 2014). In particolare alcuni autori (Barbabella et al., 2017) forniscono il quadro di un Paese diviso in vari modelli assistenziali/di *welfare*, e inseriscono le tre regioni incluse nello studio IN-AGE in tre diversi cluster. Il modello *cash-for-care*, con la Calabria, dove si ha un elevato tasso di beneficiari dell'IdA, mentre i servizi domiciliari e residenziali rivelano tassi inferiori alla media nazionale. Il modello *cash-for-care* misto, con le Marche, dove ancora si ha una prevalenza dell'IdA ed eventuale aggiunta di ADI e SAD. Il modello dell'assistenza residenziale, con la Lombardia, dove invece prevale l'assistenza residenziale, mentre SAD, ADI e IdA fanno registrare bassi tassi di utenti anziani. Da

evidenziare che secondo Martinelli (2019) la profonda diversità dei sistemi regionali di *welfare* è anche imputabile a minori capacità organizzative di alcune regioni del Sud nell'erogazione integrata di servizi sociali e sanitari. Quanto alla presenza delle badanti, da noi rilevate soprattutto al Sud, risultati elaborati su dati INPS (DOMINA, 2020) a fine 2019 ne evidenziano diversamente una concentrazione di regolari prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord, mentre altri dati ISTAT, senza distinguere tra regolari e irregolari (Ranci et al., 2020), riferiscono una situazione più vicina ai nostri risultati, con il 7% degli anziani soli di 75+ anni che ha assunto la badante nel Settentrione, il 9% nel Centro e il 10% nel Mezzogiorno. Da precisare che criteri di inclusione e modalità di reclutamento (esclusione di anziani con gravissime limitazioni fisiche e/o cognitive, situazioni nelle quali le badanti sembrano invece più utilizzate) possono giustificare un non elevato numero di casi con badante in complesso nel nostro studio. Inoltre, un'età più avanzata e un maggior grado di limitazioni degli intervistati al Sud, può aver influito su una maggiore concentrazione di tali figure rilevata in questa parte del Paese.

Considerando l'orientamento degli intervistati rispetto al ruolo assistenziale della famiglia e del servizio pubblico, gli anziani al Nord più di quelli al Centro-Sud pensano che il *care* spetti alla famiglia (58%), mentre famiglia/figli sono di fatto riferiti in prima linea in particolare al Sud e Centro (85% e 83%, contro il 68% in Lombardia). Risultato forse da interpretare quale desiderio rispetto ad una realtà assistenziale diversa e meno centrata sulla cerchia familiare al Nord. Per il Sud da evidenziare che un'aspettativa più bassa rispetto alla famiglia potrebbe legarsi alla realistica consapevolezza degli anziani che l'attuale consistente aiuto familiare è tuttavia non sostenibile in futuro, anche a seguito dell'esigenza, specie dei figli, di spostarsi/emigrare in altri contesti per lavorare e sopravvivere, quindi ridimensionando la loro funzione di cura. L'ISTAT (2019a) riferisce infatti che negli ultimi dieci anni circa 483 mila giovani di 20-34 si sono spostati lungo la traiettoria Mezzogiorno vs Centro-Nord, contro i 174 mila che hanno percorso la rotta inversa.

Infine, i nostri risultati evidenziano che a livello regionale se c'è una famiglia che aiuta, i confidenti familiari emergono soprattutto in Calabria (41% in maggioranza), dove in ugual misura in tal caso si riferisce un senso di solitudine assente o lieve. Tuttavia, proprio in questa regione emerge la quota maggiore di quanti riferiscono anche livelli seri elevati e molto elevati di solitudine (48% in complesso). Questo apparente contrasto può essere spiegato dalle differenti aspettative degli anziani verso le relazioni sociali, in letteratura espresse con il concetto di *loneliness threshold* o "soglia di solitudine". Se da un lato la presenza di una rete familiare che aiuta, comunque forte al Sud, può contrastare la percezione della solitudine, dall'altro possono tuttavia intervenire, in certi casi, aspettative elevate verso le relazioni familiari, le quali, se deluse, tendono ad elevare la *loneliness threshold* (Cerea, 2021).

L'approfondimento territoriale **urbano-rurale** evidenzia la famiglia che assiste specie nei siti rurali (85% dei casi), dove si rilevano in prevalenza anche casi con più familiari impegnati nel lavoro di cura. Per il resto aiutano servizi privati/colf (51%) e pubblici/SAD (49%) specie in siti urbani, e amici/vicini e badanti specie in siti rurali (48% e 27%). Secondo l'ISTAT (2018) nelle aree rurali rimane forte il tipo di legame più tradizionale che è quello parentale stretto, ma anche la rete di sostegno rappresentata dal vicinato caratterizza in particolare il Mezzogiorno interno. Nelle zone rurali delle aree interne, zone periferiche con scarsa presenza del supporto del servizio pubblico, il tessuto amicale/di vicinato sostiene infatti gli anziani nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e quindi l'*ageing in place*, sebbene

poi emergano situazioni diverse a seconda della combinazione possibile con il supporto delle altre reti di aiuto. Da sottolineare tuttavia che il supporto di amici e vicini nelle aree interne è anche da collegare al fatto che i figli sono stati più facilmente costretti a dinamiche di exit/emigrazione e dunque a vivere in altre zone (Dino, 2021). Circostanza che presumibilmente ha implicazioni anche sul fatto che nei siti rurali investigati dal nostro studio i figli (rispetto ad altri familiari) assistono più su base settimanale che giornaliera, non essendo in molti casi prossimi. Circostanza che può avere ulteriori ripercussioni sul fatto che, nonostante la presenza di aiuto familiare, l'assenza di confidenti familiari e livelli maggiori di solitudine emergano soprattutto tra gli intervistati nei siti rurali, dove una famiglia che aiuta non sembra in qualche modo sufficiente a riguardo, se specie i figli supportano meno di frequente perché abitano distanti e nonostante la presenza di altri parenti e amici/vicini. Secondo l'ISTAT (2018) l'isolamento e la solitudine sono particolarmente cruciali per le persone fragili come gli anziani, a seguito di molteplici ragioni, quali la salute, la presenza della famiglia e le caratteristiche del luogo di residenza. A riguardo, alcune linee guida, potenzialmente a contrasto di solitudine e isolamento degli anziani (Regione Emilia Romagna, 2012), già da tempo evidenziano la necessità di considerare la residenza in zone rurali quale fattore che può rendere l'anziano maggiormente vulnerabile. Nel nostro studio inoltre gli anziani sia in siti urbani che rurali pensano che l'assistenza spetti alla famiglia, ma leggermente di più i secondi (44% contro 40%). E infatti famiglia/figli sono in prima linea specie in queste zone (85% contro il 74% in siti urbani), dove anche una certa aspettativa rispetto al ruolo della famiglia sembra essere preminente. Famiglia-servizio pubblico rappresenta invece una combinazione attesa maggiormente fra gli anziani che vivono in zone urbane (35%), dove forse la presenza dei servizi è più tangibile e quindi la si ritiene possibile.

5. Considerazioni conclusive e suggerimenti di policy

La rete di protezione sociale emersa dallo studio IN-AGE è ancora costituita soprattutto da **familiari**, la cosiddetta **rete primaria**. La famiglia sembra affiancare in misura importante il nostro sistema di *welfare* e svolgere un ruolo cruciale di "ammortizzatore sociale" verso i membri più vulnerabili, quale espressione di forti legami intergenerazionali ancora esistenti nel nostro Paese, specie al Sud. Tuttavia la famiglia ha un coinvolgimento effettivo che non è più quello tradizionale, quasi esclusivo di un tempo, quando si viveva in nuclei estesi. I familiari ci sono ancora se occorre, ma impegni di lavoro sempre maggiori, anche fuori provincia o regione (e persino all'estero), ne impediscono spesso un supporto assiduo, specie da parte delle figlie, sempre meno "casalinghe" e con difficoltà nel conciliare tempi per il lavoro e la famiglia. Non sembra quindi sostenibile, in una prospettiva di lungo periodo, il ruolo assistenziale e non retribuito delle famiglie, specie delle donne, e il modello familistico sembra aver bisogno a sua volta di aiuto.

L'indisponibilità o scarsità "*in place*" di cura familiare conduce così verso **l'ausilio complementare** di colf e badanti, amici e vicini, volontari e semplici conoscenti. Supporta anche il servizio pubblico, ma non "in prima linea". Tuttavia, le badanti e l'assistenza privata (ad es. colf) hanno un costo non sostenibile da tutti. Inoltre, i servizi domiciliari comunali (SAD) sono sempre più marginali. Amici e vicini, volontari, conoscenti fanno quello che possono, ma non riescono certamente a provvedere per ogni necessità. Nonostante le difficoltà, **l'ageing in place** con la famiglia sembra rimanere comunque la soluzione migliore, e idealmente la principale "preferenza" assistenziale espressa dagli intervistati. Perché la famiglia fa sentire sereni e protetti, e rimanere a casa propria permette di evitare

l'istituzionalizzazione, di mantenere abitudini e contatti sociali, e rappresenta un fattore chiave per l'integrazione sociale degli anziani, specie disabili (UNECE, 2015).

Occorre allora individuare strategie nuove da proporre a sostegno, soluzioni assistenziali che possano compensare/integrare la ridotta presenza familiare, che possano migliorare la qualità della vita degli anziani soli, anche per contrastare isolamento sociale e solitudine nonostante ci siano famiglie, badanti e servizi.

Una strada sembra quella del **potenziamento e dell'innovazione dell'assistenza domiciliare**, in termini di copertura/utenza, intensità/ore erogate e qualità delle prestazioni, tramite una reale collaborazione dei servizi formali e informali in ambito LTC, al fine di superare il "doppio binario" dei servizi pubblici e privati. In particolare sarebbe utile valorizzare le reti informali di vicinato e comunitarie, per potenziare e supportare il *welfare* di prossimità, a volte cruciale per permettere all'anziano di rimanere nel proprio contesto abitativo e relazionale (NNA, 2020). Inoltre, l'integrazione formale di badanti qualificate/formate/garantite nel network dei servizi pubblici locali-domiciliari potrebbe aiutare a superare i contratti "verbali" in nero e offrire in complesso un servizio più adeguato alle esigenze degli anziani (Pasquinelli, 2019). Da sottolineare comunque che l'obiettivo di un'assistenza domiciliare innovativa, che voglia avere un "*win-win approach*" (Colombo et al, 2011: 20), dovrebbe includere tra i destinatari delle cure/utenti dei servizi, non solo gli anziani fragili ma anche i rispettivi *caregivers* familiari, spesso oberati quando presenti, attraverso servizi di sollievo, centri diurni e opportunità formative.

Sono necessarie anche **azioni per agevolare l'innovazione**, da intraprendere con il supporto delle nuove tecnologie (*eHealth*), potenzialmente in grado di migliorare efficienza e qualità dei servizi. La tecnologia, specie tramite appositi dispositivi di assistenza installati nelle abitazioni, può così aiutare la permanenza al domicilio, in autonomia e sicurezza, delle persone anziane, specie quelle con multimorbidità e residenti in siti rurali "difficili da raggiungere" (Melchiorre et al., 2018). Le opportunità offerte dalla tecnologia sono peraltro particolarmente importanti per ridurre isolamento e solitudine delle persone anziane, aiutandole a rimanere socialmente connesse alla loro comunità (Draulans et al., 2017), e agevolandone la comunicazione con la famiglia e gli amici, oltre all'opportunità offerta loro di accedere alle informazioni *online* (Stojanovic et al., 2017).

Inoltre, da prevedere **azioni di sistema**, ossia interventi regolatori, legislativi e di finanziamento per la ridefinizione della *governance* del complesso dei servizi coinvolti nella presa in carico degli anziani fragili e non autosufficienti. Fondamentale sembra infatti rafforzare l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle risorse disponibili, al fine di promuovere l'innovazione sociale (Casanova et al., 2020). L'integrazione dell'assistenza socio-sanitaria ha in particolare potenziale per contenerne i costi crescenti, e peraltro aiuta le persone anziane a rimanere indipendenti più a lungo a casa propria (European Commission, 2021). È necessario a tal fine superare l'anacronistica frammentazione del sistema LTC Italiano in riferimento a gestione e fonti di finanziamento, con servizi sanitari e sociali che ancora sono due distinti settori solo parzialmente connessi. Sarebbe importante anche prevedere importi differenziati nell'erogazione dell'IdA (attualmente uguali per tutti i beneficiari) in base al fabbisogno assistenziale e alle disponibilità economiche di ognuno (NNA, 2020), con l'aggiunta di un sistema "incentivante" per chi utilizza i relativi proventi per acquistare servizi professionali privati, ad esempio per assumere le badanti con contratti regolari (Ranci, et al., 2019; Arlotti et al., 2020).

Tutto questo ovviamente tenendo presenti le **differenze territoriali** comunque emerse dallo studio IN-AGE ed esistenti nel nostro Paese, a **sfavore delle aree interne e in particolare del Sud**, specie per quanto riguarda lo scarso supporto ottenuto dai servizi di assistenza domiciliare pubblica (socio-sanitaria), a fronte di una maggiore presenza effettiva della famiglia e delle badanti. Contesto dovuto anche al “sistematico disinvestimento pubblico” del Governo Italiano a discapito del Mezzogiorno, con conseguente “regime di cittadinanza differenziato” a sfavore di quest’ultimo (Martinelli, 2019). Da considerare anche che i duraturi divari territoriali in Italia (nei servizi sociali e altri settori socio-economici) risentono della cosiddetta “*path-dependency*”, vale a dire “la tendenza dei processi a rafforzarsi nei solchi già tracciati in assenza di interventi (pubblici) capaci di alterarne la direzione” (Martinelli, Novy, 2013). Non a caso l’ISTAT rileva una difficoltà di accesso ai servizi essenziali doppia nel Mezzogiorno rispetto al Nord (ISTAT, 2019b).

Da sottolineare infine che le difficoltà e disparità regionali di accesso all’assistenza hanno avuto il loro culmine durante la **pandemia da COVID-19** (European Commission, 2021), la quale ha rappresentato un vero e proprio stress-test estremo sull’attuale contesto dei servizi, e ha permesso di metterne sotto una potente lente d’ingrandimento diverse criticità (Gori, 2020). Il *lockdown* ha infatti messo a dura prova l’attuale sistema assistenziale Italiano rivolto agli anziani, in particolare nelle RSA (Arlotti, Ranci, 2020a), ma anche a seguito della chiusura/sospensione di alcuni servizi domiciliari tradizionali, in aggiunta alla temporanea chiusura dei centri diurni e il venir meno in certi casi (per propria volontà o perché licenziate) del supporto delle badanti (Melchiorre et al., 2020; Galeotti, 2020). Tutto ciò ha tuttavia stimolato un necessario “ripensamento” dell’esistente, con rimodulazione delle modalità di intervento al fine di una maggiore flessibilità. E su questa strada sembra opportuno proseguire. Emerge infatti ora ancora di più l’importanza dei **servizi territoriali** nel nostro Paese, di interventi prossimi ai luoghi dove vivono in particolare le persone più vulnerabili (Arlotti, Ranci, 2020b). Idealmente, un **welfare a km zero**.

Riferimenti bibliografici

Agenzia per la Coesione Territoriale (2018), *Strategia Aree Interne*, <http://old2018.agenziacoesione.gov.it/it/arint/index.html>

Albertini, M., Pavolini E. (2017) Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 72(3):510–521.

ANCeSCAO - Associazione Nazionale Centri Sociali, Comitati Anziani e Orti (2019) *L’assistenza in Italia agli anziani fragili e alle loro famiglie*. Progetto “Anziano Fragile: verso un welfare comunitario”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, <https://www.ancescao.it/files/64/DOCUMENTI-PESANTI/123/Assistenza-in-Italia.pdf>

Arlotti, M., Ranci, C. (2020a) *La strage nascosta. cosa è accaduto nelle residenze per anziani durante la pandemia*. Laboratorio di politiche sociali, Politecnico di Milano, http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/06/la-strage-nascosta_inage.pdf

Arlotti, M., Ranci, C. (2020b) Coronavirus: quadro e criticità dei servizi sanitari territoriali. *Welforum.it*, 28 Luglio 2020, <https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/3-1-una-politica-per-i-servizi-territoriali-se-non-ora-quando/>

Arlotti, M., Parma, A., Ranci R. (2020) Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma, *Politiche Sociali/Social Policies*, 1:125-148.

Barbabella, F., Poli, A., Santini, S., Lamura, G. (2018) The role of informal caregivers in long-term care for older people: needs and supports. In T. Boll, D. Ferring & J. Valsiner (Eds.), 2018, *Cultures of care: Handbook of cultural geropsychology*. Charlotte (NY): Information Age Publishing, pp. 193-212.

Barbabella, F., Poli, A., Chiatti, C., Pelliccia, L., Pesaresi F. (2017) La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati. In NNA, Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto 2017/2018, Il tempo delle risposte*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 33-54, <http://www.maggioli.it/rna/pdf/9788891625175.pdf>

Bettio, F., Plantenga J. (2008) Comparing Care Regimes in Europe, *Feminist Economics*, 10(1):85-113.

Bremer, P., Challis, D., Rahm Hallberg, I., Leino-Kilpi, H., Saks, K., Vellas B. et al., on behalf of the RightTimePlaceCare Consortium (2017) Informal and formal care: Substitutes or complements in care for people with dementia? Empirical evidence for 8 European countries, *Health Policy*, 121(6):613-622.

Brenna, E. (2020) Legami familiari e cura degli anziani in Europa, *Welforum.it* 5, 27 Ottobre 2020, <https://welforum.it/legami-familiari-e-cura-degli-anziani-in-europa/>

Casanova, G., Principi, A., Lamura, G. (2020) Social Innovation in Long-Term Care: Lessons from the Italian Case, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(7):2367, <https://doi.org/10.3390/ijerph17072367>.

Cerea, S. (2021) Le reti familiari e il senso di solitudine degli anziani, *I luoghi della cura online*, 1:1-6, <https://www.luoghicura.it/sistema/cultura-e-societa/2021/01/le-reti-familiari-e-il-senso-di-solitudine-degli-anziani/?pdf>

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en#page5

Corden, A., Sainsbury, R. (2006) Using verbatim quotations in reporting qualitative social research: researchers' views. The University of York, Social Policy Research Unit, ESRC 2136, <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/verbquotresearch.pdf>

Costa, G., Melchiorre, M.G., Arlotti, M. (2020) *Ageing in place in different care regimes. The role of care arrangements and the implications for the quality of life and social isolation of frail older people*, in DAStU Working Paper Series, n. 03/2020 (LPS.10) http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/07/WP-Dastu-n.-032020-LPS.10_Costa-Arlotti-Melchiorre.pdf

Costa, G. (2013) Italy: A case of missing reforms but incremental institutional change in Long Term Care, in C. Ranci, E. Pavolini (Eds.), *Reforms in Long Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York: Springer, pp. 221-241.

de Jong-Gierveld, J. (1998) A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences, *Rev Clin Gerontol*, 8(1):73-80.

Dino, G. (2021) Giovani e aree interne: mancanza di opportunità o di prospettive? *Forum Disuguaglianze Diversità*, 18 Febbraio 2021, <https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/giovani-e-aree-interne-mancanza-di-opportunita-o-di-prospettive-i-risultati-di-un-rapporto-sullarea-madonita/>

Di Rosa, M., Melchiorre, M.G., Lucchetti, M., Lamura, G. (2012) The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy, *European Journal of Social Work*, 15(1):9-27.

Djundeva, M., Dykstra, P.A., Fokkema, T. (2019) Is Living Alone "Aging Alone"? Solitary Living, Network Types, and Well-Being, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 74(8):1406-1415.

DOMINA (Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico) - Fondazione Leone Moressa (2020) *Secondo Rapporto annuale sul lavoro domestico. Analisi, statistiche, trend nazionali e locali*. <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/documenti/Rapporto-2020-lavoro-domestico-osservatorio-domina.pdf>

Dong, X.Q. (2017) Elder self-neglect: research and practice, *Clinical Interventions in Aging*, 12 949-954.

Draulans, V., Hlebec, V., Maskeliunas, R., Siren, A., Lamura, G. (2017) Exclusion from Services Knowledge Synthesis Paper. ROSEnet Services Working Group, Knowledge Synthesis Series: No. 3. CA 15122 Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy, <http://rosenetcost.com/wp-content/uploads/2017/12/services-synthesis-paper-final.pdf>

Drożdżak, Z., Melchiorre, M.G., Perek-Białas, J., Principi, A., Lamura, G. (2013) Ageing and long-term care in Poland and Italy: a comparative analysis. In: Ervik R., Skogedal Lindén T. (a cura di), *The making of ageing policy: theory and practice in Europe*, Cheltenham Glos UK: Edwar Elgar, Publishing Ltd, pp. 205-230.

Dupuis-Blanchard, S., Gould, O.N., Gibbons, C., Simard, M., Éthier, S., Villalon, L. (2015) Strategies for Aging in Place: The Experience of Language-Minority Seniors With Loss of Independence, *Global Qualitative Nursing Research*, 2:1-9.

Dykstra, P.A. (1995) Loneliness among the never and formerly married: the importance of supportive friendships and a desire for independence, *Journals of Gerontology-Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(5):S321-S329.

Epicentro (2020) *Passi d'Argento. I dati per l'Italia. Fragilità e disabilità*, <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili#dati>

European Commission (2021) *Green paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations*, Brussels, 27 Gennaio 2021, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/1_en_act_part1_v8_0.pdf

European Commission (2018) *The 2018 Ageing Report*, Institutional Paper 079, Luxembourg: Publications Office of the European Union, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf

European Commission (2016) *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*, Institutional paper 037, Luxembourg: Publications Office of the European Union, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/ip037_vol1_en_2.pdf

Friedman, L.S., Avila, S., Liu, E., Dixon, K., Patch, O., Partida, R et al. (2017) Using clinical signs of neglect to identify elder neglect cases, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29:4:270-287.

Gale, N.K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., Redwood, S. (2013) Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13, Article number 117 (2013). <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-117>

Galeotti, S. (2020) Coronavirus, le difficoltà di colf e badanti: invisibili e senza aiuti. *Il fatto quotidiano*, 24 Aprile 2020, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/24/coronavirus-le-difficolta-di-colf-e-badanti-invisibili-e-senza-aiuti-le-regolari-licenziate-30-quelle-in-nero-cacciate-la-maggior-parte-spera-nel-reddito-demergenza-le-storie/5778624/#cComments>

Gori, C. (2020) Uno stress-test estremo sui servizi per gli anziani. Taccuino sul mondo nuovo, *I Luoghi della cura online*, 2:1-3, <https://www.luoghicura.it/editoriali/2020/03/uno-stress-test-estremo-sui-servizi-per-gli-anzianitaccuino-sul-mondo-nuovouno-31-marzo-2020/?pdf>

Gori, C., Guaita, A., Motta, M., Pesaresi, F., Trabucchi, M. (2021) *Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Una Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. NNA Network Non Autosufficienza, <http://www.grusol.it/informazioni/06-03-21.PDF>

Ilinca, S., Leichsenring, K., Rodrigues, R. (2015) *From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalization in long-term care*. Policy Brief December, Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

ISTAT (2020a) *La spesa dei comuni per i servizi sociali. Anno 2017*. Statistiche Report, <https://www.istat.it/it/files//2020/02/Tavole-Spesa-sociale-dei-comuni.xlsx>

ISTAT (2020b) *Le misure della vulnerabilità: un'applicazione a diversi ambiti territoriali*, <https://www.istat.it/it/files//2020/12/Le-misure-della-vulnerabilita.pdf>

ISTAT (2020c) *Aspetti di vita degli over 75*, Statistiche Today, <https://www.istat.it/it/files//2020/04/statisticatoday ANZIANI.pdf>

ISTAT (2019a) *Rapporto annuale 2019, La situazione del Paese*, <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2019/capitolo3.pdf>

ISTAT (2019b) *Rapporto BES 2019, Il benessere equo e sostenibile in Italia*, https://www.istat.it/it/files//2019/12/Bes_2019.pdf

ISTAT (2018) *Rapporto Annuale 2018, La situazione del Paese*, <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>

ISTAT (2017) *Anziani: Le condizioni di salute in Italia e nell'unione Europea. Anno 2015*. Statistiche Report, https://www.istat.it/it/files/2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf

Katz, R. (2009) Intergenerational family relations and subjective well-being in old age: a cross-national study, *European Journal of Ageing*, 6:79-90.

Katz, S. (1983) Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living, *J Am Geriatr Soc*, 31(12):721-727.

Lamura, G., Chiatti, C., Di Rosa, M., Melchiorre, M.G., Barbabella, F., Greco, C. et al. (2010) Migrant workers in the long-term care sector: Lessons from Italy, *Health and Ageing*, 22:8-12.

Lamura, G., H. Dohner, C. Kofhal (Eds) (2008) *Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*, University of Hamburg-Eppendorf, Hamburg: Lit Verlag.

Long, M.V., Martin, P. (2000) Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(5):P311-P319.

Manattini, A., Trogu, G., Modrzejewska, D., Renn-Żurek, A., Woźnicka, E., Pintilie, L.L. et al. (2020) *Prospettive e ostacoli incontrati dai professionisti sanitari e sociali nell'interfacciarsi con la solitudine esistenziale degli anziani*, Report internazionale progetto "Alone", Erasmus+, <https://www.anzianienonsolo.it/online/2021/01/29/progetto-alone-lancio-dei-risultati-della-ricerca-sulla-solitudine-esistenziale-negli-anziani/>

Martinelli, F. (2019) I divari Nord-Sud nei servizi sociali in Italia. Un regime di cittadinanza differenziato e un freno allo sviluppo del Paese, *Rivista economica del Mezzogiorno*, 33(1): 41-79.

Martinelli, F., Novy, A. (2013) Urban and Regional Trajectories between Path-dependency and Path-shaping. Structures, Institutions, Discourses and Agency in Contemporary Capitalism, in Martinelli F., Moulaert F., Novy A. (a cura di), *Urban and Regional Development Trajectories in Contemporary Capitalism*, Oxford-New York: Routledge, pp. 284-315.

Mayring, P. (2000) Qualitative Content Analysis, *Forum Qualitative Social Research*, 1(2): Art. 20, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>

Mehrabi, F., Béland, F. (2020) Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review, *Arch Gerontol Geriatr*, 90:104119, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104119>.

Melchiorre, M.G., Lattanzio, F., Lamura, G. (2020) *Anziani fragili, famiglie e assistenti private. Un difficile "trage" nell'emergenza COVID-19*. Laboratorio di Politiche sociali, Politecnico di Milano, http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/07/testo_inrca_inage2.pdf

Melchiorre, M.G., Papa, R., Rijken, M., van Ginneken, E., Hujala, A., Barbabella, F. (2018) eHealth in integrated care programs for people with multimorbidity in Europe: insights from the ICARE4EU project. *Health Policy. Special issue: Integrated care for people living with multimorbidity*, 122(1): 53-63.

Melchiorre, M.G., Quattrini, S., Papa, R., Barbabella, F., Zanetti, E., Lamura, G. (2014) *Caring for people with multiple chronic conditions in Italy: policy and practices*. Country Factsheet Italy for the ICARE4EU Project, http://www.icare4eu.org/pdf/Country_Factsheet_Italy_ICARE4EU.pdf

Muir, T. (2017) Measuring social protection for long-term care, *OECD Health Working Papers*, N. 93, Paris: OECD Publishing, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a411500a-en.pdf?expires=1540375098&id=id&accname=este&checksum=6E67DA0BC4D0C6C99352DB4308A2FCCC>

NNA - Network Non Autosufficienza (2020) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*, Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore, http://www.irisonline.it/web/images/7dicembre2020/nna_2020_7%B0_rapporto.pdf

Nyqvist, F., Nygård M., Scharf T. (2018) Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes, *European Journal of Ageing*, 6;16(2):133-143.

Pasquinelli, S. (2019) L'innovazione nei servizi: a che punto siamo?. *Welforum.it*, 24 Giugno 2019, <https://welforum.it/13783-2/>

Pavolini, E., Ranci, C. (2008) Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3):246-259.

Piccinini, F., Gagliardi, C., Lamura, G., Fabbietti, P. (2020) L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie. *Quaderni del Consiglio Regionale delle Marche*, 312: 9-61, https://www.consiglio.marche.it/informazione_e_comunicazione/pubblicazioni/quaderni/pdf/312.pdf

Pinquart, M., Sörensen, S. (2001) Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis, *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4):245-266.

Pope, C., Ziebland, S., Mays, N. (1999) Analysing qualitative data. In: *Qualitative research in health care*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd, pp. 63-81.

Ranci, C., Arlotti, M., Bernardi, L., Melchiorre, M.G. (2020) La solitudine dei numeri ultimi, *Abitare e Anziani*, 1:5-26 https://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2020/01/AeA_Magazine_01-2020_completo.pdf

Ranci, C., Arlotti, M., Parma, A. (2019) Indennità di Accompagnamento: cambiare è possibile? Una proposta operativa di riforma, *I luoghi della cura online*, 3:1-7,

<https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2019/06/indennita-di-accompagnamento-cambiare-e-possibile-una-proposta-operativa-di-riforma/?pdf>

Regione Emilia Romagna (2012) *Linee per lo sviluppo di attività volte a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane*, <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/Lineeperlosviluppoattivitcontrastosolitudineeisolamento.pdf>

Ritchie, J., Lewis, J. (Eds.) (2003) *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*, London, UK: SAGE Publications.

Saldana, J. (2009) *The coding manual for qualitative researchers*, London: SAGE Publications.

Saraceno, C. (2018) *L'equivoco della famiglia*, Edizioni Laterza, Bari, Collana i Robinson/Lettere, ISBN 9788858127438

Saraceno, C. (2016) Varieties of familialism: Comparing four southern European and East Asian welfare regimes, *Journal of European Social Policy*, 26(4):314-326.

SNAI – Strategia nazionale Are Interne (2018) *Relazione annuale sulla strategia nazionale per le aree interne*, https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2020/07/Relazione_CIPE_2018.pdf

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>

Stojanovic, J., Collamati, A., Mariusz, D., Onder, G., La Milia, D.I., Ricciardi, W. et al. (2017) Decreasing loneliness and social isolation among the older people: systematic search and narrative review, *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 14(2, Suppl 1): e12408/1-8.

Suanet, B., Van Tilburg, T.G., Broese van Groenou, M.I. (2013) Nonkin in older adults' personal networks: more important among later cohorts? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 68(4):633-643.

Thoits, P.A. (2011) Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health, *Journal of Health Social and Behavior*, 52:145-161.

Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., Lamura, G. (2020) How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(24):9531, <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>.

UNECE - United Nations Economic Commission For Europe (2015), *Innovative and empowering strategies for care*, Policy Brief on Ageing, N. 15, https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf

Van der Pers, M., Kibele, E.U.B., Mulder, C.H. (2015) Intergenerational proximity and the residential relocation of older people to care institutions and elsewhere, *Ageing & Society*, 35:1429-1456.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. (2000) Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone, *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4):407-417.