



POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

L'AGEING IN PLACE ALLA PROVA DELLA PANDEMIA **Gli effetti indiretti del COVID-19** **sugli anziani di Brescia e Ancona**

Stefania Cerea (Politecnico di Milano)
Maria Gabriella Melchiorre (INRCA IRCCS, Ancona)

DAStU
Working Papers
n. 05/2021 (LPS.19)
ISSN 2281-6283

Abstract

Il working paper presenta e discute i principali risultati di una ricerca tesa a indagare gli effetti indiretti della pandemia da COVID-19 sulla popolazione anziana sola e fragile. In particolare, attraverso un'indagine di follow-up condotta fra luglio e settembre del 2020 su circa 40 anziani di Brescia e Ancona che vivono soli e in condizioni di fragilità, già intervistati nel 2019, la ricerca ha messo in luce e cercato di interpretare, in chiave comparativa, gli effetti della prima ondata della pandemia (febbraio-maggio 2020) sui seguenti aspetti: limitazioni fisiche, reti di cura, accesso alle prestazioni sanitarie, reti sociali, utilizzo degli strumenti di comunicazione, senso di solitudine e paure legate al Coronavirus. Il paper si conclude con alcune considerazioni sui fattori ai quali bisognerebbe prestare attenzione e sulle misure da mettere in campo per proteggere dagli effetti della pandemia la popolazione anziana, in specie sola e fragile.

Parole chiave

Ageing in place; COVID-19; anziani soli; anziani fragili; reti di cura; reti sociali; senso di solitudine; welfare; città urbane medie.

Biografia autori

Stefania Cerea svolge attività di ricerca presso il Laboratorio di Politiche Sociali del Politecnico di Milano, nel campo della sociologia economica e delle politiche sociali. Tra i suoi ambiti di ricerca: le trasformazioni del tessuto imprenditoriale italiano, con particolare attenzione ai sistemi produttivi distrettuali; il rapporto fra sviluppo economico e integrazione sociale; le politiche di Social Investment; la condizione della popolazione anziana e le politiche per la non autosufficienza.

E-mail address: stefania.cerea@polimi.it; stefania.cerea15@gmail.com

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 multimorbilità.

E-mail address: g.melchiorre@inrca.it



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

<http://www.lps.polimi.it/>

Come citare questo working paper / How to cite this working paper:

Cerea, S., Melchiorre, M.G. (2021) *L'ageing in place alla prova della pandemia. Gli effetti indiretti del COVID-19 sugli anziani di Brescia e Ancona*, in DASStU Working Paper Series, n. 05/2021 (LPS.19).

1. INTRODUZIONE

1.1. Il progetto INclusive AGEing in place e la sfida della pandemia

Il progetto di ricerca *INclusive AGEing in place* (IN-AGE)¹ si è posto quale principale obiettivo quello di individuare i fattori in grado di rendere problematica la permanenza a domicilio degli anziani che vivono soli e in condizione di fragilità fisica, focalizzandosi in particolar modo sulle reti di cura e sulle reti sociali di queste persone. Infatti, se da un lato invecchiare a casa propria, come accade in Italia alla quasi totalità della popolazione anziana, può presentare dei vantaggi rispetto ad altre soluzioni (come l'ingresso in una struttura residenziale), dall'altro lato tali vantaggi possono ridursi lasciando il posto a nuove problematiche quando si rimane a vivere soli e subentrano limitazioni fisiche. Una rete di cura lacunosa e/o inadeguata e una condizione di isolamento sociale (oggettivo e/o soggettivo), infatti, sono in grado di rendere problematica la permanenza a domicilio delle persone anziane. L'obiettivo di IN-AGE è stato raggiunto attraverso un'indagine che ha coinvolto 120 anziani fragili, che vivono a domicilio, soli o con un/a badante, intervistati fra maggio e dicembre 2019, nel Nord, nel Centro e nel Sud Italia, rispettivamente in Lombardia, nelle Marche e in Calabria.

La pandemia da SARS-CoV-2 e lo stato di emergenza e di lockdown che ne sono conseguiti, potrebbero avere avuto effetti contrastanti sulle persone anziane che vivono sole e in condizione di fragilità fisica. Da un lato, infatti, abitare sole potrebbe aver costituito per queste persone un fattore di protezione dal contagio, che in termini di sintomaticità e di mortalità ha inciso maggiormente proprio sulla popolazione anziana e fragile. Dall'altro lato, gli effetti del virus potrebbero essersi manifestati in via indiretta attraverso cambiamenti di segno negativo nelle reti di cura e sociali, prodotti non tanto dalla pandemia in sé, quanto dalle restrizioni messe in atto per contenerla e dalle paure che il virus ha alimentato. Ed è proprio allo scopo di capire gli impatti indiretti prodotti dalla pandemia sulle persone anziane coinvolte nell'indagine del 2019, che si è deciso di realizzare uno studio di follow-up su quanto accaduto durante la prima ondata (febbraio-maggio 2020). In particolare, sono stati indagati gli effetti indiretti della pandemia su due delle principali dimensioni analizzate nel corso della precedente indagine: 1. fragilità, reti di cura e accesso alle prestazioni sanitarie; 2. reti sociali, ruolo degli strumenti di comunicazione e senso di solitudine. In aggiunta, sono state sondate le paure degli anziani in relazione al Coronavirus.

Il follow-up ha coinvolto gli anziani di Brescia e Ancona (due delle città interessate dal progetto IN-AGE), che sono stati interpellati nuovamente fra luglio e settembre 2020. Il confronto fra queste due contesti urbani è particolarmente significativo, in ragione del diverso impatto che ha avuto il COVID-19 (in termini di tassi di contagio e mortalità) nel corso della prima fase della pandemia, molto più pronunciato nella città lombarda rispetto a quello osservato nella città marchigiana. Tale confronto, infatti, è in grado di sollecitare una riflessione sui fattori, individuali (ad es., limitazioni fisiche) e di contesto (ad es., servizi), che possono aver "protetto" o "esposto" gli anziani agli effetti indiretti della pandemia, soprattutto qualora risultasse che tali effetti sono stati più accentuati ad Ancona che a Brescia. A tal fine, il paper, dopo aver esaminato in breve il contesto assistenziale, sociale e di salute pre-pandemia della popolazione anziana, propone alcuni dati istituzionali sull'impatto del COVID-19 a Brescia e Ancona. Seguono la metodologia di rilevazione e analisi dei dati, i risultati del follow-up relativi ai diversi aspetti messi a confronto (limitazioni fisiche, reti di cura, accesso alle prestazioni sanitarie, reti sociali, utilizzo degli strumenti di comunicazione, senso di solitudine e paure legate al Coronavirus), una

¹ Il progetto *INclusive AGEing in place* (IN-AGE) è finanziato da Fondazione Cariplo (grant n. 2017-0941).

discussione sulle principali somiglianze e differenze emerse tra le due città, per finire con alcune considerazioni conclusive su quanto accaduto e sul “cosa fare”.

1.2. Il contesto pre-pandemia²

In Italia, l'assistenza agli anziani over 65 che presentano limitazioni motorie, sensoriali e/o nello svolgimento delle attività quotidiane, viene soddisfatta soprattutto dalla famiglia (Melchiorre et al., 2021; Costa et al., 2020). Secondo dati Epicentro (2020), in oltre il 90% dei casi l'aiuto nelle attività quotidiane proviene infatti dai familiari, specie dalle mogli e dalle figlie. Per quanto riguarda il resto del sistema di *Long Term Care*, il principale settore di intervento pubblico è rappresentato dai trasferimenti monetari, in particolare dall'Indennità di accompagnamento (IdA), erogata a circa il 12% degli over 65, mentre l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e il servizio di assistenza domiciliare (SAD) rimangono marginali poiché ne coprono rispettivamente il 2,7% e l'1%. Inoltre, la numerosità dei posti letto in strutture residenziali ogni 100 over 65, pari a 1,9, pone l'Italia al penultimo posto tra i paesi appartenenti ai principali modelli di welfare dell'Europa occidentale, seguita solo della Grecia (1,8), e distante da paesi nord-europei quali Olanda e Belgio (7) (NNA, 2020). Quanto alle badanti, in base a dati INPS sui lavoratori regolari, alla fine del 2019 in Italia le persone occupate come badanti e colf erano rispettivamente 407.000 e 441.000 – in larga parte donne e straniere – e oltre un anziano non autosufficiente su tre aveva il supporto di una badante (NNA, 2020). Tuttavia, si tratta di dati che non rispecchiano la reale portata del fenomeno: infatti, le lavoratrici domestiche in complesso sono quasi 2 milioni, e ben il 60% lavora irregolarmente (DOMINA, 2020). Da evidenziare che in Italia esistono differenze territoriali quanto a entità e qualità dei servizi di cura erogati: in particolare, nelle Marche si ha prevalenza dell'IdA e in Lombardia dell'assistenza residenziale (Barbabella et al., 2017). In dettaglio, la quota di beneficiari over 65 dell'IdA (NNA, 2020), ADI (Vetrano, 2019), SAD (ISTAT, 2020a), e dei residenti in struttura (Ministero della Salute, 2019), è rispettivamente pari al 13%, 2,8%, 0,5% e 1,5% nelle Marche, contro il 10%, 2,5%, 1,1% e 2,6% della Lombardia.

Quanto agli aspetti di salute delle persone over 65, dati ISTAT (2017a, 2017b) evidenziano presenza di multimorbilità (3 o più patologie) per il 49% di loro, e gravi limitazioni motorie per il 21%. La situazione è peggiore al Centro rispetto al Nord (rispettivamente 48% e 20%, contro 43% e 17%). Inoltre, hanno gravi difficoltà nelle ADLs e IADLs (attività quotidiane di base e strumentali, descritte nel paragrafo 2) rispettivamente il 10% e 28% degli over 65, di nuovo con valori maggiori al Centro rispetto al Nord (10% e 26% contro 7% e 22%). Il contesto si ripercuote a livello regionale, con valori peggiori di multimorbilità, limitazioni motorie, ADLs e IADLs, per le Marche rispetto alla Lombardia (nell'ordine, 49%, 20%, 9% e 26%, contro 45%, 16%, 7% e 23%). Sempre dati ISTAT (2017a, 2017b) relativi agli over 65 (non disponibili per regioni) evidenziano diverse difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie (visite mediche, analisi cliniche, accertamenti diagnostici), e conseguenti rinuncia o ritardo nell'erogazione, per problemi dovuti alle lunghe liste di attesa (22%), ai mezzi di trasporto (8%) e a ragioni economiche (8%). A livello territoriale, problemi maggiori emergono ancora al Centro rispetto al Nord (rispettivamente, 28%, 12% e 10%, contro 18%, 4% e 4%).

L'età che avanza porta spesso con sé la rarefazione della rete di sostegno e più in generale delle reti sociali, vuoi per motivi “fisiologici” (si pensi alla perdita del coniuge, dei fratelli e delle sorelle, degli amici), vuoi perché le limitazioni fisiche che spesso accompagnano l'età anziana (proprie e altrui) rendono difficile mantenere e costruire legami sociali. Ciò può tradursi in un

² Il paragrafo riprende alcuni esiti principali della *literature review* sulle reti di cura condotta nell'ambito del progetto IN-AGE (cfr. Melchiorre et al., 2021; Costa et al., 2020).

senso di abbandono e di solitudine. Secondo l'ISTAT (2017b), a livello nazionale la percezione della rete di sostegno sociale (definita come sostegno fisico e psicologico) fa registrare un livello debole del 18% e forte del 26% tra gli over 65, mentre i rispettivi valori tra i giovani e i giovani-adulti di 15-34 anni sono del 13% e del 33%. In particolare, ben il 40% degli over 75 sostiene di non avere nessuno cui rivolgersi in caso di bisogno (ISTAT, 2018). A livello regionale, la percezione del sostegno sociale tra gli over 65 è leggermente migliore in Lombardia (17% debole e 28% forte) rispetto alle Marche (nell'ordine, 20% e 25%) (ISTAT, 2017b).

Anche il tempo che si trascorre con altre persone diminuisce al crescere dell'età, con evidente escursione tra i due estremi rappresentati dai ragazzi di 6-13 anni (12 ore circa al giorno) e dagli over 75 (7 ore). specularmente, il tempo che si trascorre da soli (in media, 5 ore al giorno) raggiunge le 6 ore e 30 minuti tra le persone anziane. Inoltre, mentre il 90% dei giovani di 14-24 anni incontra gli amici tutti i giorni o almeno una volta a settimana, questa percentuale decresce con l'aumentare dell'età, fino a toccare il valore più basso (poco meno del 50%) tra gli over 75. Gli anziani che vivono soli, senza familiari co-abitanti, trascorrono da soli oltre il 70% del tempo da svegli (10 ore circa al giorno) e hanno contatti con altre persone (familiari non co-abitanti per il 65%, amici per il 31% e vicini per il 4%) solamente per 4 ore circa al giorno (ISTAT, 2018).

Anche la soddisfazione per le relazioni familiari e amicali sembra mutare con l'età, ed è maggiore tra i giovani e gli adulti fino ai 44 anni (ISTAT, 2019a). In particolare, il livello di soddisfazione per gli amici tocca il valore più basso proprio tra gli over 75 (14%). Da sottolineare che, maggiori sono ampiezza ed eterogeneità delle reti sociali, maggiore sembra essere il benessere percepito e quindi anche la soddisfazione per la vita nel suo complesso (ISTAT, 2018).

Gli strumenti di comunicazione digitali (smartphone, PC, tablet, ecc.) rappresentano un mezzo per mantenere e incrementare la rete di relazioni sociali anche a distanza (ISTAT, 2018). Inoltre, la rete Internet consente di facilitare e ampliare l'accesso alle informazioni e ai servizi (Castagnaro, Bologna, 2019). Dunque, l'utilizzo di tali tecnologie può contrastare la solitudine e l'esclusione sociale degli anziani. Tuttavia, in Italia si osserva un *Grey Digital Divide*, ovvero un divario di conoscenze digitali fra persone di 65-74 anni e 16-64 anni (Sala et al., 2020; Cerati et al., 2020). Nel 2019 utilizzava il PC solo il 22% degli over 65 e l'11% degli over 75, e utilizzava Internet solo il 29% degli over 65 e il 13% degli over 75 (ISTAT, 2021a). Per quanto riguarda l'accesso alla rete Internet, nel 2019 (ISTAT, 2019b) le persone di 65 anni e oltre hanno utilizzato diversi *device*, soprattutto telefono cellulare o smartphone (70% circa) e PC fisso da tavolo (45%). I servizi online più utilizzati sono stati quelli di messaggia istantanea, quali WhatsApp e Skype (68%), lettura di giornali/riviste/informazioni (57%) e chiamate/videochiamate (44%). Tra le motivazioni che spingono gli anziani a non usare Internet, emergono soprattutto ragioni attitudinali, legate all'interesse, alle capacità, al tempo a disposizione. Inoltre, la cosiddetta "generazione della ricostruzione", grande protagonista del secondo dopoguerra (ovvero le persone dai 71 ai 90 anni) ha una visione negativa di Internet, e lo vede per lo più come un pericolo, un rischio per la sicurezza personale, e molto meno come un'opportunità che facilita e arricchisce la vita delle persone (ISTAT-FUB, 2018).

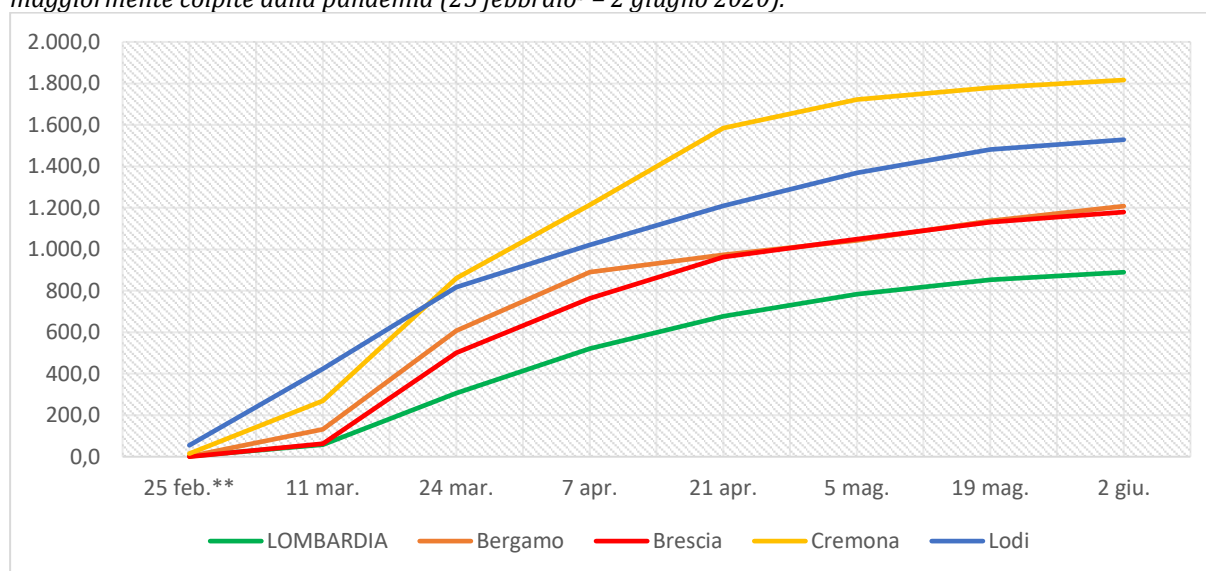
Gli anziani over 65 che vivono soli sono i "meno connessi" e con poca disponibilità di nuove tecnologie. Tuttavia, dispongono spesso di una o più televisioni e di un telefono. Ben il 99% delle famiglie composte da un solo over 65 ha almeno una TV in casa, e di queste il 42% ne ha più di una. Inoltre, il 79% ha almeno un cellulare o uno smartphone, e il 69% ha una linea telefonica fissa. In dettaglio, il 69% degli over 65 che vivono soli ha in casa solo la televisione, il 30% circa ha TV e *device* digitali quali smartphone, PC e tablet, lo 0,4% ha solo *device* digitali, e lo 0,9% non ha in casa nessuno degli strumenti suddetti (Auditel-Censis, 2019).

1.3. La pandemia a Brescia e Ancona: i dati istituzionali

Come già anticipato, Brescia e Ancona sono state interessate dalla pandemia in misura molto diversa, perlomeno nel corso della sua prima ondata (febbraio-maggio 2020)³. Basti pensare che in questo periodo, in provincia di Brescia sono morte a causa del virus 2.663 persone, il 28% della popolazione provinciale deceduta in quel periodo, e il tasso di mortalità per COVID-19 per 100.000 residenti ha raggiunto le 201 persone. Nello stesso lasso di tempo, in provincia di Ancona sono morte a causa del virus 197 persone, il 9% della popolazione provinciale deceduta in quel periodo, e il tasso di mortalità per COVID-19 per 100.000 residenti ha raggiunto le 31 persone (ISTAT-ISS, 2020).

La principale motivazione è imputabile ai luoghi in cui si sono sviluppati i primi focolai italiani di COVID-19. Come noto, è possibile considerare la Lombardia come l'“epicentro” italiano della pandemia da SARS-CoV-2. Il primo caso italiano di COVID-19, infatti, è stato accertato il 20 febbraio 2020 a Codogno, comune lombardo della provincia di Lodi⁴. (fig. 1).

Figura 1. Numero dei contagi totali da COVID-19^a per 100.000 residenti nelle province lombarde maggiormente colpite dalla pandemia (25 febbraio^b – 2 giugno 2020).



Fonti: nostre elaborazioni su dati della Protezione civile relativi ai contagi totali (www.protezionecivile.gov.it – Mappa della situazione) e dell'ISTAT relativi alla popolazione residente al 1° gennaio 2020 (ISTAT, 2021c).

Note: ^a In Italia, durante la prima fase della pandemia i tamponi diagnostici erano effettuati solo sulle persone sintomatiche. Dunque, i dati in tabella non comprendono né i casi asintomatici, né i casi sintomatici che non si sono rivolti all'autorità sanitaria. ^b Prima del 25 febbraio non sono disponibili dati di livello provinciale.

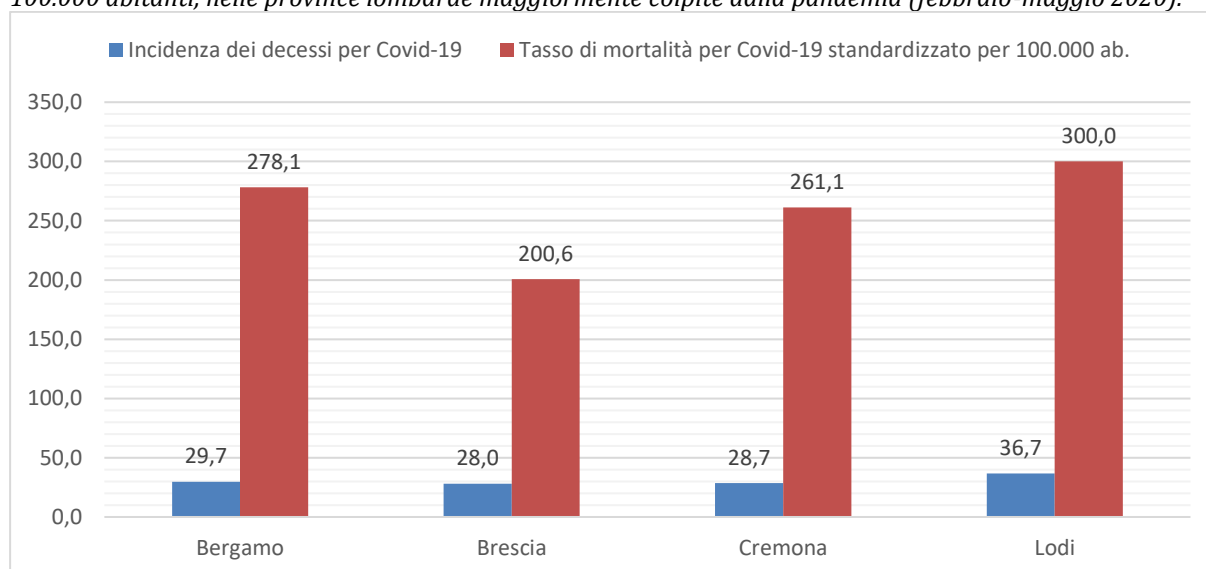
³ In Italia, nel corso del 2020, la diffusione dell'epidemia da SARS-CoV-2 è avvenuta in tre fasi: la prima ondata (febbraio-fine maggio 2020), caratterizzata da una rapidissima *escalation* di contagi e decessi, specie nel Nord del paese; la fase di transizione (giugno-metà settembre 2020), con contagi e decessi più contenuti, salvo nuovi focolai a fine settembre; la seconda ondata (fine settembre-metà novembre 2020) con un nuovo aumento esponenziale dei casi, successivamente diminuiti (ISTAT, 2021b).

⁴ Successivamente, sono stati individuati casi di COVID-19 antecedenti a questo. L'ultimo in ordine di tempo, quello che attualmente è considerato il caso 1 in Italia, è una donna di Milano che avrebbe contratto la malattia già nel novembre 2019.

Questa provincia e quella di Cremona hanno “guidato la classifica” delle province a più alta diffusione del contagio durante tutta la prima fase della pandemia (febbraio-maggio 2020), arrivando a superare all’inizio di giugno rispettivamente i 1.500 e i 1.800 casi totali ogni 100.000 residenti. A seguire, le province di Bergamo e di Brescia, con l’incidenza della prima che ha superato quella della seconda fino al 21 aprile, data dopo la quale i valori registrati nelle due province si sono sostanzialmente allineati, attestandosi ai primi di giugno attorno ai 1.200 casi totali ogni 100.000 residenti

Uno sguardo ai dati sui decessi e sulla mortalità non fa che confermare il “primato” delle province lombarde già menzionate. L’incidenza dei decessi imputabili al COVID-19 sul totale dei decessi avvenuti nel periodo febbraio-maggio 2020, ha visto al primo posto la provincia di Lodi (37%), seguita da quelle di Bergamo (30%), Cremona (29%) e Brescia (28%), nelle quali all’incirca tre deceduti su 10 sono risultati positivi al COVID-19. E i tassi di mortalità per COVID-19 per 100.000 abitanti non fanno che replicare quanto appena osservato (fig. 2).

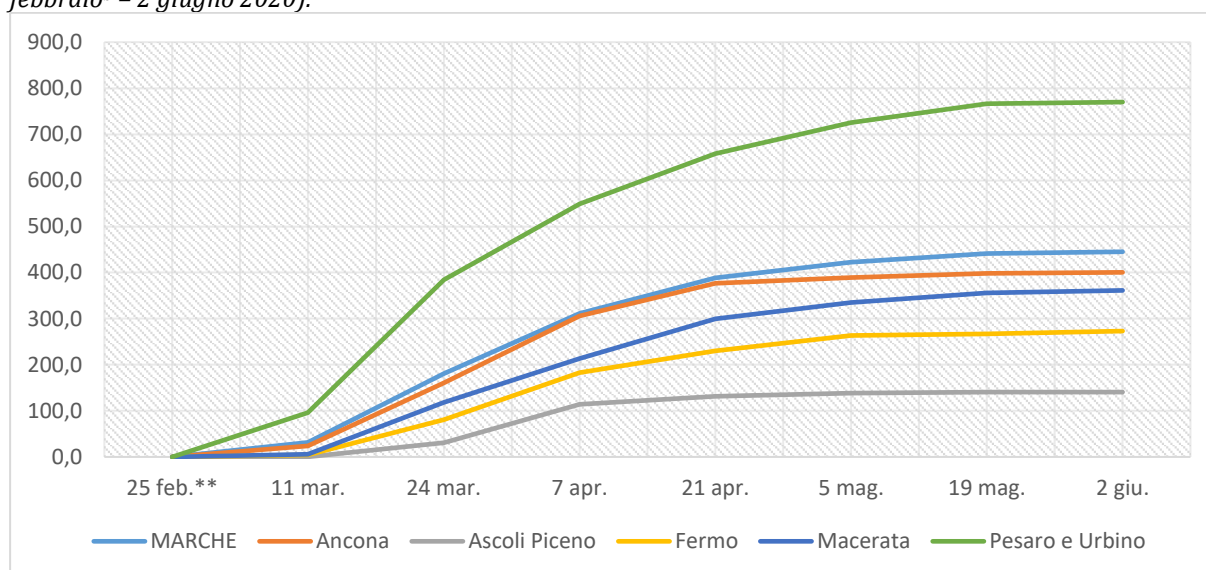
Figura 2. Incidenza dei decessi dovuti al COVID-19 e tasso di mortalità per COVID-19 standardizzato per 100.000 abitanti, nelle province lombarde maggiormente colpite dalla pandemia (febbraio-maggio 2020).



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT-ISS (ISTAT-ISS, 2020).

L’impatto della pandemia su Ancona è stato di tutt’altro tenore. Il primo caso registrato dalla Protezione civile risale al 26 febbraio 2020, ed è stato individuato nella provincia di Pesaro e Urbino. Per quattro giorni questa è stata l’unica provincia marchigiana interessata dal virus ed in seguito è stata inserita fra le 14 province non lombarde che già dall’8 marzo 2020 sono entrate in lockdown. Inoltre, per tutta la prima fase dell’epidemia si è distaccata in misura decisamente netta dalle altre province marchigiane per l’incidenza dei casi su 100.000 residenti. In provincia di Ancona, invece, il primo caso è stato registrato dalla Protezione civile il 1° marzo. E sebbene per tutta la prima fase della pandemia la provincia anconetana si sia collata al secondo posto dopo quella di Pesaro e Urbino per l’incidenza dei casi su 100.000 residenti, il distacco fra le due province è sempre rimasto pronunciato e si è andato ampliando nel tempo: ai primi di giugno Ancona registrava 400 casi ogni 100.000 residenti contro i 770 di Pesaro e Urbino (fig. 3).

Figura 3. Numero dei contagi totali da COVID-19^a per 100.000 residenti, nelle province marchigiane (25 febbraio^b – 2 giugno 2020).

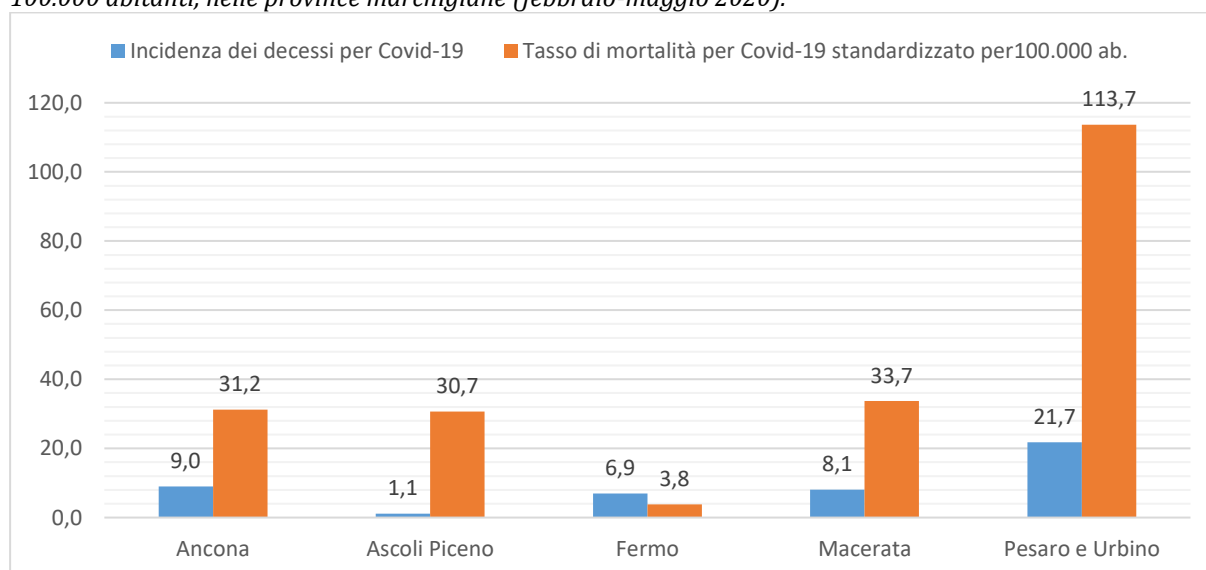


Fonti: nostre elaborazioni su dati della Protezione civile relativi ai contagi totali (www.protezionecivile.gov.it – Mappa della situazione) e dell'ISTAT relativi alla popolazione residente al 1° gennaio 2020 (ISTAT, 2021c).

Note: ^a In Italia, durante la prima fase della pandemia i tamponi diagnostici erano effettuati solo sulle persone sintomatiche. Dunque, i dati in tabella non comprendono né i casi asintomatici, né i casi sintomatici che non si sono rivolti all'autorità sanitaria. ^b Prima del 25 febbraio non sono disponibili dati di livello provinciale.

I dati sui decessi e sulla mortalità rispecchiano quelli relativi ai contagi. L'incidenza dei decessi imputabili al COVID-19 sul totale dei decessi avvenuti nel periodo febbraio-maggio 2020, ha visto nettamente al primo posto la provincia di Pesaro e Urbino (22%), seguita a grande distanza da quella di Ancona (9%). E i tassi di mortalità per COVID-19 per 100.000 abitanti non fanno che accentuare il divario fra le due province (114 vs. 31) (fig. 4).

Figura 4. Incidenza dei decessi dovuti al COVID-19 e tasso di mortalità per COVID-19 standardizzato per 100.000 abitanti, nelle province marchigiane (febbraio-maggio 2020).



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT-ISS (ISTAT-ISS, 2020).

Dunque, se Brescia è stata fra le province italiane maggiormente colpite dalla prima fase della pandemia, Ancona ne ha risentito decisamente meno. Il confronto diretto fra le due province mette in luce differenze considerevoli sia per quanto riguarda la diffusione del contagio, sia per quanto concerne l'incidenza dei decessi e il tasso di mortalità da COVID-19. Ai primi di giugno, l'incidenza dei casi bresciani su 100.000 residenti era tre volte quella della provincia marchigiana (1.180 vs. 400). Inoltre, durante la prima fase della pandemia a Brescia l'incidenza dei decessi dovuti a COVID-19 è stata tre volte quella di Ancona (28% vs. 9%), mentre il tasso di mortalità per 100.000 abitanti è stato sei volte quello della provincia marchigiana (201 vs. 31) (tab. 1).

Tabella 1. Province di Brescia e Ancona a confronto. Numero dei contagi totali da COVID-19^a per 100.000 residenti (25 febbraio^b – 2 giugno 2020), incidenza dei decessi dovuti al COVID-19 e tasso di mortalità per COVID-19 standardizzato per 100.000 abitanti (febbraio-maggio 2020).

Contagi, decessi, mortalità	Provincia di Brescia	Provincia di Ancona
Contagi totali per 100.000 residenti	1.180	400
Incidenza dei decessi dovuti al COVID-19	28,0	9,0
Tasso di mortalità per COVID-19 standardizzato per 100.000 ab.	200,6	31,2

Fonti: nostre elaborazioni su dati della Protezione civile relativi ai contagi totali (www.protezionecivile.gov.it – Mappa della situazione) e dell'ISTAT relativi alla popolazione residente al 1° gennaio 2020 (ISTAT, 2021c); nostra elaborazione su dati ISTAT-ISS su decessi e mortalità (ISTAT-ISS, 2020).

Note: ^a In Italia, durante la prima fase della pandemia i tamponi diagnostici erano effettuati solo sulle persone sintomatiche. Dunque, i dati in tabella non comprendono né i casi asintomatici, né i casi sintomatici che non si sono rivolti all'autorità sanitaria. ^b Prima del 25 febbraio non sono disponibili dati di livello provinciale.

Ciò che ha accomunato entrambe le province, e più in generale ciò che ha caratterizzato ovunque la pandemia, è che il COVID-19 ha avuto un esito infausto principalmente fra le persone più anziane e più fragili. In Italia (febbraio-novembre 2020), il 60% dei decessi per COVID-19 ha interessato la fascia d'età over 80, un quarto i settantenni (70-79 anni), e il 10% i sessantenni (60-69 anni). In Lombardia, nell'ordine, i valori sono stati all'incirca pari a 55%, 29% e 11% durante la prima ondata (febbraio-maggio 2020), e 68%, 22% e 7% nel corso della seconda (settembre-novembre 2020). Nelle Marche, gli stessi valori sono stati pari a 61%, 24% e 10% durante la prima ondata, e 63%, 29% e 4% nel corso della seconda. In sostanza, durante la prima ondata in Lombardia la quota di decessi di over 80 è stata inferiore a quella delle Marche (55% vs. 61%), mentre quella dei 60-79enni è stata superiore (40% vs. 34%). Una situazione speculare si è verificata invece nel corso della seconda ondata (ISTAT, 2021b). In riferimento a Brescia e ad Ancona, le informazioni sull'età e sulle patologie pregresse dei deceduti sono più frammentarie di quelle presentate finora, ma forniscono un quadro piuttosto chiaro. Per quanto riguarda Brescia, i primi dati resi pubblici dall'Agenzia di Tutela della Salute sui 1.521 decessi da COVID-19 avvenuti in provincia fino al 1° aprile 2020, mostrano che l'età media dei deceduti era di 77,4 anni, che l'81% aveva più di settant'anni e che l'87% aveva almeno una patologia pregressa (Brescia Today, 2020). Inoltre, i dati pubblicati dal Ministero della Salute sui 144 decessi da COVID-19 avvenuti in città fra il 6 maggio e il 2 giugno 2020, mostrano che l'85% dei deceduti aveva almeno 75 anni (Ministero della Salute, DEP Lazio, 2020). Per quanto concerne la provincia di Ancona, i dati sui 101 decessi da COVID-19 avvenuti fino al 1° aprile 2020, mostrano che l'età media dei deceduti era di 79 anni e che il 95% aveva almeno una patologia pregressa. Il 2 giugno i decessi complessivi sono arrivati a 215, l'età media dei deceduti si è alzata di un anno

(80) e la percentuale di coloro che avevano almeno una patologia pregressa è rimasta la stessa (Regione Marche-GORES, 2020a; 2020b).

2. METODOLOGIA DI RILEVAZIONE E ANALISI

2.1. La Survey 2019⁵

2.1.1. Territori d'indagine, criteri di inclusione nel campione e canali di reclutamento degli intervistati

La survey condotta nell'ambito del progetto di ricerca IN-AGE ha coinvolto 120 anziani, intervistati fra maggio e dicembre 2019, in Lombardia, nelle Marche e in Calabria. In ciascuna regione sono stati individuati tre contesti urbani di media grandezza (Brescia, Ancona, Reggio Calabria) e tre contesti rurali (Oltrepò Pavese, Appennino Basso Pesarese e Anconetano, Grecanica). Sono state realizzate 24 interviste qualitative in ciascun contesto urbano, per un totale di 72, e 16 interviste in ciascun contesto rurale, per un totale di 48. Nei territori interessati dall'indagine, sono stati individuati quartieri urbani e comuni rurali "fragili", tramite alcuni indicatori di vulnerabilità territoriale, sociale e materiale (ISTAT, 2020b). I quartieri urbani sono stati individuati per la maggiore concentrazione di anziani over 75 in complesso e che vivono soli, per l'elevata quota di famiglie che risiedono in edilizia residenziale pubblica (ERP) e per l'alto livello di disoccupazione e il basso livello di istruzione della popolazione. Per i contesti urbani si è fatto riferimento alla classificazione proposta all'interno della Strategia Nazionale per le Aree Interne⁶ (SNAI, 2018), individuando otto comuni⁷. La Strategia individua, infatti, territori non facilmente accessibili, caratterizzati da progressivo spopolamento e invecchiamento della popolazione, e ridotta offerta di servizi (Melchiorre et al., 2021).

I criteri di inclusione dei soggetti nel campione sono stati i seguenti: femmine e maschi, di almeno 65 anni, che vivono a domicilio, soli o con una badante (convivente o diurna/notturna); compromissione cognitiva assente e mobilità/fragilità motoria intermedia, compresa tra mobilità limitata/ridotta entro le pareti domestiche e mobilità fuori casa (almeno due volte alla settimana) con l'aiuto di una persona o di ausili (bastone, deambulatore, carrozzina, ecc.); assenza di familiari che vivono nelle vicinanze (nello stesso isolato nei contesti urbani, nello stesso edificio nelle aree interne).

Gli intervistati sono stati reclutati grazie al supporto di una serie variegata di canali: le sezioni locali di AUSER, i servizi sociali comunali (SAD), altre associazioni locali/di volontariato (Anteas, Avulss, Caritas). Un limitatissimo numero di intervistati è stato reclutato tramite la tecnica dello *snowball*.

⁵ Per maggiori dettagli sulla survey 2019 si veda Melchiorre et al., 2021 (tra i riferimenti bibliografici in questa pubblicazione), da cui il presente paragrafo è tratto.

⁶ Nel documento *Strategia nazionale per le Aree Interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, pubblicato sul sito del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, si definiscono aree interne "quelle aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali e fortemente diversificate per natura e a seguito di secolari processi di antropizzazione" (Miur, 2013, p. 5).

⁷ Nell'Oltrepò l'indagine sul campo ha interessato i comuni di Menconico (classificato come periferico), Santa Margherita di Staffora (anch'esso periferico) e Varzi (comune intermedio). Nell'Appennino Basso Pesarese a Anconetano sono stati coinvolti i comuni di Apecchio (classificato come periferico), Piobbico (anch'esso periferico) e Cagli (comune intermedio). Infine, nell'area Grecanica l'indagine ha interessato i comuni di Roccaforte del Greco (classificato come ultra periferico) e San Lorenzo (comune periferico).

2.1.2. Traccia d'intervista

Le interviste sono state realizzate face-to-face, utilizzando una traccia semi-strutturata, contenente domande prevalentemente a risposta aperta e qualcuna a risposta chiusa. La traccia era suddivisa in 10 sezioni: A. Aspetti socio-demografici e reti familiari; B. Contesto abitativo e mobilità dentro e fuori casa; C. Stato di salute e autonomia; D. Bisogni di aiuto e reti di cura; E. Badanti; F. Utilizzo di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali; G. Reti e attività sociali; H. Senso di solitudine; I. Qualità della vita; J. Condizioni economiche. Le difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana sono state rilevate con le scale ADLs (*Activities of Daily Living*) e IADLs (*Instrumental Activities of Daily Living*)⁸ (Katz, 1983), alle quali sono state aggiunte due domande sulle capacità motorie (scendere/salire una rampa di scale senza fermarsi e chinarsi per raccogliere un oggetto) e due sulle capacità sensoriali (vedere e sentire) (ISTAT, 2011a).

Prima di iniziare la campagna di interviste è stato chiesto ed ottenuto il parere positivo del Comitato Etico del Politecnico di Milano⁹ ed è stato predisposto un modulo di consenso informato da far firmare ai partecipanti all'indagine.

2.1.3. Analisi dei risultati

Le interviste sono state audio-registrate con il consenso dei partecipanti e trascritte integralmente. Sul testo è stata effettuata un'analisi tematica del contenuto delle interviste qualitative (*Qualitative Content Analysis*) (Mayring, 2000), a partire dalle domande previste per il colloquio, basate su termini e concetti rilevanti per il fenomeno da studiare, tratti dalla letteratura e dall'esperienza dei ricercatori (Gale et al., 2013). È stata svolta un'analisi qualitativa manuale (*Manual Coding*) (Saldana, 2009), senza l'utilizzo di software, tramite l'individuazione di macro-sub categorie, codifiche/termini interpretativi, e costruzione di *thematic charts*. È stata svolta inoltre un'analisi statistica, tramite la codifica di alcune dimensioni qualitative rilevate (*Quantitative-based qualitative approach*) (Kaplan, 2016), poi elaborate tramite l'utilizzo del software Microsoft Excel.

2.2. Il Follow-up 2020

2.2.1. Territori d'indagine e canali di reclutamento

Lo studio di follow-up nelle città di Brescia e Ancona è stato realizzato fra luglio e settembre 2020, con lo scopo di raccogliere le principali esperienze vissute dagli intervistati a seguito della pandemia e dello stato di emergenza e lockdown che ne sono conseguiti, in relazione ad alcune dimensioni indagate nel corso della survey del 2019. A Brescia sono stati intervistati 20 anziani rispetto ai 24 della survey precedente, a seguito di tre deceduti (uno a causa del COVID-19) e di un rifiuto, mentre ad Ancona ne sono stati intervistati 21, a seguito di un deceduto e di due rifiuti.

I soggetti sono stati reclutati di nuovo attraverso i canali reclutamento già mobilitati per la survey del 2019. Quando gli operatori dei canali di reclutamento non hanno ritenuto necessaria una loro mediazione, le intervistatrici hanno contattando e informato gli anziani in autonomia.

⁸ADLs: 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 e 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.

⁹ Politecnico di Milano, Servizio Ricerca, Area Servizi di Supporto alla Ricerca e Innovazione Didattica (autorizzazione n. 5/2019, del 14/03/2019).

2.2.2. Scheda di rilevazione e restituzione dei contenuti

Le interviste sono state realizzate per via telefonica, utilizzando una scheda di rilevazione contenente domande prevalentemente a risposta chiusa, ma con la possibilità per l'intervistato di ampliare e motivare la risposta stessa. La scheda affrontava i seguenti temi: impatti diretti del COVID-19 (eventuale tampone positivo, isolamento domiciliare, ricovero in ospedale); cambiamenti nelle capacità di svolgere le attività della vita quotidiana, nelle reti di cura e nell'accesso alle prestazioni sanitarie; cambiamenti nelle reti sociali e nel senso di solitudine; utilizzo degli strumenti di comunicazione a distanza (cellulare e mezzi digitali) durante il lockdown; paure legate al COVID-19. La possibilità di ampliare e motivare la risposta è stata prevista per i seguenti temi: modalità/motivazioni di eventuali cambiamenti; motivazioni di un non cambiamento, quando riferite spontaneamente dall'intervistato; motivi dell'utilità/non utilità degli strumenti di comunicazione a distanza durante il lockdown. Inoltre, sono state raccolte le considerazioni spontanee aggiunte dagli intervistati relative ai temi della scheda.

Contrariamente alla survey del 2019, prima di iniziare le interviste di follow-up non è stato necessario chiedere un'approvazione formale al Comitato Etico del Politecnico di Milano, poiché l'impianto dello studio era lo stesso del 2019 (stessi soggetti e stessa procedura di contatto e informazione). Ai partecipanti non è stato chiesto di firmare un modulo di consenso informato, per ovvi motivi dovuti alla pandemia. Tuttavia, è stato spiegato loro l'obiettivo del follow-up ed è stato chiesto loro un consenso orale. In ogni caso, si ricorda che la Commissione Europea, in deroga alla norma GDPR 679/2016 (*General Data Protection Regulation*), non ha ritenuto necessario richiedere il consenso informato scritto ai partecipanti agli studi condotti durante l'emergenza COVID-19 sull'impatto di quest'ultima sulla popolazione, ritenuti di per sé di rilevante interesse pubblico (ISS, 2020).

2.2.3. Analisi dei risultati

Le interviste telefoniche non sono state audio-registrate, ma quanto è stato riferito dagli intervistati è stato annotato manualmente. Sul materiale così raccolto è stata effettuata un'analisi quantitativa delle risposte chiuse (distribuzione di frequenze/analisi bivariate) tramite l'utilizzo del software Microsoft Excel. Nello specifico, sono stati comparati i risultati della survey 2019 (T1) e del follow-up 2020 (T2) per le seguenti dimensioni: limitazioni fisiche nello svolgimento delle attività della vita quotidiana; reti di aiuto; senso di solitudine; utilizzo degli strumenti di comunicazione a distanza. In particolare, solo per il T1 alcune dimensioni sono state classificate come segue: livello delle limitazioni fisiche (ISTAT, 2011b) (lieve: 0 attività "non in grado"; moderato: 1-2; elevato: 3-4; molto elevato: 5+); quota dell'aiuto familiare sul totale degli aiuti (nessun aiuto familiare; aiuto familiare presente: non oltre il 50% della rete di aiuto è composta da familiari; aiuto familiare molto presente: oltre il 50% della rete di aiuto è composta da familiari); senso di solitudine (nulla o lieve: la persona non si sente sola o solo raramente; moderata: la persona ogni tanto si sente sola, ma questa sensazione è legata ad eventi contingenti, a determinati momenti della giornata o della settimana, a definiti periodi dell'anno, e quasi mai è descritta come sensazione intensa; elevata: la persona si sente spesso sola e questa sensazione è intensa; molto elevata: la persona si sente spesso sola e questa sensazione genera effetti psico-fisici percepibili) (Smith, Victor, 2019). Tali dimensioni, per il T2, sono state esplorate solo in termini più generali di cambiamenti (peggioramenti/miglioramenti rispetto al T1) nella mobilità e nelle capacità di svolgere nel loro complesso le attività della vita quotidiana, nel supporto familiare ricevuto e nel senso di solitudine percepito. Questo perché le interviste telefoniche, necessariamente più brevi e dunque meno articolate e approfondite, non hanno consentito di raccogliere le stesse informazioni ottenute attraverso le interviste face-to-face. Altre dimensioni sono state analizzate senza confronto T1-T2, per mancanza di corrispettivo nel 2019, ma solo come semplici distribuzioni di frequenza al T2: accesso alle

prestazioni sanitarie (medico di medicina generale / medici specialisti / altri servizi sanitari); rapporti con i familiari e con amici / vicini / conoscenti; paure legate al COVID-19 (paura di contrarre il virus, di non ricevere un'assistenza adeguata, che lo contraggano i propri familiari, ecc.). Inoltre, come per la survey del 2019, è stata effettuata un'analisi tematica del contenuto (Mayring, 2000) e una categorizzazione/codifica manuale (Saldana, 2009) delle risposte aperte. Infine, è stata aggiunta qualche piccola quotation quando significativa (Corden, Sainsbury, 2006), codificata inserendo le prime due iniziali della città e il numero progressivo dell'intervista (ad esempio, BR-1; AN-1)¹⁰. Infine, le tabelle presentate riportano solo valori assoluti. Nell'interpretazione dei risultati del follow-up 2020 è da tenere presente che per alcune dimensioni (ad esempio, la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana) potrebbero essere stati riferiti cambiamenti/declini fisiologici connessi (anche) all'invecchiamento o condizioni precarie pregresse degli intervistati, e non dovuti espressamente al COVID-19 e al relativo lockdown.

3. RISULTATI DELLA RICERCA SUL CAMPO

In questo paragrafo vengono presentati i risultati dello studio di follow-up condotto nel 2020. In coerenza con una lettura che finora ha proceduto in modo comparativo, il paragrafo presenterà congiuntamente i risultati relativi a Brescia e Ancona, cercando di evidenziare somiglianze e differenze fra le due realtà urbane.

3.1. Caratteristiche socio-demografiche del campione

Nella Tabella 2 sono riassunte le principali variabili socio-demografiche dei campioni di Brescia e Ancona al tempo T1 (survey 2019) e T2 (follow-up). Poiché con il follow-up si sono "persi" solo quattro soggetti a Brescia e tre ad Ancona, le principali caratteristiche degli intervistati sono rimaste in sostanza le stesse. Nel complesso, prevalgono gli anziani over 85, specie ad Ancona, dove rappresentano la metà del campione; le donne, che sono all'incirca quattro su cinque; gli anziani con livello d'istruzione elementare, di nuovo la metà del campione; i/le vedovi/e, soprattutto ad Ancona, dove rappresentano 4/5 degli intervistati; gli anziani senza badante, che a Brescia sono il totale. Da sottolineare che in questa città non è stato possibile intervistare l'unico anziano con badante (convivente) al tempo T1, perché deceduto, mentre ad Ancona questo *living arrangement* è emerso in tre casi, due in più rispetto al 2019 (come si vedrà meglio in seguito).

¹⁰ BR = Brescia; AN = Ancona.

Tabella 2. Variabili socio-demografiche dei campioni di Brescia e di Ancona in T1 e in T2 (valori assoluti).

VARIABILI	BRESCIA (Lombardia)		ANCONA (Marche)	
	T1 survey 2019	T2 follow-up 2020	T1 survey 2019	T2 follow-up 2020
Età /range	68-96	68-92	70-101	70-94
Età/classi				
65-74	5	5	3	3
75-79	4	4	4	3
80-84	6	5	5	5
85+	9	6	12	10
Genere				
Femmine	19	16	19	17
Maschi	5	4	5	4
Titolo di studio				
Nessuno	1	1	2	2
Licenza elementare	10	10	10	9
Licenza media inferiore	5	5	7	5
Diploma superiore ^a	8	4	5	5
Diploma univ., laurea e oltre	-	-	-	-
Stato civile				
Coniugato/a, coppia non convivente	-	-	1	1
Separato/a, divorziato/a	7	7	2	2
Vedovo/a	12	9	19	16
Celibe/nubile	5	4	2	2
Vive				
Solo	23	20	21	17
Con badante convivente	1	-	1	3
Con badante a ore (diurna/notturna) ^b	-	-	2	1
Totale casi/intervistati	24	20	24	21

Note: ^a Include Diploma professionale (1-3 anni) e Diploma di scuola media superiore (4-5 anni); ^b Badante a ore: almeno 28-30 ore a settimana.

3.2. Limitazioni fisiche: mobilità e altre capacità

Dei 41 anziani intervistati nelle due città, solo una donna di Brescia ha dichiarato di aver contratto il COVID-19 (dal figlio) e di essere stata in isolamento domiciliare, evento che ha peggiorato la sua capacità di muoversi. Per il resto, in alcuni casi a Brescia è stato effettuato il tampone in occasione di un ricovero ospedaliero, ma per ragioni diverse dal Coronavirus. Le capacità funzionali della quasi totalità dei soggetti, dunque, non sono state interessate direttamente dalla pandemia.

Lo stesso non si può dire degli effetti indiretti sulla fragilità, anche se le differenze fra le due città sono notevoli e controintuitive (tab. 3). Infatti, a Brescia la pandemia ha peggiorato le limitazioni fisiche degli anziani in un numero limitato di casi, quattro su 20, tre dei quali nel 2019 soffrivano di limitazioni lievi, mentre uno di limitazioni moderate. In due casi c'è stato un peggioramento nella capacità di muoversi (uno corrisponde all'unico caso di COVID-19 accertato), negli altri due un peggioramento nella capacità di procurarsi spesa e farmaci, dovuto in un caso al timore di contrarre il virus e, nell'altro, alla difficoltà di restare in fila per lungo tempo: "Facevo fatica a restare in piedi! Mi stancavo subito" (BS-16). In sostanza, la pandemia e le restrizioni e paure che ne sono conseguite, sembrerebbero aver colpito maggiormente le persone con un livello di fragilità lieve o moderato, piuttosto che quelle con limitazioni fisiche elevate o molto elevate.

Tabella 3. Peggioramento delle limitazioni fisiche (valori assoluti).

Limitazioni fisiche ^a	Brescia			Ancona		
	T1 2019	Mobilità T2 2020	Altre capacità ^b T2 2020	T1 2019	Mobilità T2 2020	Altre capacità ^b T2 2020
Lievi	9	1	2	4	1	2
Moderate	4	1	-	6	3	2
Elevate	5	-	-	6	5	5
Molto elevate	2	-	-	5	5	4
Totale casi	20	2	2	21	14	13

Note: ^a Il livello delle limitazioni è calcolato su 12 ADLs-IADLs, su due capacità motorie (scendere/salire una rampa di scale senza fermarsi e chinarsi per raccogliere un oggetto) e su due capacità sensoriali (vedere e sentire). Limitazioni Lievi: 0 attività “non in grado”; moderate: 1-2; elevate: 3-4; molto elevate: 5+; ^b Altre capacità: vestirsi, lavarsi, prepararsi da mangiare, pulire la casa, fare la spesa, procurarsi i farmaci, gestire il denaro, ecc..

Ad Ancona, invece, in ben oltre la metà dei casi emerge un peggioramento sia nella mobilità, sia nella capacità di svolgere le attività della vita quotidiana, imputabile al periodo di confinamento, che interessa peraltro persone con limitazioni elevate o molto elevate al tempo T1 (tab. 3). Infatti, nella città marchigiana qualcuno sostiene: “Già avevo problemi prima” (AN-3). Tuttavia, ora la deambulazione è più compromessa: “A febbraio camminavo meglio” (AN-24). A volte è persino subentrata la “paura di camminare” (AN-3), e si sottolinea in particolare anche un pesante e forzato cambio di abitudini, con conseguente aumento di peso corporeo e peggioramento della salute in complesso: “Almeno prima facevo una passeggiata” (AN-16). Riguardo alle altre attività, qualcuno sostiene di aver continuato a fare quello che faceva prima, ma più lentamente, oppure che, probabilmente a causa di una forte componente ansiosa dovuta alla pandemia, la capacità di svolgere le normali attività giornaliere si è come “bloccata” e la situazione “peggiora di giorno in giorno” (AN-14). Quando non sono riferiti peggioramenti, si comunicano difficoltà pregresse rimaste tali durante il lockdown, ed anche situazioni nelle quali sia prima della pandemia, sia durante, si è usufruito di servizi quali la consegna della spesa a domicilio, oppure si è fatto ricorso al supporto dei familiari per l’approvvigionamento di beni alimentari e farmaci.

3.3. Reti di cura

Osservando quanto accaduto alle reti di cura familiari, emergono somiglianze, ma anche differenze, fra le due città. A Brescia, il supporto dei familiari è cambiato in sei casi (cinque dei quali fanno parte dei 12 aiutati dai familiari già nel 2019) per motivi riconducibili alla pandemia (tab. 4). Tre persone che nel 2019 avevano una rete d’aiuto non prevalentemente familiare hanno riferito un peggioramento, mentre le altre tre – distribuite fra le tre categorie di aiuto familiare – hanno sperimentato un miglioramento. Rientra fra coloro che hanno vissuto un peggioramento l’anziana che ha contratto il COVID-19 dal figlio: quest’ultimo, che le procurava spesa e farmaci, è stato sostituito temporaneamente da una vicina della signora e da una persona a pagamento. Un’altra anziana ha perso temporaneamente il supporto della figlia, che le faceva i lavori di casa più pesanti, in quanto quest’ultima era un soggetto a rischio: “Mia figlia non è più venuta. Lei ha il diabete, eh! È a rischio” (BS-15). Infine, un’anziana ha perso temporaneamente il supporto di una nipote di secondo grado residente in un’altra provincia, che tuttavia era molto limitato. Tra le persone che hanno visto migliorare il supporto familiare, c’è un’anziana che prima non ne aveva, e che poi ha visto “entrare in campo” la figlia in sostituzione di un aiuto a pagamento diradatosi per le troppe richieste dovute alla pandemia: “Mia figlia ha lasciato il

lavoro. Così è venuta lei a farmi i lavori di casa più pesanti” (BS-16); un'altra, che ha trascorso il periodo di lockdown a casa della figlia; e infine un anziano, le cui figlie – che già prima lo supportavano nelle commissioni fuori casa – hanno sostituito la badante di condominio che gli puliva casa e che a causa dell'emergenza non si è riusciti a sostituire con il SAD. Un peggioramento nel supporto dei familiari è avvenuto per “cause di forza maggiore”, mentre nel resto dei casi in cui almeno un aiuto familiare era presente anche nel 2019, questo è continuato, anche grazie a precauzioni quali il distanziamento sociale e la mascherina. In alcuni casi, la presenza e il ruolo dei familiari si sono persino accentuati, per sostituire in tutto o in parte altri nodi della rete di cura, pubblici o privati.

Tabella 4. Aiuto dai familiari (valori assoluti).

Aiuto da familiari ^a	Brescia			Ancona		
	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020
Nessun aiuto familiare	8	-	1	5	-	-
Aiuto fam. presente	9	3	1	12	1	7
Aiuto fam. molto presente	3	-	1	4	2	1
Totale casi	20	3	3	21	3	8

Nota: ^a Aiuto familiare presente: non oltre il 50% della rete di aiuto è composta da familiari; aiuto familiare molto presente: oltre il 50% della rete di aiuto è composta da familiari.

Ad Ancona, il supporto della famiglia è cambiato in oltre la metà dei casi (11 sui 16 che già ricevevano questo aiuto nel 2019), e sono prevalse le situazioni di miglioramento (8 su 11), che si riferiscono quasi totalmente a persone che nel 2019 avevano una rete d'aiuto non prevalentemente familiare (tab. 4). In riferimento alle situazioni migliorate, si tratta di figli, fratelli/sorelle o nipoti, che già aiutavano gli anziani, e che durante la prima ondata della pandemia li hanno supportati con maggiore assiduità, consegnando loro spesa e farmaci a domicilio. I casi di peggioramento (tre persone come a Brescia, che nel 2019 avevano aiuto familiare) fanno riferimento a figli che vivono all'estero e che non sono potuti tornare dalla madre durante il lockdown, oppure residenti in zona, ma meno presenti a causa delle limitazioni agli spostamenti imposte dal lockdown.

Infine, sembra importante segnalare che 7 persone a Brescia e 5 ad Ancona, senza alcun aiuto familiare nel 2019, hanno continuato a non usufruirne anche durante la prima ondata della pandemia (tab. 4).

Il supporto da amici e vicini, nel 2019 era molto più diffuso ad Ancona che a Brescia (11 casi contro 4) (tab. 5). L'anno successivo nella città marchigiana è peggiorato e migliorato quasi in ugual misura (rispettivamente in 3 e 4 casi). Si tratta di soggetti che nel 2019 avevano riferito tale sostegno, tranne nel caso di un'intervistata che non lo riceveva, ma ha riferito come peggioramento l'arrivo di nuovi vicini di casa, con i quali non ha alcuna confidenza (o comunque minore rispetto ai precedenti vicini). Peggioramento che comunque non sembra direttamente imputabile alla pandemia. Negli altri due casi il peggioramento è imputabile alla riduzione dei contatti, e relativi supporti, con amici e vicini che avevano paura del virus. Quando i supporti amicali/di vicinato sono migliorati, sono stati riferiti genericamente amici/vicini più presenti. Si racconta di “piccole cortesie tra vicini” (AN-10) o di vicini “molto carini” sui quali poter fare conto per qualsiasi necessità: “Se avevo bisogno di qualcosa potevo chiamare loro” (AN-18).

Tabella 5. Aiuto da amici/vicini (valori assoluti).

Aiuto da amici/vicini	Brescia			Ancona		
	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020
Nessun aiuto da amici/vicini	16	-	1	10	1 ^a	-
Aiuto da amici/vicini	4	-	2	11	2	4
Totale casi	20	-	3	21	3	4

Nota: ^a Nel 2019 l'intervistata non aveva aiuto da amici/vicini, ma ha riferito come peggioramento i nuovi vicini di casa, con i quali non ha confidenza.

A Brescia, il supporto di amici e vicini è cambiato in tre casi (due dei quali fanno parte dei quattro che ne usufruivano già nel 2019) per motivi riconducibili alla pandemia, ma si è sempre trattato di miglioramenti (tab. 5). Ancora una volta, uno dei cambiamenti ha riguardato l'anziana che ha contratto il COVID-19 dal figlio: una vicina di casa ha sostituito quest'ultimo, che le portava spesa e farmaci. Un'amica di un'anziana, che già prima l'accompagnava alle visite mediche, l'ha aiutata con la spesa e con i farmaci (probabilmente per ridurre i tempi degli acquisti, visto che la signora è ipovedente). Infine, la vicina di un'anziana ogni tanto andava a farle la spesa, e viceversa: in questo modo le due donne hanno "escogitato" un modo per limitare le uscite e ridurre il rischio di esporsi al virus: "Una mia vicina veniva a chiedermi se avevo bisogno di qualcosa, e quando dovevo uscire io le chiedevo se aveva qualcosa da prendere. Ci siamo aiutate a vicenda, insomma" (BS-24).

Il supporto dei servizi sociali (domiciliari e semi-residenziali) comunali, che nel 2019 era usufruito in misura sostanzialmente simile nelle due città (12 casi a Brescia, 11 ad Ancona), ha subito cambiamenti in misura decisamente differente e controintuitiva durante la prima ondata della pandemia (tab. 6).

Tabella 6. Aiuto dai servizi sociali (domiciliari e semi-residenziali) comunali (valori assoluti).

Aiuto dai servizi	Brescia			Ancona		
	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020
Nessun aiuto dai servizi sociali	8	-	-	10	-	1 ^a
Aiuto dai servizi domiciliari	12	2	2	9	8	-
Aiuto dal Centro diurno	-	-	-	2	2	-
Totale casi	20	2	2	21	10	1

Nota: ^a Un'intervistata, che nel 2019 non aveva riferito il supporto del SAD, riferisce che durante il lockdown gli operatori dei servizi sociali comunali l'hanno contattata per verificare eventuali necessità.

A Brescia tale supporto è cambiato in quattro casi (su 12 che ne usufruivano) per motivi riconducibili alla pandemia e ha interessato persone anziane che già ricevevano un aiuto di questo tipo (tab. 6). In due casi si è trattato di un peggioramento del servizio, più precisamente di una sua riduzione e nella mancata sostituzione di un servizio con un altro. Nel primo caso, un'anziana ha dichiarato di ricevere il supporto del SAD due volte la settimana, mentre prima dell'emergenza lo riceveva sei giorni a settimana, mentre nel secondo caso un anziano, al quale è stato sospeso il servizio di badante di condominio poco prima che iniziasse l'emergenza, pur avendo inoltrato richiesta per il SAD attraverso il custode sociale non aveva ancora ottenuto il servizio. Negli altri due casi si è trattato di miglioramenti, sebbene sui generis. Nel primo caso, durante il lockdown un paio di volte un anziano ha chiesto al servizio sociale comunale un aiuto

per andare in banca e in farmacia, che ha ottenuto. Si è trattato, dunque, di un aiuto sporadico. Nel secondo caso, un anziano ha riferito che le operatrici del SAD, che l'aiutavano a lavarsi, talvolta non si sono presentate perché temporaneamente impegnate ad assistere persone in isolamento domiciliare. Tuttavia, questa sporadica sospensione del servizio ha sortito due effetti positivi: l'intervistato ha scoperto di riuscire a farsi la doccia anche da solo, cosa che gli ha dato soddisfazione: *"Sono andato in bagno, pian pianino mi sono spogliato, mi sono seduto nella doccia e mi sono lavato. Da solo!"* (BS-17). Inoltre, poiché le operatrici si presentavano a casa sua la mattina presto, ha potuto dormire di più. In questo caso, dunque, un peggioramento del servizio ha generato una maggiore qualità di vita.

Ad Ancona, invece, si osserva un peggioramento dei servizi sociali comunali (SAD e Centro diurno) per ben 10 anziani su 11 che ne usufruivano, a seguito della modifica/sospensione degli stessi (tab. 6). Da sottolineare che, tra gli otto casi in cui il SAD è peggiorato, in uno il servizio è stato ridotto (da 3-4 volte a settimana a 1-2 volte al mese), e in tre casi, pur essendo stato sospeso, l'assistente sociale e gli operatori dei servizi sono stati comunque presenti per la consegna a domicilio di spesa e farmaci. In particolare, le assistenti sociali hanno telefonato di frequente agli utenti anziani per informarsi sulle loro condizioni e al medico di medicina generale (MMG) per far pervenire le prescrizioni di medicinali direttamente in farmacia, se necessario. Inoltre, solo in un caso il SAD risultava ancora sospeso al momento dell'intervista (luglio), mentre in altri ne è stata riferita la mancata erogazione durante il lockdown (ovvero fino ai primi di giugno). I due anziani che frequentavano il Centro diurno raccontano che il servizio risultava ancora sospeso a fine luglio (data dell'intervista). Tuttavia, se ne prevedeva la riapertura a breve, sebbene con possibilità di frequenza non quotidiana, ma a giorni alterni per ogni utente, in modo da conciliare la capienza della struttura con le norme del distanziamento sociale (al massimo 10 utenti al giorno).

Come quello dei servizi sociali comunali, anche il supporto di assistenti domiciliari private a pagamento (colf), che nel 2019 si configurava per lo più come aiuti a ore, forniti una o due volte alla settimana, da lavoratrici straniere, e del quale nel 2019 gli anziani usufruivano in misura simile nelle due città (10 casi a Brescia, 12 ad Ancona), hanno subito una riorganizzazione meno pronunciata a Brescia rispetto ad Ancona, di nuovo quindi in direzione controintuitiva (tab. 7). A Brescia il supporto delle colf è cambiato in cinque casi (su 10 che ne usufruivano) per motivi riconducibili alla pandemia. Si tratta di persone anziane che già si avvalevano di un aiuto di questo tipo. In quattro casi si è trattato di un peggioramento del servizio, più precisamente di una sospensione, in un caso, di una riduzione, in due casi, e di un peggioramento della qualità, nel quarto caso. La sospensione è stata voluta da un'anziana, per timore di contrarre il COVID-19 dalla colf che le faceva i lavori di casa pesanti e la spesa (nessuno sembra aver preso il posto di tale aiuto, nonostante l'anziana presenti limitazioni elevate). Una delle due riduzioni è imputabile alla colf, che oberata dall'aumento di richieste dovuto alla pandemia ha ridotto la sua disponibilità nei confronti di un'anziana (al suo posto è subentrata la figlia di quest'ultima): *"Prima una conoscente veniva a farmi i lavori di casa più pesanti. Una volta alla settimana. Ora riceve tante richieste e viene quando può"* (BS-16). L'altra riduzione, invece, è imputabile alla figlia di un anziano, che ha ridotto da tre a due volte la settimana la presenza della colf a casa di quest'ultimo per diminuire le occasioni di contagio. Infine, il peggioramento del servizio è stato segnalato da un'anziana: la signora che le fa le pulizie è restia all'utilizzo della mascherina e ciò la infastidisce molto, tanto che *"mi sposto in un'altra stanza per starle lontana"* (BS-06). In un solo caso il servizio è migliorato. Si tratta di nuovo dell'anziana che ha contratto il COVID-19 dal figlio: la persona a pagamento ha sostituito quest'ultimo, che le portava spesa e farmaci. In sostanza, a Brescia i servizi a pagamento sembrano aver subito maggiori "scossoni" rispetto ai servizi sociali comunali.

Tabella 7. Aiuto dalla colf (valori assoluti).

Aiuto dalla colf	Brescia			Ancona		
	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020	T1 2019	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020
Nessun aiuto dalla colf	10	-	-	9	-	1 ^a
Aiuto dalla colf	10	4	1	12	7	2
Totale casi	20	4	1	21	7	3

Nota: ^a Un'intervistata che nel 2019 non aveva riferito il supporto della colf, lo ha riferito nel corso del follow-up.

Tuttavia, è ad Ancona che si è osservato con maggior frequenza un peggioramento nel supporto fornito dalle colf (tab. 7). In ben sette casi su 12 il servizio è venuto meno, è stato sospeso oppure ridotto: in un caso la colf se n'è andata di sua volontà all'inizio dell'emergenza sanitaria, in due casi il supporto è stato sospeso e in quattro casi è stato ridotto in termini di ore lavorate. Le sospensioni e le riduzioni sono avvenute per volontà dell'anziano e/o della famiglia per motivi precauzionali. La paura del contagio ha infatti spinto ad "arrangiarsi" (AN-3) senza questo aiuto. Per tre anziani, invece, si è registrato un miglioramento: in due casi si è trattato di un maggiore impegno orario della colf, mentre nel terzo dell'arrivo di una colf rumena in precedenza non presente, ma di fatto assunta quando la badante convivente (avuta durante il lockdown) è dovuta rientrare in Romania.

Nel 2019 solo ad Ancona sono stati riferiti l'aiuto della badante e del volontariato (tabb. 8 e 9), mentre a Brescia tali aiuti non solo non erano presenti nel 2019¹¹, ma non sono stati attivati neppure durante la prima ondata della pandemia. Riguardo ad Ancona, nel 2019 erano state rilevate tre persone con badante, una delle quali conviventi e le altre due a ore. Nel 2020, è stata assunta una nuova badante convivente (rumena), una badante (rumena) a ore è stata (ri)assunta per tutta la giornata, mentre in altre due situazioni (una badante convivente e una a ore) non si osservano cambiamenti (tab. 8). Sempre ad Ancona, delle 21 persone anziane intervistate durante il follow-up solo quattro usufruivano del volontariato nel 2019 (tre da parte di AUSER e una da parte di Caritas). Di queste, due riferiscono un peggioramento, dovuto alla sospensione/interruzione dei servizi durante il lockdown, in particolare quelli di accompagnamento/trasporto per effettuare visite mediche e quelli relativi al ritiro di referti e impegnative per esami diagnostici (tab. 9).

Tabella 8. Aiuto dalla badante (Ancona^a, valori assoluti).

Aiuto dalla badante	T1 2019 (a)	Cambiamenti T2 2020		
		Nessun cambiamento	Si, convivente (b)	Situazione attuale
Badante assente	18	17	1*	17 (a-b)
Badante a ore (diurna/notturna) ^b	2	1	1*	1 (a-b)
Badante convivente	1	1	-	3 (a+b*)
Totale casi	21	19	2	21

Nota: ^a A Brescia, l'unica anziana che nel 2019 si avvaleva del supporto di una badante è deceduta; ^b Badante a ore: almeno 28-30 ore a settimana.

¹¹ A Brescia, l'unica anziana che nel 2019 si avvaleva del supporto di una badante è deceduta, mentre nessuno dei 20 anziani intervistati al tempo T1 si avvaleva del volontariato.

Tabella 9. Aiuto dal volontariato (Ancona^a, valori assoluti).

Aiuto dal volontariato	T1 2019	Cambiamenti T2 2020		
		Nessun cambiamento	Peggiorato	Migliorato
Nessun aiuto dal volontariato	17	15	1 ^b	1 ^c
Aiuto dal volontariato	4	2	2	-
Totale casi	21	17	3	1

Note: ^a Nessuno dei 20 anziani intervistati a Brescia nel 2019 si avvaleva del volontariato e nessuno se ne è avvalso poi per ragioni riconducibili alla pandemia; ^b Un'intervistata riferisce la sospensione dell'aiuto del volontariato, ma non aveva riferito tale aiuto nel 2019; ^c Un'anziana durante il lockdown ha usufruito di questo supporto che prima non aveva.

3.4. Accesso alle prestazioni sanitarie

L'accesso alle prestazioni sanitarie del MMG e di medici specialisti (per la prescrizione di farmaci, terapie ed esami clinici, e per visite di controllo), e a quelle di altri servizi (fisioterapia, prestazioni infermieristiche, esami diagnostici, interventi chirurgici, ecc.), è stato oggetto di numerosi cambiamenti in entrambe le città, recepiti in buona parte dei casi quali peggioramenti e fonte di diversi problemi.

Tuttavia, a Brescia la situazione ha assunto connotati decisamente migliori rispetto ad Ancona, seguendo di nuovo una tendenza controintuitiva. L'accesso alle prestazioni del MMG non è cambiato in ben 13 casi su 20 (contro i cinque su 21 di Ancona) (tab. 10). Tre persone anziane hanno indicato un cambiamento nelle modalità di accesso al servizio: un'anziana non può più recarsi direttamente in ambulatorio per farsi visitare, ma deve prendere un appuntamento telefonico; un anziano non può più andare dal medico, ma deve telefonargli per conoscere gli esiti degli esami e le terapie da seguire, mentre per quanto concerne le ricette, l'anziano ne fa richiesta alla segretaria del medico e dopo 48 ore può passare a ritirarle; infine, un'anziana riceve le ricette del medico tramite e-mail, le stampa e le consegna al figlio, che le procura i farmaci. Le persone anziane in questione non hanno vissuto questi cambiamenti come un problema. Quattro persone anziane, invece, hanno segnalato un peggioramento del servizio a seguito di un cambiamento nelle modalità di accesso, percepito in questo caso come problematico. Un'anziana si è lamentata del medico perché durante il lockdown non ha voluto andare da lei e un'altra perché non ha voluto riceverla. Un'altra signora ha vissuto con grande disagio le lunghe file che era costretta a fare per ritirare le prescrizioni per farmaci, visite ed esami, che il suo medico faceva pervenire direttamente ad una farmacia che non era la propria: *"Anche lì! In piedi per ore. E la farmacia non era la mia. Era più lontana. E non mi conoscevano. Non sapevano le mie condizioni"* (BS-16). Un anziano, infine, orgoglioso di poter fare da solo quante più cose possibili, ha vissuto con grande disappunto il passaggio alle prescrizioni tramite e-mail, che l'hanno reso dipendente dalla figlia e dal genero (la prima le stampava, il secondo si recava in farmacia a prendere le medicine): *"Io ho tre computer, ma non ho la stampante. Così devo girare le ricette a mia figlia. Lei le stampa e mio genero va in farmacia. Devo dipendere da loro!"* (BS-17).

Per quanto riguarda le altre prestazioni sanitarie, per 13 persone su 20 non è cambiato nulla nel rapporto coi medici specialisti (un dato simile a quello anconetano, 12 su 21). Tuttavia, sei persone su 20 non hanno potuto effettuare o si sono viste sospendere diverse visite specialistiche, alcune delle quali relative a problematiche di una certa gravità (visite dall'ematologo, dal diabetologo, dall'oncologo), che al momento dell'intervista erano appena state fatte oppure non lo erano ancora. Mentre un'anziana, come misura precauzionale, ha preferito rimandare le annuali visite dal cardiologo e dall'ortopedico, che al momento dell'intervista non aveva ancora fatte. Infine, per quanto riguarda gli altri servizi sanitari, solo un

anziano su 20 (a confronto dei 7 su 21 di Ancona) ha dichiarato peggioramenti: in particolare, ha dovuto “saltare” uno dei day hospital che effettuava mensilmente e si è visto rimandare di un mese le sedute di fisioterapia.

Tabella 10. Accesso alle prestazioni sanitarie (valori assoluti).

Accesso alle prestazioni sanitarie	Brescia			Ancona		
	Nessun cambiamento	Diversa modalità	Peggiorato	Nessun cambiamento	Diversa modalità	Peggiorato
MMG ^a	13	3	4	5	12	4
Medico specialista	13	1	6	12	-	9
Altri servizi sanitari	19	-	1	13	1	7

Nota: ^a MMG: Medico di medicina generale (di base, di famiglia).

Ad Ancona, nel complesso sono stati riferiti 20 casi di peggioramento nell'accesso alle prestazioni sanitarie, contro gli 11 di Brescia. Di questi, quattro (come nella città lombarda) si riferiscono al MMG, che è stato difficile da contattare e non è stato molto presente e disponibile, soprattutto per quanto riguarda le visite domiciliari: “Non è venuto per niente, si vede che lui ha avuto più paura di me!” (AN-1). Nove casi di peggioramento (contro i sei di Brescia) si riferiscono a medici specialisti e sette (contro uno solo di Brescia) ad altri servizi sanitari. Nel complesso, in sette di questi casi si è trattato di una sospensione della visita/prestazione da parte dell'erogatore, mentre negli altri nove di una rinuncia dell'anziano per paura di contrarre il virus (per evitare “situazioni pericolose” (AN-4)).

Contrariamente a quanto osservato a Brescia, una diversa modalità di accesso alle prestazioni del MMG (contatti e acquisizione di prescrizioni/farmaci da parte di familiari/altri, come colf e volontari, utilizzo della posta elettronica, disponibilità del MMG ad inviare le prescrizioni direttamente in farmacia), osservata in ben 12 casi, non è stata percepita come un peggioramento. Non è stato riferito come tale, ma come un cambio di modalità, neppure il fatto di essersi rivolti al privato a pagamento (per un prelievo del sangue a domicilio), per evitare di recarsi presso un ambulatorio pubblico o in ospedale esponendosi al contagio.

Nei casi in cui non sono stati riferiti mutamenti, si è trattato nel complesso di situazioni dove le prestazioni sanitarie sono state utilizzate come prima della pandemia e senza particolari problemi (ad esempio, nel caso di un MMG sempre disponibile o raggiungibile senza difficoltà), oppure non ce n'era necessità e quindi nessun controllo era stato programmato per il periodo del lockdown, per l'abitudine di fare solo visite sporadiche/annuali.

3.5. Reti sociali

Durante la prima ondata della pandemia, i rapporti degli anziani con i loro familiari o con amici o vicini sono cambiati in misura più frequente ad Ancona rispetto a Brescia. Nella prima città, 15 persone hanno dichiarato mutamenti nei rapporti con la famiglia e 11 in quelli con amici o vicini, mentre a Brescia sono state rispettivamente 11 e sei¹². Tuttavia, i cambiamenti sono stati di segno opposto. A Brescia si sono ridotti i contatti face-to-face con i familiari (in otto casi) e con amici o vicini (in sei casi), mentre i contatti telefonici sono rimasti per lo più stabili. Ad Ancona, invece, sono aumentati i contatti telefonici con i familiari (in 13 casi) e con amici o vicini (in otto casi), ma anche quelli face-to-face (rispettivamente in sei e in due casi). Anche in questa città si

¹² I casi con “mutamenti” sono calcolati considerando una sola volta quanti hanno riferito più cambiamenti (es. diminuzione dei contatti di persona e aumento di quelli telefonici).

sono ridotti i contatti di persona, ma in misura minore di quanto non sia accaduto a Brescia (in tre casi con i familiari e in altri tre con amici e vicini).

A Brescia, c'è chi ha visto interrompersi o diradarsi i contatti face-to-face con i figli (di solito, per "cause di forza maggiore"), ma soprattutto quelli con i nipoti o con altri familiari (di solito, quelli poco o per nulla coinvolti nel sistema di cura). E se spesso è stata la famiglia a decidere di sospendere o diminuire i contatti di persona per ridurre le occasioni di contagio, in qualche caso sono stati gli stessi anziani a chiederlo come misura precauzionale: *"Anche adesso, quando vengono [i nipoti], non voglio che mi bacino! E devono indossare la mascherina. Anche mio figlio!"* (BS-01). I contatti telefonici con i familiari, dove presenti, sembrano invece aver tenuto. Solo tre anziani hanno aumentato i contatti con i familiari: in un caso si tratta di maggiori contatti telefonici, negli altri due casi di maggiori contatti di persona. È importante osservare come in questi due casi gli anziani non abbiamo indicato un cambiamento nella qualità del rapporto coi familiari, ma solo nella frequenza dei contatti. In particolare, il rapporto fra una madre e una figlia, già difficile da anni, non è per nulla migliorato quando la prima si è trasferita a casa della seconda durante il lockdown: *"Mia figlia sì, si occupava di me, mi faceva da mangiare e così. Ma non mi parlava mai! Oppure mi trattava con sgarbo"* (BS-21).

Come visto, sei anziani hanno indicato un'interruzione o riduzione dei contatti face-to-face con amici o vicini. Se diminuire o sospendere i contatti con gli amici sembra essere stata una scelta condivisa dalle due parti, ridurre, o meglio interrompere, i contatti con i vicini, è stata una scelta unilaterale (un'anziana ha smesso di incontrare la vicina per paura di contrarre il virus, mentre un'altra non ha più visto la vicina perché questa si è isolata). In nessun caso ciò ha portato ad un aumento dei contatti telefonici.

Tabella 11. Rapporti con gli altri, face-to-face e telefonici (valori assoluti).

Rapporti con gli altri	Brescia					Ancona ^b				
	Nessun camb.	Meno contatti f.-to-f.	Meno contatti telefono	Più contatti f.-to-f.	Più contatti telefono	Nessun camb.	Meno contatti f.-to-f.	Meno contatti telefono	Più contatti f.-to-f.	Più contatti telefono
Familiari	9	8	1 ^a	2	1	6	3	-	6	13
Amici/vicini	14	6	-	-	-	10	3	-	2	8

Note: ^a L'anziana che ha ridotto i contatti telefonici coi familiari è anche fra gli otto anziani che hanno ridotto i contatti face-to-face; ^b Per quanto riguarda i familiari, in tre casi si sono ridotti i contatti face-to-face, ma sono aumentati quelli telefonici, e in quattro casi sono aumentati sia i contatti di persona, sia telefonici; per quanto riguarda amici e vicini, in un caso si sono ridotti i contatti face-to-face, ma sono aumentati quelli telefonici, mentre in un caso sono aumentati sia i contatti di persona, sia telefonici.

In complesso, ad Ancona, in riferimento alla famiglia si registra un generalizzato aumento dei contatti telefonici, in sostituzione di/aggiunta a precedenti contatti di persona, specie con figli e nipoti, arrivando anche a 3-4 telefonate al giorno. Talvolta si riferiscono rapporti telefonici più intensi e meno freddi/formali di prima (ad es. con figlio e nuora) o persino più sereni durante il lockdown. In un caso, una signora racconta di aver sentito con più frequenza il figlio al telefono grazie al fatto che lo stesso lavorava da casa (smartworking), per cui è riuscito a telefonarle anche più volte al giorno. Non mancano anche maggiori contatti di persona, di nuovo da parte di figli e nipoti, che sono andati più spesso a trovare alcuni intervistati che avevano bisogno di aiuto (ad es. per la spesa e il ritiro dei medicinali in farmacia). Si hanno invece minori contatti di persona non solo per motivi precauzionali, ma anche quando ad esempio un figlio che abita fuori Regione non è potuto tornare dalla madre neanche per Pasqua. Quando nessun cambiamento è stato riferito, si tratta di casi in cui i contatti erano già inesistenti o scarsi/freddi, oppure di casi nei quali buoni rapporti c'erano e sono continuati allo stesso modo (ad es., rapporti telefonici quotidiani). Anche in riferimento ad amici/vicini e conoscenti, gli intervistati riferiscono di aver

incrementato soprattutto i contatti telefonici con alcuni di loro durante il lockdown, in aggiunta (in due casi) a qualche visita occasionale di persona, usando tutte le precauzioni necessarie. Un'anziana racconta persino di “*visite clandestine*” (AN-21) da parte di amici e conoscenti, nonostante i divieti. In un caso due amiche/vicine di casa hanno potuto vedersi dalla finestra, oltre che sentirsi al telefono (anche più volte al giorno), ma per prudenza hanno evitato di incontrarsi di persona per tre mesi. Un'intervistata sottolinea la maggiore intensità e profondità dei rapporti telefonici amicali durante il confinamento, con scambio di “*riflessioni e pensieri biblici*” (AN-18). Una signora che frequentava il centro diurno comunale, chiuso durante il lockdown, ha mantenuto i contatti con un'amica del centro stesso proprio grazie al telefono, e così “*si facevano compagnia*” (AN-23). Inoltre, una signora racconta con rammarico di aver perso un caro amico durante il lockdown, ma di non aver potuto partecipare al funerale per le restrizioni stabilite sul numero dei partecipanti. Analogamente un'altra anziana riferisce di una vicina recentemente scomparsa e con la quale aveva confidenza, mentre con gli altri vicini i rapporti sono di semplice cordialità. Come per i familiari, anche con gli amici/vicini i rapporti non sono invece cambiati quando sono continuati come prima del Coronavirus, specie al telefono, oppure quando sono rimasti difficili, freddi, “*senza solidarietà*” (AN-14).

3.6. Utilizzo degli strumenti di comunicazione

L'utilizzo e l'utilità percepita degli strumenti di comunicazione (cellulare, Smartphone, PC/Tablet) da parte delle persone anziane nel corso del lockdown, rispecchia quanto emerso in relazione ai cambiamenti nei rapporti con gli altri (familiari, amici e vicini). Il numero di anziani che non ha utilizzato tali strumenti è piuttosto simile in entrambe le città: a Brescia non hanno utilizzato cellulare, Smartphone e PC/Tablet rispettivamente 10, 12 e 16 persone, ad Ancona 12, 12 e 17 (tab. 13). Fra le persone che hanno usufruito di tali strumenti, a Brescia prevalgono nettamente quelle che li hanno trovati poco o per nulla utili¹³ rispetto a quelle che li hanno trovati utili: sono nove contro una in relazione al cellulare, cinque contro tre in relazione allo Smartphone e tre contro una in relazione a PC/Tablet. Ad Ancona, invece, prevalgono le persone che hanno trovato utili tali strumenti: sono otto contro una in relazione al cellulare, sette contro due in relazione allo Smartphone e quattro contro nessuna in relazione a PC/Tablet.

Solo quattro persone hanno cambiato frequenza o modalità d'utilizzo di uno strumento di comunicazione (tab. 13): un'anziana ha telefonato spesso alle sorelle per tenersi aggiornata sulla loro salute, un'altra ha chiamato gli amici delle diverse associazioni di volontariato cui appartiene e che durante il lockdown non ha potuto frequentare, mentre una terza ha utilizzato lo smartphone per poter vedere nipoti e pronipoti. Gli strumenti di comunicazione digitali si sono dimostrati particolarmente utili per l'anziana che ha contratto il Coronavirus dal figlio ed è stata sottoposta ad isolamento domiciliare. Grazie allo Smartphone ha potuto chiamare e videochiamare il figlio ricoverato in ospedale e tenersi in contatto con gli altri e in special modo con il suo MMG. Inoltre, grazie al PC, ha potuto ricevere via e-mail le ricette inviate da quest'ultimo, cosa che nessun altro avrebbe potuto fare al posto suo in quanto il suo unico figlio, allora ricoverato, è vedovo e senza figli. Ad Ancona, invece, i contatti telefonici sono aumentati in un numero elevato di casi, e, di riflesso, il numero di persone che ha dichiarato l'utilità del cellulare e dello Smartphone è stato molto maggiore rispetto a Brescia (tab. 12).

¹³ Con “poco o per nulla utili” s'intende che durante il lockdown la frequenza e/o la modalità con cui questi strumenti sono stati utilizzati non è cambiata, oppure lo è stata, ma non in misura sostanziale. Con “modalità” di utilizzo s'intende la modalità utilizzata per comunicare: telefonata, scambio di messaggi, videochiamata, ecc..

Tabella 12. Utilizzo e utilità^a degli strumenti di comunicazione a distanza per comunicare con gli altri durante il lockdown (valori assoluti).

Strumenti ^b	Brescia				Ancona			
	Uso in autonomia T1 2019	No ^c T2 2020	Poco/non utile ^d T2 2020	Utile T2 2020	Uso in autonomia T1 2019	No T2 2020	Poco/non utile ^b T2 2020	Utile T2 2020
Cellulare	10	10	9	1	17	12 ^e	1	8
Smartphone	6	12	5	3	5	12 ^f	2	7
PC/Tablet	2	16	3	1	3	17 ^g	-	4

Note: ^a In riferimento all'utilizzo di cellulare/smartphone e PC/tablet nel T2 2020, non è stato fatto un confronto sull'utilità con il T1 2019 perché nella prima survey questo aspetto non era stato indagato/riferito.

^b In alcuni casi sono utilizzati più dispositivi (sia al tempo T1, sia al tempo T2); ^c Due persone anziane posseggono solo il telefono fisso e dunque hanno risposto negativamente in relazione a tutti gli strumenti di comunicazione proposti; ^d Rientrano in questa categoria le persone anziane che durante il lockdown non hanno modificato la frequenza e/o la modalità d'utilizzo dello strumento di comunicazione, oppure che l'hanno modificata, ma non in misura sostanziale; ^e Cinque anziani riferiscono di aver utilizzato solo il telefono fisso, sei lo Smartphone e uno il telefono fisso e il Tablet; ^f Undici anziani non hanno uno Smartphone; ^g Tutti e 17 gli anziani non hanno PC/Tablet.

Gli anziani intervistati ad Ancona non sono entrati nel dettaglio di un eventuale cambio di modalità d'utilizzo (telefonate, messaggi scritti o vocali, videochiamate) dei suddetti strumenti di comunicazione, né hanno fornito una qualche graduazione dell'utilità o meno degli stessi (poco, molto, ecc.). Da considerare anche che alcuni, tra quanti hanno comunque riferito di aver usato cellulare o smartphone durante il lockdown non hanno nascosto una generale preferenza per il telefono fisso, mentre altri hanno utilizzato anche più dispositivi (smartphone e PC in due casi, cellulare e smartphone in due casi, e cellulare, smartphone e pc in un caso). Rispetto al 2019, si nota come quattro anziani in più hanno riferito di aver usato lo smartphone e un anziano in più il PC/Tablet. Gli intervistati che hanno riferito l'utilità di tali dispositivi durante il lockdown evidenziano soprattutto la possibilità di restare in contatto con i familiari, specie i figli fuori Regione/all'estero, oltre che con amici e conoscenti (come già anticipato). Inoltre, dello smartphone si sottolinea la possibilità di usare i messaggi vocali di WhatsApp o di navigare in Internet e guardare ricette, attività che è stata di compagnia durante il lockdown. Infatti, una signora di questo strumento dice: *"Per me è la vita...quando non ho niente da fare ci guardo le ricette"* (AN-6). Il PC viene considerato molto utile per informarsi, e in un caso ha consentito a un'anziana di proseguire l'attività di volontariato da remoto (AN-18). Una signora ha di recente avuto un tablet (acquistato dai familiari), tramite il quale ha potuto effettuare videochiamate e vedere i familiari durante il lockdown. Da aggiungere che in un caso il cellulare è stato molto utile perché a volte il telefono fisso *"faceva i capricci"* (AN-4). Quanti hanno invece riferito, in complesso, l'inutilità di tali dispositivi durante il lockdown, sottolineano soprattutto la propria difficoltà/incapacità nell'utilizzarli, specie lo smartphone: *"Lo uso poco, ancora ci devo capire qualcosa. (...) per noi anziani sono troppo complicati"* (AN-2); *"Lì per lì so fare, poi non mi ricordo"* (AN-5). Quanti hanno usato solo il telefono fisso, lo preferiscono perché più semplice degli altri strumenti, che peraltro non sanno usare. Una signora racconta infatti che quando è in casa utilizza il telefono fisso, mentre usa un cellulare solo durante le uscite (di fatto non effettuate durante il confinamento): *"Non mi ci trovo, preferisco il fisso"* (AN9). Un'altra anziana non sente affatto l'esigenza di altri strumenti perché con il telefono fisso (cordless) può *"chiamare anche dall'altra parte del mondo"* (AN-14). C'è anche chi ha bisogno di aiuto (figlie) persino per usare il telefono fisso.

3.7. Senso di solitudine

Nel complesso, le minori occasioni di contatto/scambio con familiari, amici e vicini, conseguenti al distanziamento sociale imposto durante il lockdown, sembrano aver influito abbastanza sul senso di solitudine delle persone intervistate. Tuttavia, i mutamenti che hanno interessato il senso di solitudine delle persone anziane durante la prima ondata della pandemia mostrano ancora una volta differenze notevoli e controintuitive fra Brescia e Ancona. Nella città lombarda i minori contatti di persona con familiari, amici o vicini (cfr. il paragrafo 3.5.), così come, più in generale, il clima di forte chiusura sociale che si “respirava” durante il lockdown, non sembrano aver influito sul senso di solitudine delle persone intervistate (tab. 13). Ben 18 di loro, infatti, hanno dichiarato invariata la loro percezione della solitudine, ed una l'ha vista addirittura ridursi (si tratta dell'anziana che ha trascorso il periodo di lockdown a casa della figlia). Solo una persona ha percepito un peggioramento nel senso di solitudine, un'anziana con un livello di *loneliness* moderato legato strettamente alla possibilità di uscire e vedere gente, che ha sofferto in modo particolare le restrizioni al movimento connesse al lockdown: “*Non poter uscire è stato terribile. Terribile! Anche prima [del lockdown] dovevo uscire. Soffro tanto a stare in casa*” (BS-15).

Tabella 13. Senso di solitudine (valori assoluti).

Senso di solitudine	Brescia				Ancona			
	T1 2019	Uguale T2 2020	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020	T1 2019	Uguale T2 2020	Peggiorato T2 2020	Migliorato T2 2020
Lieve	6	6	-	-	4	1	3	-
Moderato	5	4	1	-	10	2	7	1
Elevato	6	6	-	-	4	2	2	-
Molto elevato	3	2	-	1	3	2	1	-
Totale	20	18	1	1	21	7	13	1

Ad Ancona, invece, nonostante i maggiori contatti (sia telefonici, sia di persona) con familiari, amici o vicini, il senso di solitudine è peggiorato in 13 casi su 21, è rimasto invariato in sette casi (sei per abitudine alla stessa e uno perché non la si sentiva neanche prima) ed è migliorato in un solo caso (come a Brescia), perché si sostiene di essere stati persino meglio durante il lockdown, e di aver sentito “*un silenzio bellissimo ...sembrava di vivere in una nuvola ...*” (AN-3).

Ad Ancona inoltre, tra quanti hanno segnalato un peggioramento, alcuni (otto) sembrano molto provati, e riferiscono situazioni diverse. Si è percepita “*l'atmosfera pesante nei giorni dell'emergenza*” (AN-1), sebbene da tempo si viva soli; si è patita la mancanza di opportunità per chiacchierare, perché “*non parlando con nessuno, la memoria perde...*” (AN-5), sebbene si sia impiegato il tempo dedicandosi al volontariato (ad es., confezionando mascherine per la gente del quartiere); si è vissuto un periodo pessimo in cui ci si è sentiti molto soli, e ci si pente di aver allentato, in passato, i rapporti con la famiglia di origine. È, quest'ultimo, il caso di una signora (che ha solo fratelli fuori Regione che non sente da tempo) la quale considera il suo stato attuale di solitudine in parte una conseguenza della sua vita e delle sue scelte precedenti, e dice: “*Io mi sono molto isolata dopo la pensione, anche per problemi economici, è colpa mia*” (AN-14). Altri (cinque) riferiscono come il senso di solitudine sia peggiorato solo un po', per l'impossibilità di avere contatti con l'esterno, per l'impossibilità di uscire, per la paura connessa al particolare momento, in aggiunta alla tristezza nel “*vedere tutti quei morti in TV*” (AN-9). Tuttavia, si è riusciti a trovare molta compagnia nella televisione e nelle telefonate con parenti e conoscenti, e anche dedicandosi ai propri interessi (la lettura, la tv), e grazie comunque al supporto della famiglia. Quando diversamente non si riferisce di aver provato una particolare o maggiore solitudine durante il lockdown, si avanza quale generica motivazione il fatto che si sta soli da

molto tempo. Una signora dice di essere “*tanto abituata a stare sola*” (AN-14), per cui non ha sofferto particolarmente. Un anziano sostiene che per lui “*era tutto normale*” (AN-8), per cui non ha percepito cambiamenti in questo senso. Un altro intervistato racconta che la sua vita non è cambiata molto rispetto al periodo precedente (nel senso che anche prima passava molto tempo da solo). Un’anziana in particolare racconta di essere “*abituata alla solitudine*” (AN-18), e quando è stata attraversata da pensieri negativi ha cercato di concentrarsi su cose positive che l’aiutassero a star bene. Racconta inoltre di non aver provato nessuna sensazione di claustrofobia, né di limitazione della libertà, e aggiunge “*riesco ad adattarmi*” (AN-18). Se si scende ad un maggiore livello di dettaglio, e si considera il livello di solitudine riferito nel 2019 (nulla/lieve, moderata, elevata, molto elevata), è da sottolineare come la stessa venga riferita invariata proprio dagli anziani più soli (quattro soggetti con solitudine elevata/molto elevata nel 2019, su sette che non riferiscono mutamenti), mentre risulta peggiorata soprattutto per quanti avevano manifestato una solitudine nulla/lieve e moderata (10/13 casi).

3.8. Paure legate al Coronavirus

Considerando le paure percepite dagli anziani in relazione al Coronavirus, si può notare in prima battuta che non esiste una grande differenza fra Brescia ed Ancona se si considera il numero di persone che hanno espresso almeno un timore: 12 su 20 nella città lombarda, 14 su 21 in quella marchigiana (tab. 14).

Se si considerano le singole paure, non emergono significative differenze fra le due città neppure in relazione al timore di contrarre il virus (otto anziani provano questa paura a Brescia, contro i sette di Ancona), di morirne (cinque anziani vs. sei) o che lo prendano i propri familiari (otto anziani vs. 10). Da sottolineare che la paura della morte non sembra diffusa o comunque non viene riferita dai più, nonostante la pandemia abbia causato molti decessi proprio tra gli anziani. Talvolta ad Ancona la paura è stata comunque contrastata trovando conforto nella preghiera. Differenze più corpose affiorano in relazione alla paura di non ricevere un’assistenza adeguata (nessun anziano ha espresso questo timore a Brescia, contro i sei anziani di Ancona) o che i propri familiari restino senza lavoro (due anziani vs. sei). Più in generale, considerando le singole paure, in entrambe le città la maggioranza degli anziani non le percepiva.

A Brescia come ad Ancona, le paure più diffuse erano due: quella di contrarre il virus (otto casi a Brescia, sette ad Ancona) e quella che lo contraessero i propri familiari (otto casi vs. dieci). Tra coloro che non avevano paura di contrarre il virus, in entrambe le città c’è chi pensava che adottando tutte le precauzioni necessarie (mascherina, distanziamento, lavaggio frequente delle mani, ecc.) non corresse alcun pericolo: “*Paura nooo! Io metto sempre la mascherina, quindi... E poi stiamo lontani [lei e gli altri anziani del complesso residenziale in cui vive]. Quando ci incontriamo ci mettiamo in cerchio*” (BS-19). Ma c’è anche chi, a fronte dei problemi di salute che aveva dovuto affrontare o stava affrontando (infarti, embolie, tumori, ecc.), percepiva il virus come un problema di salute non peggiore di altri: “*Nooo! Io non ho nessuna paura. Ho sempre avuto problemi di salute [è ipovendente dalla nascita]. Ho un tumore. Questo [il Coronavirus] non mi fa paura*” (BS-24).

Tabella 14. Paure legate alla pandemia (valori assoluti).

Paure legate alla pandemia	Brescia			Ancona		
	No	Sì	Totale	No	Sì	Totale
<i>Almeno una paura</i>	8	12	20	7	14	21
Paura di contrarre il virus	12	8	20	14	7	21
Paura di contrarre il virus e morire	15	5	20	15	6	21
Paura di non ricevere un'assistenza adeguata	20	-	20	15	6	21
Paura che i familiari contraggano il virus	12	8	20	11	10	21
Paura che i familiari restino senza lavoro	18	2	20	15	6	21
Altro	9	2 ^a	11 ^b	20	1 ^c	21

Note: ^a In entrambi i casi, gli anziani hanno indicato la paura della sofferenza fisica legata al COVID-19; ^b I casi sono solo 11 in quanto nove sono missing; ^c Paura di uscire e contrarre il virus.

Ad Ancona, alcuni soggetti già abituati a stare sempre a casa sembrano quasi non essersi accorti di quanto stava accadendo, dei problemi causati dal Coronavirus. Una signora molto energica racconta di non avere particolari paure e di avere continuato a fare tutto ciò che ha sempre fatto, senza perdersi d'animo. Un'altra anziana racconta invece di aver interrotto le uscite agli inizi di marzo, e di aver ricominciato solo recentemente ad uscire un po'. Tuttavia è molto attenta alle norme di distanziamento e cerca "di evitare i contatti prossimi" (AN-18) perché è molto preoccupata di un possibile contagio, potenzialmente pericoloso per le sue precarie condizioni di salute. Ritene comunque che, nel caso dovesse contrarre la malattia, i medici saprebbero curarla nel modo migliore. Un unico caso riferisce di preoccuparsi per tutte le ipotesi prospettate. Si tratta di un'anziana che ritiene l'esistenza sostanzialmente cambiata a seguito della pandemia, con paura e stress molto presenti tra le persone. Da evidenziare che tra quanti temono per i familiari, ma non per se stessi, oltre il fatto di non esporsi al rischio di contagio perché non escono praticamente mai e non hanno quindi contatti esterni, qualcuno sostiene anche di essere "ormai anziano" (AN-9) e quindi senza particolare preoccupazione per il proprio futuro. Infine, un anziano, pur riferendo di non avere alcuna paura del COVID-19, tuttavia segnalava il pericolo di un possibile aumento dei contagi in autunno, come di fatto poi è avvenuto.

4. UNO SGUARDO D'INSIEME E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

4.1. Impatto della pandemia nelle due città e sistemi assistenziali regionali

In questo momento storico, in Italia e nella maggior parte del mondo occidentale la pandemia da COVID-19 rappresenta una delle principali minacce per la salute della popolazione, specie per le persone anziane e per i soggetti fragili più in generale. Nel nostro Paese, questo fenomeno ha pesantemente evidenziato, quando non accentuato, le disuguaglianze sociali e sanitarie di tipo territoriale, come evidenziato dai diversi tassi di mortalità legati al COVID-19 (ISTAT, 2021b). In particolare, il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) presenta "distorsioni" storiche, che ne hanno compromesso capacità e adeguatezza/efficacia nella gestione dell'emergenza, soprattutto a causa di un "regionalismo differenziato", con conseguenti disuguaglianze territoriali di tipo assistenziale, specie nell'accesso ai servizi sanitari (Giarelli, Vicarelli, 2021). Come evidenziato da Spandonaro e d'Angela (2017), in Italia si possono individuare tre cluster di Sistemi Sanitari Regionali (SSR), basati sui livelli di *performance*: eccellente per cinque regioni, tra cui la Lombardia (oltre a Toscana, Liguria, Veneto ed Emilia-Romagna); intermedio per 11 regioni, tra cui le Marche (oltre a Valle d'Aosta, Piemonte, Bolzano, Trento, Lazio, Umbria, Campania,

Basilicata, Sardegna e Sicilia); critico per cinque regioni (Friuli Venezia-Giulia, Abruzzo, Molise, Puglia e Calabria). Un tale contesto è anche alla base della cosiddetta mobilità sanitaria, ossia l'emigrazione di pazienti, specie da Sud verso Nord (in particolare verso la Lombardia), per farsi curare (Giarelli, Vicarelli, 2021). Tuttavia, la Lombardia ha attuato una politica sanitaria sempre più centrata sull'ospedale (specie di grandi dimensioni) e il mercato privato, con un parallelo indebolimento del sistema territoriale pubblico (Vicarelli, 2021). L'eccellenza del sistema ospedaliero e della medicina specialistica hanno penalizzato il sistema delle cure territoriali, con forti disinvestimenti nel corso degli anni, mancata integrazione con le cure ospedaliere, e conseguente maggiore difficoltà nell'affrontare la pandemia (Arlotti, Marzulli, 2021).

La stessa prevista istituzione delle Case della salute e degli Ospedali di comunità, quali presidi territoriali delle cure intermedie, ha registrato attivazioni differenti a livello regionale, con risultati migliori nelle Marche rispetto alla Lombardia. La Casa della salute (Legge finanziaria 296/2006), successivamente definita anche Unità di cure complesse primarie (Uccp) (Legge Balduzzi 189/2012; Patto per la Salute 2014-2016) è "una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie (...) con l'intento di rafforzare in maniera diffusa l'assistenza territoriale nell'arco delle 24 ore" (Camera dei deputati, 2021: 5-6). L'Ospedale di comunità (Patto per la Salute 2014-2016; D.M. 704/2015 sulla continuità ospedale-territorio; Intesa Stato-Regioni 17/2020) è un "presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve (...) che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero" (Camera dei deputati, 2021: 6). Nel 2020 in Lombardia non risultavano attive Case della salute, ma solo 20 Ospedali di comunità, con 467 posti letto. Diversamente, nelle Marche si contavano 21 strutture del primo tipo e 14 del secondo (per 616 posti letto) (Camera dei deputati, 2021: 8). Inoltre, quanto alle Case della salute (rete dei Creg, Chronicle related Group, in Lombardia), nelle Marche sono inclusi tutti i professionisti della sanità territoriale (medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, psicologi, assistenti sociali, infermieri, tecnici di riabilitazione), mentre in Lombardia sembrano previsti solo MMG. Da sottolineare, comunque, che nelle Marche la conversione dei piccoli ospedali in Case della salute/Ospedali di comunità, con lo scopo di assicurare continuità assistenziale tra ospedale e domicilio e viceversa, sebbene realizzata in misura maggiore che in Lombardia (in termini di numero di strutture dichiarate attive e mappate nel 2020), ha vissuto diverse carenze organizzative, con la mancata definizione dei livelli di responsabilità nel percorso assistenziale del paziente (Mombello, 2019).

Differenze non trascurabili fra la Lombardia e le Marche si osservano anche in relazione ai medici di medicina generale (MMG). Nel 2017, i medici di base per 100.000 abitanti erano rispettivamente 60 e 70. Nello stesso anno la percentuale di MMG con più di 1.500 pazienti era pari al 60% in Lombardia (la quota più elevata in Italia) e al 30% nelle Marche, con evidente maggior carico assistenziale sui medici di base nella prima regione (Genova et al., 2021), e probabili conseguenze negative sulla qualità ed efficienza delle loro prestazioni (ISTAT, 2021b). Inoltre, a ridosso della pandemia, con il Decreto Legge n. 14 del 9 marzo 2020, il Governo Italiano ha istituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), allo scopo di garantire assistenza domiciliare ai malati di COVID-19 con sintomi lievi. La realizzazione di tali unità ha subito ritardi pressoché in tutte le regioni, per mancanza di medici volontari, mezzi di trasporto e dispositivi di protezione individuale. Tuttavia, anche in questo caso emerge l'"arretratezza" della Lombardia rispetto alle Marche: al termine della prima ondata pandemica, il tasso di copertura delle USCA (a fronte di uno standard nazionale di una unità ogni 50.000 abitanti) in Lombardia risultava quasi la metà di quello delle Marche (rispettivamente 35% e 62%) (Rizzo et al., 2020).

4.2. Fragilità, reti di cura e accesso ai servizi sanitari

4.2.1. Fragilità

Le interviste di follow-up fanno emergere, in primo luogo, un aggravamento delle limitazioni fisiche, che ha interessato soprattutto Ancona e in misura molto limitata Brescia. Quanti riferiscono un peggioramento della mobilità (rispettivamente 14 e 2 persone), lo attribuiscono in qualche misura alla forzata e prolungata permanenza in casa durante il lockdown, fatto che ha notevolmente e negativamente inciso sulla deambulazione e sull'equilibrio. Secondo l'ISTAT (2020c), l'uso delle mascherine durante il lockdown viene riferito da ben il 90% della popolazione dai 18 anni in su, ma solo dal 73% degli over 75, probabilmente a riprova del fatto che molti di essi sono usciti poco o per niente durante il lockdown. Tra gli intervistati a volte è subentrata anche la paura di contrarre il virus uscendo e quella di camminare di nuovo dopo mesi di quasi immobilità in casa, a indicare un peggioramento della capacità non solo fisica, ma anche "psicologica" di muoversi. Il peggioramento nella capacità di svolgere altre attività quotidiane, che di nuovo ha interessato principalmente Ancona e quasi per nulla Brescia (rispettivamente 13 e 2 persone), in qualche caso ha risentito della ridotta mobilità (che ha complicato attività come fare la spesa), ma in molti casi è dipeso dalle maggiori difficoltà nello svolgere da soli attività (come vestirsi, lavarsi, cucinare, pulire la casa, ecc.) se prima della pandemia ci si avvaleva di un aiuto non più disponibile a causa del confinamento. Come sottolinea anche Age Platform Europe (2020), le persone anziane che vivono da sole, e che non hanno sempre familiari o amici nelle vicinanze su cui fare affidamento e chiedere aiuto se necessario, durante la pandemia hanno corso un rischio maggiore di isolamento e difficoltà nell'accesso ai servizi essenziali. Altri autori (Monteduro, Nanetti, 2021) evidenziano che prima dell'epidemia da COVID-19, se una rete familiare e/o amicale soddisfaceva parte delle necessità degli anziani, il forzato distanziamento imposto dall'emergenza ha spesso rappresentato "motivo di affaticamento della vita anziana" nel continuare a svolgere le attività della vita quotidiana. In particolare, con le restrizioni imposte durante il lockdown, le persone anziane talvolta non sono state in grado o hanno avuto timore di andare a fare la spesa per acquistare cibo (con un conseguente rischio di malnutrizione). Il SAVE model proposto da Borenskie e colleghi (2020), per prevenire la progressione della fragilità e il declino della salute negli anziani durante la pandemia da COVID-19, evidenzia infatti l'importanza di assicurare loro una nutrizione adeguata e di stimolare, per quanto possibile, l'attività fisica.

A Brescia, i pochi casi di peggioramento delle limitazioni fisiche hanno riguardato anziani che nel 2019 presentavano fragilità lievi o moderate, e non elevate o molto elevate. Il dato, sebbene non scontato, si spiega piuttosto facilmente. Se consideriamo, ad esempio, il tema della mobilità, gli anziani con minori limitazioni fisiche erano quelli che nel 2019 uscivano di casa più spesso, anche se supportati da un ausilio. Le restrizioni ai movimenti imposte dal lockdown, ma anche il timore di uscire e contrarre il virus, hanno peggiorato le loro condizioni, privandoli di quell'esercizio fisico che permetteva loro di conservare le capacità di movimento residue. Mentre le lunghe file per fare la spesa o andare in farmacia hanno complicato il reperimento dei beni essenziali. Al contrario, le persone anziane con limitazioni fisiche elevate o molto elevate, uscendo poco o per nulla già prima della pandemia, non hanno riscontrato peggioramenti (Cerea, 2021a).

Ad Ancona, invece, i peggioramenti nelle limitazioni fisiche hanno interessato chi nel 2019 presentava fragilità elevate o molto elevate, quasi a dimostrare che la forzata inattività ha peggiorato una situazione già precaria, tanto che durante il lockdown l'immobilità ha causato problemi di sovrappeso in qualche soggetto, e questo ha contribuito a aggravarne la situazione di salute generale. Gli anziani meno fragili e con migliore deambulazione, forse hanno potuto mantenersi più attivi camminando in casa, attorno all'edificio e in giardino, quando a

disposizione. Alcuni autori (ad esempio, Banchemo, 2020) riferiscono infatti che la co-morbidità si associa spesso ad un declino della capacità funzionale e della mobilità.

4.2.2. Reti di cura

Come anticipato nel paragrafo 1.2., in Italia la cura degli anziani *in place* è gestita soprattutto dalle famiglie, che rappresentano il pilastro del sistema di assistenza, data la scarsa diffusione di servizi domiciliari, pubblici e privati, il diffuso supporto economico costituito dall'IdA e il prevalente supporto operativo dato delle badanti/colf, regolari e non. Su questo contesto non ottimale è andata a pesare la pandemia, con tutto ciò che ne è conseguito in termini di difficile gestione dei servizi di cura specie durante il lockdown, e di maggiore criticità di alcune lacune già esistenti, quali la frammentazione e regionalizzazione dell'intero sistema socio-sanitario (Berloto et al., 2020).

Lo studio IN-AGE, condotto nel 2019, ha confermato tale conformazione dei sistemi di cura degli anziani. Sia a livello nazionale, sia a livello regionale, è emerso il maggiore supporto della famiglia (e dei figli in particolare), sebbene in misura maggiore nelle Marche che in Lombardia (83% vs. 68% di casi in cui almeno un familiare aiuta l'anziano), mentre i servizi pubblici (SAD) supportavano gli anziani in misura simile e molto più ridotta in entrambe le regioni (28% vs. 30%) (Melchiorre et al., 2021). Con riguardo a Brescia e Ancona, nel 2019 il supporto dei servizi sociali e delle colf era usufruito da un numero sostanzialmente uguale di anziani in entrambe le città, mentre la presenza di familiari e amici/vicini nelle reti di cura era emersa soprattutto ad Ancona, e solo in questa città era stato riferito il supporto di badanti e del volontariato, sebbene in pochi casi. A fronte di ciò, durante il lockdown dell'anno successivo è emersa una maggiore tenuta complessiva delle reti di cura a Brescia (famiglia inclusa), specie dei servizi sociali comunali, e un maggiore coinvolgimento delle famiglie (che già erano presenti) e di qualche badante ad Ancona.

In particolare, a Brescia i servizi sociali comunali hanno risposto molto meglio all'emergenza rispetto a quanto accaduto ad Ancona, con peggioramenti riferiti solo da due dei 12 anziani che ne usufruivano. Non sembrano quindi aver subito particolari "sommovimenti". Il SAD, ad eccezione di qualche sporadica riduzione di frequenza, è continuato anche durante la prima ondata della pandemia, così come la consegna dei pasti a domicilio. Inoltre, il Servizio sociale del Comune di Brescia, proprio per far fronte all'emergenza, ha istituito un servizio al quale ci si poteva rivolgere per ottenere aiuti di carattere sporadico, come l'accompagnamento in farmacia o in banca, di cui qualcuno si è avvalso (Cerea, 2021a). Ad Ancona, invece, proprio i soggetti seguiti dai servizi comunali, e quindi con maggiori difficoltà, si sono dovuti arrangiare a seguito della temporanea chiusura del centro diurno comunale (frequentato da due anziani), e soprattutto della sospensione (riduzione in un solo caso) del SAD, fatto che ha causato molti problemi per ben otto dei nove anziani che ne usufruivano.

Va comunque precisato che, nel periodo emergenziale, il "Decreto Rilancio" (Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020, Altalex, 2021) ha previsto il rafforzamento dei servizi sociali con l'auspicio di una collaborazione fra i vari livelli di *governance*, per assicurare la continuità dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari anche in tempi di pandemia (Camera dei Deputati, 2020). E infatti sono stati finalmente definiti come servizi pubblici essenziali, che non possono essere interrotti/sospesi, quelli già previsti dalla Legge n. 328/2000, tra i quali il SAD e i centri di accoglienza residenziali/diurni (Santuari, 2020). Tuttavia, la Circolare n. 1 del 27 marzo 2020 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020) ha sottolineato la necessità di porre gli operatori sociali in condizioni di poter lavorare in sicurezza, nel rispetto del distanziamento interpersonale e con l'ausilio dei dispositivi di protezione individuale. Inoltre, ha raccomandato alle Regioni di assumere il coordinamento territoriale dell'emergenza, con l'emanazione di specifiche direttive. Sia le Marche, sia la Lombardia, all'avvio dell'emergenza COVID-19, hanno così adottato misure per la

gestione dei servizi sociali, specie in riferimento alle strutture residenziali per anziani, tuttavia con atteggiamenti un po' diversi rispetto al SAD, settore più sofferente per la prima Regione (Berloto et al., 2020).

La Regione Marche (2020a), agli inizi di aprile dello scorso anno, con Ordinanza del Presidente della Giunta, ha sospeso (come previsto dal "Decreto Cura Italia", n. 18/2020) l'attività dei centri semiresidenziali per anziani e per persone con problemi di salute mentale su tutto il territorio regionale, e *"incentivando ove possibile percorsi di domiciliarità e/o servizi di prossimità fino a revoca o fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni da parte dello Stato"*. Diversamente, il SAD non è stato sospeso ufficialmente da disposizioni normative, ma la necessità di supportare *in primis* i casi più gravi, e la mancanza/scarsità (soprattutto agli inizi della pandemia) dei dispositivi di protezione (mascherine, guanti, camici, disinfettanti) per gli operatori domiciliari, in aggiunta alla sospensione del servizio in caso di sintomi sospetti dell'utenza, ha di fatto generato la riduzione o sospensione di tale supporto per non pochi anziani anconetani (CronacheAncona.it, 2020). A fronte di ciò, come riferito dagli stessi intervistati, le assistenti sociali si sono mantenute in contatto con l'utenza e si sono attivate personalmente per sopperire alla carenza di servizi, cercando per quanto possibile di soddisfare eventuali bisogni urgenti, incluso il servizio di spesa e farmaci a domicilio. E infatti questo stabiliva anche una Circolare esplicativa regionale (Regione Marche, 2020b) dell'11 marzo 2020: *"I Comuni, tramite le Associazioni di volontariato e Protezione Civile presenti sul territorio, si faranno carico di fornire servizi a domicilio, per le persone anziane e fragili, per la distribuzione di medicine e l'acquisto di alimenti"*. Una successiva deliberazione della Regione Marche (2020c) del maggio 2020, ha disposto la riapertura graduale delle attività dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari, per persone disabili, per anziani e per persone affette da disturbi mentali, a partire dalla pubblicazione della stessa in data 18 maggio 2020 (così come previsto dal DPCM del 26 aprile 2020). Tuttavia, come raccontato dai due intervistati che frequentavano il Centro diurno ad Ancona, il servizio risultava ancora sospeso a fine luglio (data dell'intervista). E comunque la riapertura dei centri diurni era prevista non a pieno regime, ma con accessi cadenzati, e con una percentuale quotidiana iniziale di assistiti non oltre il 50% della capacità ricettiva delle strutture (Pesaresi, 2020a).

Contesto diverso e migliore in Lombardia. In questa regione, infatti, a seguito dell'emergenza COVID-19, si è scelto di destinare il 32% delle risorse aggiuntive (fondi sociali per l'emergenza) per l'attivazione di interventi e servizi sociali dedicati, tra i quali: servizi di ascolto/sostegno telefonico e informazione; supporti alle persone dimesse dagli ospedali; SAD e servizi di prossimità, in particolare per le situazioni di estrema fragilità (consegna spesa e farmaci a domicilio); acquisto di generi alimentari/di prima necessità e trasporto sociale per le persone in difficoltà economica; riorganizzazione in complesso dei servizi di assistenza domiciliare e delle attività a carattere diurno (Melzi, 2020). Altre fonti (Nanetti et al., 2020) confermano che la Regione Lombardia, già nel mese di marzo 2020, aveva adottato diversi provvedimenti per far fronte all'emergenza sanitaria. In particolare, per sostenere gli anziani a casa loro, specie i fragili con patologie croniche, senza reti di supporto e impossibilitate a uscire di casa, il servizio di pasti a domicilio è stato potenziato, e sono stati previsti buoni spesa per beni di prima necessità (alimenti, igiene personale e della casa) e un servizio *ad hoc* "pronto farmacia". Tutto questo grazie anche all'attivazione e alla collaborazione di Caritas, Auser, Protezione Civile, parrocchie, farmacie, medici di base, commercianti, funzionari e operatori comunali dei servizi sociali. Sempre in Lombardia (più precisamente a Bergamo) sono state attivate anche le Unità territoriali per la gestione dell'emergenza sociale (UTES), *"realtà sovra comunali a supporto dei servizi sociali comunali nella gestione dell'attuale situazione di emergenza, che offrono sostegni concreti ai Comuni, soprattutto in riferimento al flusso consistente di pazienti dimessi dagli ospedali e ai servizi domiciliari"* (Melzi, 2020: 43). Lo scopo è quello di offrire supporto a quanti hanno bisogno di assistenza a domicilio o presso servizi del territorio, con particolare riguardo

ai malati COVID-19 dimessi dagli ospedali e con necessità di sostegno domiciliare sociale per sé e la propria famiglia, soprattutto in situazioni di estrema fragilità, come nel caso degli anziani.

Ad Ancona, anche il supporto delle colf è venuto meno più spesso che a Brescia (sette casi su 12 contro quattro su 10), sebbene la differenza fra le due città sia stata molto meno pronunciata rispetto a quanto emerso in relazione ai servizi sociali comunali. Durante il lockdown, infatti, questi servizi privati hanno subito due spinte per certi versi opposte in entrambe le città. Da un lato, l'anziano o la famiglia hanno interrotto i rapporti con una persona a pagamento, o ne hanno ridotto la frequenza, a scopo precauzionale per limitare le occasioni di contagio, ma con problemi nel continuare a svolgere da soli le attività quotidiane. Probabilmente, ciò non è successo (specie a Brescia) nel caso dei supporti pubblici per il timore di perdere un servizio, ottenuto magari con fatica, che una volta interrotto per volontà dell'utente difficilmente sarebbe stato concesso di nuovo, e che a causa delle condizioni economiche dell'anziano non avrebbe potuto essere sostituito con un aiuto a pagamento, se non sporadico e di bassissima qualità. Dall'altro lato, sono state le colf a interrompere o ridurre la frequenza del rapporto con l'anziano, sempre per precauzione, oppure, come a Brescia, in quanto si sono trovate di fronte ad un aumento della domanda di cura full-time dovuta alla pandemia, indice che una parte delle famiglie non le ha percepite come fonti di contagio, ma probabilmente come una soluzione per scongiurarlo (ad esempio, rendendo queste persone l'unico filtro fra l'anziano e il mondo esterno). Secondo dati DOMINA (2020), a livello nazionale il saldo assunzioni-licenziamenti dei collaboratori familiari/colf regolari tra febbraio e giugno era di +5.632 unità nel 2019 e di +9.722 nel 2020, con una crescita del 73%. A livello regionale il saldo 2020 è risultato invece negativo in Lombardia (-404), ma positivo nelle Marche (+391). Ad Ancona, tuttavia, i risultati del follow-up evidenziano un aumento delle badanti, con l'arrivo di due nuove figure (conviventi), per un totale di quattro (3 conviventi e una a ore). Da considerare che nel contesto nazionale emergono a riguardo situazioni variegata, simili a quelle espresse sopra per le colf. In alcuni casi le assistenti conviventi sono state mantenute e hanno persino lavorato di più (Melchiorre et al., 2020; Galeotti, 2020), mentre in altre la necessità d'isolamento sociale ha portato alcune famiglie a licenziarle (se regolari) o a "mandarle via" (se assunte in nero), oppure ha indotto le stesse ad interrompere di propria volontà il rapporto di lavoro. In particolare, da uno studio sui caregiver in tempo di COVID, emerge che il 27% dei rapporti di lavoro con una badante è stato interrotto a causa della pandemia, mentre nell'11% dei casi si è avuta solo una riduzione dell'orario (Pasquinelli, Assirelli, 2020). Purtroppo, per la tipologia di mansioni svolte, che implica vicinanza e contatto piuttosto che distanziamento sociale, i lavoratori domestici (colf e badanti) possono essere fonte di contagio per gli anziani di cui si occupano, e al tempo stesso essere soggetti a rischio di contagio. Un tale contesto aumenta la paura di contrarre il virus e ha indotto sia i lavoratori, sia le famiglie, a richiedere la riduzione (come numero di ore), se non la totale sospensione, della prestazione lavorativa (ILO, 2020). A riguardo, tuttavia, dati DOMINA (2020), a livello nazionale, evidenziano una crescita del personale regolare dedicato all'assistenza (con assunzione di nuovo personale o regolarizzazione di quello esistente, altrimenti senza possibilità di recarsi al lavoro), con un saldo assunzioni-licenziamenti di badanti pari a +4.386 unità nel periodo febbraio-giugno 2019 e +8.622 nello stesso periodo del 2020, per una crescita del 97%. A livello regionale, tuttavia, lo stesso saldo nel 2020 evidenzia un contesto simile per la Lombardia (+415) e per le Marche (+401). Da non dimenticare, comunque, che la sanatoria dell'estate 2020 ha permesso la regolarizzazione di 176.848 lavoratori domestici (colf e badanti), sebbene non poche delle relative richieste sembrano "fittizie", in quanto il 66% delle stesse riguardano paesi da dove provengono solo l'11% dei lavoratori stranieri solitamente impiegati dalle famiglie italiane (Castegnaro, Pasquinelli, 2021).

Ad Ancona, in due casi è venuto meno anche il supporto di amici o vicini (mentre a Brescia, sebbene poco utilizzato, è solo migliorato) e in altri due casi quello del volontariato (un aiuto di

cui gli anziani di Brescia non si sono avvalsi né nel 2019, né l'anno successivo), con sospensione/interruzione dei relativi servizi durante il lockdown, in particolare quello di accompagnamento/trasporto per visite mediche. Da un'indagine del maggio 2021 realizzata dal Centro di Servizio di Volontariato nazionale (CSVnet) e da quello lombardo (CSV Lombardia), emerge che il 70% delle organizzazioni di volontariato locali hanno continuato a dare il loro supporto (ad esempio, consegna pasti/farmaci a domicilio, assistenza domiciliare di prossimità, telefonate di compagnia) anche durante il lockdown (Radin, 2021). In particolare, cinque regioni, tra le quali le Marche (oltre a Lazio, Puglia, Emilia-Romagna e Veneto), hanno prodotto precise linee guida a riguardo. La Lombardia ha emanato diversi documenti sull'argomento, ma soprattutto in forma di schede contenenti indicazioni sulle misure e sui dispositivi di protezione che gli operatori del soccorso sanitario e sociali dovevano adottare durante il confinamento, specie se effettuavano servizi di consegna a domicilio.

Se da un lato, durante il lockdown, ad Ancona più che a Brescia è peggiorato il supporto dei servizi sociali comunali, delle colf e degli amici o vicini, dall'altro, più che nella città lombarda, si sono registrati casi di miglioramento nell'ambito del supporto familiare (otto contro tre). Il ruolo dei familiari (già presenti nella rete di cura l'anno prima) si è così accentuato nella città d'origine, probabilmente per sostituire in tutto o in parte gli altri supporti meno presenti a seguito della pandemia, soprattutto attraverso la consegna di spesa e farmaci a domicilio. Un tale contesto generale viene sottolineato anche da Age Platform Europe (2020), che evidenzia come in complesso, quando si ha la chiusura temporanea dei centri di assistenza diurna, la sospensione/ridotta disponibilità di altri servizi, ad esempio domiciliari, in aggiunta (in qualche caso) al venir meno di assistenti private a pagamento, si crea un *burden* aggiuntivo per i caregiver informali/familiari, che hanno necessità di fornire assistenza ai propri anziani. Se dunque per l'anziano si è trattato di un miglioramento, per la sua famiglia potrebbe essersi trattato, invece, di un aumento non indifferente, e comunque inaspettato, del lavoro di cura. Ciò è accaduto in misura minore a Brescia, dove i familiari hanno dovuto incrementare l'assistenza all'anziano in soli tre casi. Da evidenziare che secondo l'ISTAT (2020c)¹⁴, durante il lockdown a livello nazionale il 24% circa della popolazione di 18 anni e più ha ricevuto visite da persone che hanno portato loro spesa, farmaci, o sono andate a trovarle per fare loro compagnia. Tuttavia, si sale al 32% nella fascia d'età 65-74 anni, e al 60% tra gli over 75. Le visite sono state ricevute da familiari/parenti nel 60% dei casi, ma si arriva a quasi al 79% tra gli over 75. Questo maggiore coinvolgimento della famiglia nelle Marche rispetto alla Lombardia, sin dal periodo pre-pandemia, è in qualche misura anche evidenziato dall'ISTAT (2017b), che rileva la presenza di caregiver di 15+ anni che forniscono assistenza in prevalenza a familiari. Le relative percentuali non differiscono molto tra le due regioni quanto a diffusione di queste figure (12,5% in Lombardia e 13,4% nelle Marche), quanto piuttosto per l'intensità dell'aiuto fornito, con meno di 10 ore a settimana soprattutto nella regione del Nord (59% contro 41%) e, diversamente, con oltre 20 ore settimanali specie nella regione del Centro (30% contro 20%).

4.2.3. Accesso ai servizi sanitari

La pandemia, e la conseguente esigenza di mantenere il distanziamento sociale, ma anche di non frequentare e usufruire di una parte degli ambienti e delle prestazioni ospedaliere, ha fortemente inciso sulla possibilità di accedere alle prestazioni sanitarie (del MMG, di medici specialisti e a quelle altri servizi), talvolta anche nel caso di situazioni di una certa urgenza. In relazione a questa tematica, sono emerse differenze, ma anche similitudini, tra le due città considerate.

¹⁴ In questo report l'ISTAT non diffonde dati regionali, ma solo per zone/aree, e inserisce sia Lombardia, sia le Marche nella zona rossa/area 1.

Ad Ancona sono stati riferiti ben 20 casi di peggioramento contro gli 11 di Brescia. In entrambe le città, il mancato accesso alle prestazioni/visite di controllo specialistiche (che ha interessato 9 casi ad Ancona e 6 a Brescia) non è dipeso solo dalla mancata erogazione del servizio, ma anche dalla rinuncia da parte dell'anziano motivata dalla paura di contrarre il Coronavirus. Da considerare comunque che per diversi anziani non è cambiato nulla nel rapporto coi medici specialisti (13/20 a Brescia e 12/21 ad Ancona). Un numero non sorprendente se si considera che non tutti gli anziani hanno relazioni con medici specialisti e che spesso tali relazioni sono annuali o ancora più sporadiche (perché legate a problematiche contingenti).

La situazione in complesso decisamente migliore di Brescia rispetto ad Ancona, quanto all'accesso ai servizi sanitari, sembra far emergere quindi una paura più diffusa fra gli anziani di Ancona di contrarre il virus, ma rispecchia anche in qualche modo la differenza pre-pandemia tra i sistemi sanitari della Lombardia e delle Marche, sebbene non si possa sostenere una minore capacità del sistema sanitario marchigiano di far fronte agli effetti indiretti della pandemia, e sebbene in seguito lo stesso sistema sanitario lombardo sia stato messo a dura prova durante il lockdown, per i motivi già esposti e relativi alla carente assistenza territoriale, con pesanti conseguenze in riferimento al supporto da fornire ai malati COVID-19, specie anziani (Arlotti, Marzulli, 2021). Secondo dati del 32° Rapporto Italia EURISPES (EURISPES, 2020), la spesa sanitaria pubblica è infatti maggiore al Nord, con i valori più alti in Valle d'Aosta, nelle due Province autonome di Trento e di Bolzano, e in Lombardia, regioni dove sistemi sanitari tra i migliori nel nostro Paese consentono di offrire prestazioni di elevato livello. Anche la spesa sociale pro-capite dei comuni destinata agli anziani di 65 anni e più nel 2017 (per assistenza residenziale e domiciliare) è maggiore al Nord, con 171 euro nel Nordest, 86 nel Nordovest, e solo 93 al Centro (95 per l'Italia). Contesto che si riflette negli 82 euro spesi in Lombardia contro i 46 spesi nelle Marche (ISTAT, 2020d).

Da sottolineare che, a seguito dell'emergenza sanitaria e della riconversione di alcuni reparti ospedalieri in reparti COVID-19, le Regioni hanno dovuto temporaneamente limitare l'offerta ordinaria, sospendere le attività ambulatoriali, rinviare gli interventi chirurgici già programmati, ma in qualche misura rimandabili, e "scoraggiare" le richieste non urgenti, aiutate in questo anche dalla paura di contrarre il virus, che ha spinto molti anziani a rinunciare di propria volontà. Una tale riorganizzazione dell'assistenza, sebbene necessaria, ha comunque causato ritardi diagnostici e nelle terapie, con un pesante impatto sulla salute dei cittadini più anziani (ISTAT, 2020e). In complesso, tra quanti hanno rinunciato nel 2020 a prestazioni sanitarie nel nostro Paese (10% contro il 6% nel 2019), oltre il 50% riferisce motivazioni legate alla pandemia, con un allungamento delle liste d'attesa e conseguenze dannose per la salute pubblica non ancora calcolate. Nel 2019 le rinunce erano motivate soprattutto da ragioni economiche ed eccessiva attesa una visita o un controllo (ISTAT, 2021b). La fascia d'età maggiormente interessata è quella degli over 75, dei quali il 15% circa riferisce di aver dovuto rinunciare ad almeno una prestazione sanitaria di cui aveva bisogno. A livello regionale, sia in Lombardia, sia nelle Marche, nel 2020 il 10% della popolazione ha dovuto rinunciare a visite o accertamenti per ragioni legate a difficoltà di accesso, amplificate dall'emergenza pandemica (ISTAT, 2021b: 239). Tra le principali criticità patite dai cittadini durante l'emergenza da COVID-19, Cittadinanzattiva (2020) sottolinea in particolare il problema delle mancate diagnosi di tumori e della discontinuità delle cure per i pazienti cronici, con cancellazioni *sine die*, senza sapere quindi quando poter prenotare di nuovo.

Un peggioramento nell'accesso alle prestazioni del MMG (segnalato in quattro casi in entrambe le città) viene imputato alla difficoltà di contattarlo, ma soprattutto alla sospensione delle visite in studio e domiciliari (mantenute solo per specifiche problematiche e determinate patologie), sempre a seguito delle precauzioni adottate durante la prima fase del contagio, quando i dispositivi di protezione mancavano anche per i professionisti sanitari (Mandrola, 2020). Ulteriori necessità subentrano a seguito della sospensione delle visite, quali doversi recare in una farmacia che non era la propria per recuperare le prescrizioni o dover dipendere dai figli per

ottenere ricette e farmaci, in alcuni casi hanno generato un senso di abbandono da parte del medico e di dipendenza dai propri figli (Cerea, 2021a). Cittadinanzattiva (2020) evidenzia che la scelta fatta da alcuni MMG di non fare visite a domicilio durante il lockdown, per mancanza di protezioni, ha pesato maggiormente sui pazienti anziani e cronici, con un aumento del senso di *neglect*.

Una diversa modalità di accesso alle prestazioni del MMG è stata segnalata da ben 12 persone ad Ancona, ma solo da tre a Brescia, mentre nessun cambiamento è stato riferito da ben 13 anziani a Brescia contro cinque ad Ancona. Un numero elevato, specie nella città lombarda, in considerazione delle precauzioni che i medici di base hanno diffusamente adottato durante la prima fase della pandemia, a maggior ragione dove quest'ultima si è manifestata con maggior virulenza (visite a domicilio solo per determinate patologie, visite solo su appuntamento e solo per specifiche problematiche, prescrizioni da richiedere a distanza e inviate alle farmacie o al paziente via e-mail, ecc.). Contesto probabilmente imputabile al fatto che in diversi casi il rapporto col MMG era mediato da un familiare o da un servizio (pubblico o privato) già prima della pandemia (tipico il caso di un familiare che si reca dal medico per le prescrizioni dell'anziano).

Inoltre, durante la prima intervista diverse persone anziane avevano segnalato la scarsa o nulla disponibilità del MMG a recarsi al loro domicilio (Cerea, 2021b). Va detto che nel SSN italiano, il MMG è una figura fondamentale per l'accesso alle cure primarie della popolazione, e l'emergenza pandemica l'ha pesantemente coinvolto nella gestione dell'infezione (Genova et al., 2021). Contesto che ha avuto ripercussioni in qualche caso anche sulla ridotta possibilità di seguire adeguatamente i propri assistiti non-COVID. In mancanza di una struttura sanitaria intermedia territoriale per gestire la pandemia, con funzioni di filtro per l'ospedale, i MMG sono di fatto rimasti abbastanza soli "in prima linea", con grossi problemi nell'affrontare le situazioni di "sovraccarico" di pazienti da seguire, COVID e non-COVID (Melzi, 2020).

4.3. Reti sociali e strumenti di comunicazione, senso di solitudine e paure

4.3.1. Reti sociali e strumenti di comunicazione

Come emerso nel paragrafo 3.5., il confronto fra Brescia e Ancona in relazione ai cambiamenti intervenuti nei rapporti degli anziani con i loro familiari e con amici e vicini durante la prima ondata della pandemia, mostra una situazione piuttosto diversa. Nella città lombarda, l'unico cambiamento rilevante è stata la diffusa interruzione o riduzione dei contatti face-to-face con i familiari (soprattutto, quelli marginali o per nulla presenti nella rete di cura, come fratelli, sorelle o nipoti) o con amici o vicini. I minori contatti di persona, tuttavia, non si sono accompagnati a maggiori contatti telefonici. Nella città marchigiana, invece, non solo sono aumentati i contatti telefonici con i familiari o con amici o vicini, ma anche quelli face-to-face, principalmente con i familiari.

A Brescia, la diffusa sospensione o riduzione dei contatti face-to-face con gli altri non sorprende, non solo alla luce delle restrizioni imposte dal lockdown agli spostamenti e ai contatti interpersonali, ma anche tenuto conto della diffusa presenza di reti familiari che, come emerso dalla survey del 2019 (Arlotti, Cerea, 2021; Cerea, 2021b), erano collocate prevalentemente fuori città, sia in termini di ampiezza, sia in termini di intensità (ovvero di percentuale sulla rete familiare complessiva). Questo fatto, con tutta probabilità, ha reso ancor più difficile mantenere contatti in presenza con i propri familiari, a causa dell'impossibilità di potersi muovere fra comuni diversi. Inoltre, nella città lombarda questi fattori si sono combinati con l'elevata diffusione del contagio e dei decessi (descritta nel paragrafo 1.3.), che ha quasi sicuramente favorito un clima di paura tale da scoraggiare contatti face-to-face percepite come non strettamente necessarie per le necessità della vita quotidiana (ad esempio, quelle con i vicini). La mancata "compensazione" dei contatti di persona con contatti telefonici trova due spiegazioni.

Se i contatti telefonici con i familiari, dove presenti, non sono aumentati, è perché la loro frequenza era di solito già giornaliera prima della pandemia. Allo stesso modo, chi ha interrotto o diminuito i contatti face-to-face con gli amici li sentiva al telefono con una certa frequenza anche prima dell'emergenza, mentre chi ha interrotto o diminuito i contatti di persona con i vicini non li ha sostituiti con contatti telefonici per mancanza d'abitudine (Cerea, 2021a).

Ad Ancona, il diffuso aumento dei contatti telefonici con i familiari o con amici o vicini, che non sorprende in un contesto di emergenza e di lockdown, probabilmente si è accompagnato a un aumento dei contatti face-to-face con la famiglia per due principali motivi. Da un lato, come visto (cfr. i paragrafi 3.3. e 4.2.), nella città marchigiana il ruolo dei familiari nella rete di cura è diffusamente aumentato durante la prima ondata della pandemia, e questo deve aver accresciuto i contatti di persona fra gli anziani e i loro familiari. Dall'altro, i contatti face-to-face sono stati facilitati dalla forte prossimità che caratterizza le reti familiari degli anziani di Ancona. Come emerso dalla survey del 2019, infatti, queste reti, pur caratterizzandosi per la loro ristrettezza, erano prevalentemente collocate all'interno della città (Arlotti, Cerea, 2021; Cerea, 2021b). Ad Ancona, inoltre, talvolta si riferiscono rapporti telefonici più intensi e sereni durante il lockdown, probabilmente perché con l'emergenza sanitaria è prevalsa la preoccupazione per la salute di tutta la famiglia, a discapito di eventuali dissapori passati, considerati di minore rilievo. Anche la modalità di lavoro in smartworking dei figli ha agevolato maggiori contatti con i genitori anziani.

Nel corso del lockdown, l'utilizzo e l'utilità percepita degli strumenti di comunicazione (cellulare, Smartphone, PC/Tablet) da parte delle persone anziane rispecchia quanto emerso in relazione ai cambiamenti nei rapporti con gli altri (familiari, amici e vicini): a Brescia prevalgono nettamente gli anziani che li hanno trovati poco o per nulla utili (quelli per i quali la frequenza e/o la modalità con cui questi strumenti sono stati utilizzati non è cambiata, oppure lo è stata, ma non in misura sostanziale), mentre ad Ancona prevalgono le persone che li hanno ritenuti utili, ma questo ha riguardato in particolare quanti hanno figli fuori Regione/all'estero, per la possibilità di mantenere i contatti anche tramite messaggi vocali di WhatsApp, o chi ha utilizzato Internet per sentirsi meno solo durante il lockdown.

La tecnologia comunque ha davvero trasformato, e continua a farlo, i vari ambiti della vita quotidiana, offrendo nuove opportunità comunicative e relazionali, specie durante la pandemia. Quasi a creare una sorta di "reti (di cura) nella rete (internet)" (ISTAT, 2018). Boreskie e colleghi (2020) evidenziano, in particolare per gli anziani, i benefici della socializzazione e dell'interazione attivate durante la pandemia tramite la tecnologia comunicativa, al limite per quegli anziani che hanno (e sanno usare) maggiori strumentazioni. Alcuni autori (Rolandi et al., 2020) evidenziano infatti come anziani (di età pari o superiore a 80 anni), che avevano partecipato in Lombardia ad un breve corso sull'uso dei social networks (rispetto ai non partecipanti), ne hanno riferito un utilizzo significativamente più elevato durante il lockdown, con mantenimento di contatti e relazioni sociali e minore sensazione di essere escluso. Questi risultati supportano l'utilità della formazione degli anziani in tale ambito, per aumentarne l'inclusione sociale, anche in condizioni estreme di isolamento come quelle imposte dalla pandemia, con benefici che durano nel tempo.

4.3.2. Senso di solitudine

Come emerso nel paragrafo 3.7., il confronto fra Brescia e Ancona rispetto ai cambiamenti che hanno interessato il senso di solitudine delle persone anziane nel corso della prima fase della pandemia, fa emergere la differenza forse più pronunciata e controintuitiva fra le due città. Nella città lombarda, la diffusa riduzione dei contatti face-to-face con familiari, amici o vicini (descritta nel paragrafo 3.5.), per di più non compensata da maggiori contatti telefonici, non ha avuto effetti sul senso di solitudine degli anziani, rimasto invariato nel tempo per la quasi totalità di loro. Ad Ancona, al contrario, il diffuso aumento dei contatti con gli altri (sia telefonici, sia di

persona), e il diffuso miglioramento del ruolo ricoperto dai familiari nelle reti di cura, non hanno impedito che il senso di solitudine peggiorasse in oltre la metà dei casi.

A Brescia, le persone anziane che nel 2019 avevano manifestato una *loneliness* lieve o moderata, sembravano trovare unicamente in loro stesse, nel loro passato e nei loro interessi, un riparo dal senso di solitudine, mentre nessuna di loro aveva attribuito il basso livello di *loneliness* alla presenza di una rete familiare o sociale, o alla pratica di attività sociali. Dunque, è probabile che queste persone (10 su 18) abbiano fatto leva sulle stesse risorse per arginare il senso di solitudine durante l'emergenza. E in effetti, è quanto dichiarato da diverse di loro nel corso della seconda intervista. Le persone anziane che nel 2019 avevano manifestato una solitudine elevata o molto elevata (otto su 18), pur attribuendola principalmente a carenze relazionali, probabilmente non hanno percepito la riduzione dei contatti (quando è avvenuta, ovvero in soli tre casi) come significativa. E in effetti, qualcuno ha dichiarato di sentirsi in una situazione di lockdown già da prima dell'emergenza, rivelando uno stato di profonda solitudine ormai incancrenitosi (Arlotti, Cerea, 2021; Cerea, 2021b).

Ad Ancona la pandemia ha peggiorato in gran parte il senso di solitudine degli intervistati, specie di chi ha sofferto la mancanza di "chiacchiere" di persona e di chi riferisce rapporti compromessi con i propri familiari. Tuttavia, per quei soggetti che già pativano una solitudine intensa e con effetti psico-fisici quali insonnia e depressione (solitudine elevata/molto elevata), sembra quasi che l'abitudine alla sofferenza non abbia permesso neanche ad una tragedia quale la pandemia da COVID-19 di aggiungere gravità. Come se oltre un certo livello la solitudine sia talmente forte da rendere quasi "immuni" verso ulteriori peggioramenti.

Da considerare che le persone anziane sono in complesso maggiormente esposte al rischio di isolamento sociale e solitudine (a seguito della maggiore probabilità di dover affrontare situazioni quali il vivere da soli, la perdita di familiari e amici, malattie croniche, ridotta mobilità e minor reddito), aspetti questi messi a dura prova durante il lockdown imposto dalla pandemia da COVID-19, con serie conseguenze per la salute, specie mentale (UNECE, 2021). Tuttavia, riguardo alla vulnerabilità degli anziani in situazioni emergenziali (Sattari, Billore, 2020), alcuni autori sostengono che, se da un lato, soprattutto gli anziani con peggiori condizioni di salute corrano un maggiore rischio per la propria salute psicologica (Fields, 1996; Kwan, Walsh, 2017), dall'altro una maggiore esperienza di vita vissuta, e la necessità di fronteggiare precedenti eventi stressanti, possano agire da fattore protettivo (Knight et al., 2000). In tempo di pandemia, accanto ad iniziali sentimenti di paura e ansia, sembra così emergere un graduale adattamento alla nuova situazione (Sattari, Billore, 2020), e quindi sebbene la vecchiaia possa correlarsi ad alcuni fattori di rischio, può anche essere una risorsa in più di fronte alle emergenze (Eysenck, 1983).

4.3.3. Paure legate al Coronavirus

Come emerso nel paragrafo 3.8., il confronto fra Brescia e Ancona sulle paure provate dagli anziani in relazione al Coronavirus fa emergere somiglianze, ma anche differenze, fra le due città. In primo luogo, all'incirca lo stesso numero di persone ha espresso almeno un timore. Ciò, nonostante Brescia sia stata colpita dalla pandemia in misura nettamente superiore ad Ancona sia in termini di contagi, sia in termini di decessi (come descritto nel paragrafo 1.3.), a riprova che l'effetto psicologico dell'emergenza non è andato di pari passo con i suoi effetti diretti, essendo mediato da altri fattori (ad esempio, la rappresentazione che ne hanno dato i media).

Se poi si considerano le paure prese singolarmente, anche in questo caso non emergono particolari differenze fra le due città, soprattutto in relazione a tre paure: quella di contrarre il virus, quella di morire o quella che lo prendano i propri familiari. Fa eccezione la paura di non ricevere un'assistenza adeguata in caso si contragga il COVID-19, espressa da sei anziani ad Ancona e da nessun anziano a Brescia. Un risultato che di primo acchito sorprende, in considerazione delle debolezze strutturali del sistema sanitario lombardo in materia di cure di

livello territoriale, emerse nel corso della prima fase dell'emergenza (e già descritte nel paragrafo 4.1.), ma che può essere spiegato dalle elevate performance della sanità lombarda (cfr. di nuovo il paragrafo 4.1.), che nella rappresentazione collettiva è ritenuta una delle migliori d'Italia proprio per le sue eccellenze in ambito ospedaliero.

In ogni caso, sempre osservando le singole paure, in entrambe le città la maggioranza degli anziani non le percepiva. Il numero di persone che non hanno espresso alcuna paura è tutt'altro che irrilevante, se si considera che è sulla popolazione anziana e fragile che il virus ha maggiormente inciso in termini di sintomaticità e soprattutto di mortalità, e se si pensa che Brescia è stata una delle città italiane maggiormente colpite dalla pandemia. È tuttavia possibile che il periodo in cui sono state svolte le interviste, ovvero dalla seconda metà di luglio a settembre, quando la prima ondata della pandemia e il lockdown erano terminati ormai da tempo e molte attività economiche erano riaperte o in corso di riapertura, abbia contribuito a "far rientrare" i possibili timori. Da sottolineare che ad Ancona non esprimono particolari preoccupazioni gli anziani già abituati a stare sempre in casa, e che quindi non hanno vissuto in sostanza profondi cambiamenti dovuti al confinamento, e anche chi si ritiene ormai "anziano", come se l'età avanzata potesse esonerare dall'aver aspettative e ulteriori patemi. Interessante notare, a riguardo, che un recente studio sugli effetti del COVID-19 sulla salute mentale della popolazione italiana (Delmastro, Zamariola, 2020), rileva punteggi più alti di sintomi depressivi nei giovani adulti piuttosto che negli anziani.

5. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

5.1. Cosa è successo

La riduzione e/o perdita dell'autonomia nello svolgimento delle principali attività della vita quotidiana rappresentano una delle maggiori sfide per un sistema socio-sanitario che abbia lo scopo di soddisfare necessità e bisogni crescenti degli anziani più fragili (ISTAT, 2020e). A riguardo, l'emergenza sanitaria da COVID-19 ha evidenziato i rischi derivanti dalle diverse strategie regionali e dalle conseguenti disuguaglianze assistenziali (Vicarelli, 2021). Circostanza che, di fatto, ha inciso pesantemente sul maggiore e più drammatico impatto della pandemia in Lombardia rispetto alle Marche, in termini di perdita di vite umane tra gli anziani. L'Italia ha avuto in complesso livelli di mortalità talmente elevati da far supporre la presenza di un sistema sanitario inadeguato ad affrontare una simile pandemia. Diversamente, le varie graduatorie mondiali sull'efficacia dei sistemi sanitari collocano il nostro SSN ai primi posti (Pesaresi, 2020b). Il fatto è che, di fronte all'emergenza sanitaria da COVID-19, senza un adeguato appoggio assistenziale nel territorio, anche (e soprattutto) regioni come la Lombardia, caratterizzata da un'efficiente rete ospedaliera, non sono riuscite a gestire il peso dei tanti contagiati dal virus (Arlotti, Ranci, 2020a). L'emergenza sanitaria conseguente alla diffusione del Coronavirus ha messo in luce, infatti, diverse criticità del nostro SSN. In particolare, le politiche restrittive adottate nel corso degli anni lo hanno reso inadeguato ad affrontare un incremento e un tipo di domanda come quello dovuto alla pandemia. Specie l'assistenza territoriale (servizi di base, quali prestazioni medico-diagnostiche a domicilio/in struttura, il cui fulcro è il MMG) non è riuscita a fronteggiare l'emergenza e i casi di COVID-19 sono stati curati negli ospedali (almeno in un primo momento), i quali erano a loro volta impreparati a seguito del costante calo delle risorse economiche e umane dedicate negli ultimi decenni alla spesa sanitaria. Basti pensare che, in base a stime dell'OCSE, nel 2018 la spesa sanitaria pro capite in Germania era doppia di quella italiana, e in Francia era superiore del 60% (ISTAT, 2020e). Comunque, in vari paesi europei le indicazioni fornite per la gestione dell'assistenza durante l'emergenza ne hanno evidenziato le debolezze strutturali, e anche le disparità territoriali nell'accesso (European Commission, 2021). E, in generale, un po' in tutta Europa molti pazienti non COVID-19 hanno avuto difficoltà

nell'accesso alle cure necessarie durante il picco della pandemia nella primavera del 2020, con conseguente compromissione della continuità assistenziale. Si sono infatti avuti casi di interruzioni di terapie, rinvio di interventi chirurgici, diagnosi ritardate, minor numero di visite e utilizzo dei servizi ambulatoriali, con ripercussioni per i pazienti sia acuti, sia cronici (OECD-European Union, 2020). Le persone anziane con disabilità e condizioni croniche hanno incontrato i maggiori problemi e sono diventate più emarginate e vulnerabili, con un effetto di ulteriore isolamento (United Nations, 2020).

Nell'ambito delle due regioni citate, Ancona e Brescia rappresentano due contesti urbani di media grandezza colpiti in misura molto diversa dalla pandemia da COVID-19, con toni più drammatici per la seconda città in termini di perdita di vite umane tra gli anziani, tanto che qui era ragionevole attendersi un peggiore impatto anche del conseguente lockdown. Un'ipotesi che però ha trovato parziale riscontro nei risultati dell'indagine di follow-up, i quali non evidenziano un contesto peggiore a Brescia rispetto ad Ancona, quanto piuttosto una maggiore tenuta delle reti di cura nella prima, specie dei servizi pubblici domiciliari, i quali hanno così svolto una funzione protettiva per gli utenti intervistati nel nostro studio, mentre ad Ancona hanno aumentato il loro supporto familiari già di sostegno prima della pandemia. Nella città dorica anche i servizi a pagamento hanno risentito un po' di più dell'emergenza sanitaria, interrotti o ridotti dall'anziano o dalla famiglia per limitare le occasioni di contagio, e sono stati riferiti maggiori casi di peggioramento nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sebbene in entrambe le città il rapporto con il MMG si sia fatto ugualmente più sporadico e difficoltoso, e spesso sono "saltate" visite specialistiche, sospese dal servizio sanitario o dagli stessi anziani, per contenere la diffusione del virus nel primo caso, e per paura di ammalarsi nel secondo. In riferimento alle relazioni familiari/amicali, a Brescia i minori contatti di persona non sono stati compensati da maggiori contatti telefonici, mentre ad Ancona sono aumentati entrambe le tipologie. Ciononostante, la solitudine sembra aver impattato soprattutto nella seconda città, mentre la paura della pandemia le ha interessate in misura sostanzialmente simile.

5.2. Cosa fare?

In entrambe le città del nostro studio la pandemia ha evidenziato con forza la vulnerabilità e il disagio degli anziani fragili (oltre che quella di altre categorie) e l'importanza dei "servizi essenziali". Gli stessi assistenti sociali e operatori dei servizi domiciliari sono diventati "essenziali", da sostenere e valorizzare (Cellini, 2021), in aggiunta ad altre figure quali addetti alle pulizie, lavoratori dei trasporti e autisti delle consegne (Fine, Tronto, 2020)". È così emersa l'importanza della continuità del supporto agli anziani, specie quelli che vivono da soli (United Nations, 2020), anche per contrastarne il rischio di maggiore esposizione a fenomeni di abbandono e trascuratezza (United Nations, 2021).

La pandemia ha anche reso più evidente e fondamentale il contributo dei caregiver informali/familiari, con l'esigenza di misurarne e riconoscerne meglio la portata (Editoriale, 2021). Per molti anziani, infatti, i membri della famiglia, soprattutto ad Ancona, sono stati i principali riferimenti, e per tale motivo andrebbero supportati nella cura dei propri cari (United Nations, 2020). *"l'Italia che aiuta chiede servizi"*, perché le famiglie, prima ancora che aiuti monetari, hanno bisogno di supporto domiciliare, per soddisfare esigenze sanitarie, riabilitative, e relative a tutte le attività della vita quotidiana (Pasquinelli, Pozzoli, 2020). Come suggerito da Gori e colleghi (2021), occorrono in sintesi servizi domiciliari ricomposti in una risposta unitaria (di ASL, Comuni e INPS), nell'ottica di un care multidimensionale, peraltro ampliando il ventaglio degli interventi socio-sanitari disponibili, e senza perdere di vista il sostegno ai caregiver familiari.

Ma quanto appena descritto necessita di un potenziamento del sistema di protezione sociale tramite il rafforzamento del welfare pubblico territoriale, nel cui ambito i servizi domiciliari

rappresentano una parte importante (NNA, 2020). Occorre una governance attiva dell'ente pubblico nella rete dei servizi sul territorio (Melzi, 2020). “L'Assistenza territoriale comprende l'insieme di attività e prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione; attività sociali e continuità assistenziale dove i cittadini possono incontrare una offerta di servizi più prossimi e accessibili” (Cittadinanzattiva, 2020: 19). Include quindi assistenza primaria/di base, domiciliare e residenziale. Il passaggio da un contesto emergenziale dovuto all'insorgere e propagarsi della pandemia, ad un altro di convivenza col COVID e possibilmente post-COVID, esige infatti riprogettazione e continuità, specie nell'assistenza territoriale (Pilan, Taberna, 2021). In particolare, il MMG dovrebbe ad esempio essere “un'antenna dei bisogni di salute, psicologici e sociali” della popolazione nel territorio, e un sistema territoriale di assistenza inclusivo dovrebbe coinvolgere risorse sociali e familiari della comunità (Clemente et al., 2021). Tuttavia, alla luce dell'esperienza COVID, che tanti decessi ha purtroppo contato nelle residenze per anziani (Arlotti, Ranci, 2020b), se da una parte, forse, un eccessivo investimento sulla residenzialità (30% della spesa per assistenza agli anziani) può aver agevolato la diffusione del contagio nelle RSA, mentre sarebbe stato meglio potenziare il SAD (solo 17,7%, e 52,3% per l'IdA), dall'altra i due ambiti andrebbero ugualmente potenziati, perché sembra comunque importante mettere a disposizione degli anziani, che non possono essere assistiti a casa propria, un'assistenza residenziale adeguata (NNA, 2020).

A riguardo entrambe le regioni del nostro studio si sono già dotate, come richiesto dal “Decreto Rilancio” (Legge 77/2020), di un Piano per il potenziamento e la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, che riguarda la sorveglianza epidemiologica, il controllo del contagio e la presa in carico della patologie, con riferimenti all'infermiere di famiglia e alla sorveglianza dei MMG rispetto ai propri assistiti, in una logica di sistema assistenziale integrato (Regione Marche, 2020d; Regione Lombardia, 2020). Durante le diverse fasi dell'emergenza COVID-19 le Regioni in complesso si sono mosse, ma con tempi e modalità diversi riguardo alla gestione dei servizi assistenziali. Un denominatore comune è comunque rappresentato dal fatto che tutte le misure sociali sono state adottate dopo quelle relative allo specifico settore sanitario, circostanza non secondaria specie in riferimento agli anziani, il cui supporto complessivo è stato così ritardato nel tempo (Berloto et al., 2020), ma comunque comprensibile poiché prima si è dovuto pensare al COVID quale patologia e poi come misure socio-assistenziali emergenziali. La pandemia ha così evidenziato la cruciale importanza della mancata integrazione tra sistema sanitario e sociale (Genova et al., 2021), con una sanità attualmente centrata sull'offerta di servizi per la salute, ma che non parte dai bisogni complessivi, specie degli anziani (Clemente et al., 2021).

La pandemia da COVID-19 ha inoltre evidenziato in complesso la pressante necessità di digitalizzare la gestione della salute pubblica e dell'assistenza sociale “a distanza”. La telemedicina, in particolare, può aiutare a preservare la continuità dell'assistenza clinica e sociale essenziale, nonché a limitare l'isolamento sociale facilitando il contatto virtuale con pazienti e famiglie (OECD-European Union, 2020). Per alcuni anziani Internet e altre tecnologie digitali sono diventate una finestra sul mondo durante il lockdown, permettendo loro di entrare in contatto con la famiglia, gli amici e la comunità. Tuttavia, altri ne hanno avuto un accesso limitato e, più in generale, mancavano delle competenze necessarie per sfruttarle appieno. La transizione al digitale richiede quindi il superamento del *digital divide* degli anziani e l'inclusione degli stessi in programmi di alfabetizzazione informatica adeguati e accessibili, per agevolarne l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (United Nations, 2020), e contrastare le nuove forme di esclusione sociale e culturale (Sala et al., 2020; Cerati et al., 2020). A tal fine sono comunque indispensabili disponibilità/formazione del personale sanitario all'uso della telemedicina, propensione all'investimento economico e disponibilità di adeguata tecnologia, in aggiunta ad appropriati sistemi di raccolta/analisi/tutela dei dati e relativa privacy (Murero, Moretti, 2021). È anche indispensabile l'accettazione della tecnologia da parte degli anziani per *l'ageing in place*, sulla quale influiscono aspetti quali la mancanza del contatto umano

e il costo (Jaschinski et al., 2021). In altre parole, con la pandemia la "distanza fisica" è stata necessaria, ma forse proprio grazie alla tecnologia, che ha permesso di mantenere, ove possibile, i contatti familiari/amicali/assistenziali, i nostri anziani hanno patito più il distanziamento fisico che quello sociale. Proprio per questo, occorre mettere in campo misure di sostegno mirate ed articolate per ridurre il *digital divide*.

Da evidenziare anche alcune raccomandazioni autorevoli (European Commission, 2020) per un'assistenza sanitaria e sociale a contrasto della solitudine, che indicano, tra le altre cose, un rafforzamento dell'assistenza mentale/psicologica. La resilienza del sistema sanitario richiede infatti il rafforzamento dell'assistenza sanitaria primaria e dei servizi di salute mentale, per ridurre al minimo i ritardi nelle cure e la rinuncia all'assistenza per quanti ne hanno bisogno, specie per gli anziani soli (OECD-European Union, 2020). Anche il recente *Green Paper on Ageing* (European Commission, 2021), in riferimento alla pandemia da COVID-19, sottolinea la preoccupazione per la salute mentale della popolazione in complesso, e per il crescente rischio di solitudine e isolamento sociale sia tra i giovani, sia tra gli anziani, con pesante impatto sull'assistenza a lungo termine. Anche una terapia online cognitivo-comportamentale può mitigare la solitudine causata dalla paura (Conroy et al., 2020). Dunque, sebbene la tecnologia rappresenti un elemento chiave per affrontare la solitudine durante la pandemia da COVID-19, non può essere l'unica soluzione. Rimane sempre importante la presenza, ad esempio, di volontari per la consegna dei pasti, per assicurare contatti fisici/di persona, sempre a distanza, ma almeno "fino alla porta", per fornire un senso di continuità nel coinvolgimento della comunità (Conroy et al., 2020). Rimane inoltre importante mantenere canali di comunicazione/richiesta di aiuto tradizionali, come il "caro buon vecchio telefono", per realizzare in complesso un'assistenza a distanza che integri quella in presenza.

Pensando infine al futuro del nostro SSN, così provato dalla pandemia, risultano suggestivi i quattro principi guida proposti da Giarelli e Vicarelli (2021) per il suo rilancio. I due autori ritengono che dovrebbe essere: "universalistico", per un'effettiva uguaglianza ed equità; "salutogeno", che pone al centro la persona; "comunitario", attraverso un regionalismo collaborativo; "reticolare", con una reale integrazione socio-sanitaria. In particolare, salutogeno indica la necessità di adottare una definizione di salute non più come assenza di malattia (vecchia concezione ad orientamento patogenico), ma come stato di benessere complessivo della persona, che in tal modo diviene il centro del discorso. In altre parole, l'individuo non è più un utente passivo della cura, ma diviene un "co-produttore delle proprie condizioni di salute" (Giarelli, Vicarelli, 2021: 129). Il termine comunitario vuole sottolineare un'interpretazione della salute, e dei relativi servizi, come risorsa collettiva/bene comune, al fine di realizzare "il benessere psico-fisico e sociale delle comunità di riferimento" (Giarelli, Vicarelli, 2021: 131). Sembra quindi fondamentale attuare politiche pubbliche adeguate, evitando di riproporre vecchi modelli grazie a nuovi fondi COVID e di rimanere fermi sulla protezione, conseguente nell'immediato al periodo di emergenza, per avanzare verso una più proficua ed efficiente promozione della salute e del benessere (Gori, 2020), sempre tenendo presente il diritto degli anziani alla *Long Term Care*, alla sicurezza e alla protezione, e a beneficiare delle opportunità offerte della tecnologia assistiva (United Nations, 2021). Con l'ulteriore obiettivo, comunque, di andare verso il nuovo senza tralasciare di "valorizzare l'esistente", per fare tesoro delle esperienze positive già sperimentate e replicabili nei diversi territori (Gori et al., 2021).

Riferimenti bibliografici

Age Platform Europe (2020) *COVID-19 and human rights concerns for older persons*, https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Human_rights_concerns_on_implications_of_COVID-19_to_older_persons_updated_18May2020.pdf

Altalex (2021) *Decreto Rilancio: il testo coordinato pubblicato in Gazzetta*, <https://www.altalex.com/documents/news/2020/07/09/decreto-rilancio>

Arlotti, M., Cerea, S. (2021) *Invecchiare a domicilio nei contesti urbani e nelle aree interne. Fragilità, isolamento sociale e senso di solitudine*, in Dastu Working Paper Series, n. 04/2021 (LPS/18), http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2021/05/DASU_WP_no.418.pdf

Arlotti, M., Marzulli, M. (2021) *La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, FrancoAngeli, pp. 41-48, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>

Arlotti, M., Ranci, C. (2020a) *Coronavirus: quadro e criticità dei servizi sanitari territoriali*, in *Welforum.it*, 28 Luglio, <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., Ranci, C. (2020b) *La strage nascosta. cosa è accaduto nelle residenze per anziani durante la pandemia*, Politecnico di Milano, Laboratorio di Politiche Sociali, http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/06/la-strage-nascosta_inage.pdf

Auditel-Censis (2019) *Tra anziani digitali e stranieri iperconnessi, l'Italia in marcia verso la Smart TV*, Roma, <https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Secondo%20Rapporto%20Auditel%20Censis.pdf>

Banchero, A. (2020) *Il Piano Nazionale della Cronicità in Italia*, in *I luoghi della cura online*, 3:1-7, <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2020/07/il-piano-nazionale-della-cronicita-in-italia/?pdf>

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>

Berloto, S., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2020) *Il settore sociosanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento*, in Rapporto OASI (2020) *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Università Bocconi, CER GAS, <http://www.grusol.it/informazioni/13-12-20.PDF>

Boreskie, K.F., Hay, J.L., Duhamel T.A. (2020) *Preventing Frailty Progression during the COVID-19 Pandemic*, in *J Frailty Aging*, 9(3):130-131, doi: 10.14283/jfa.2020.29.

Brescia Today (2020) *Coronavirus Brescia: decessi, fasce d'età, patologie pregresse al 1° aprile 2020. Le statistiche dettagliate dall'inizio della pandemia*, in *Brescia Today*, 4 aprile, <https://www.bresciatoday.it/attualita/coronavirus/eta-media.html>

Camera dei Deputati (2021) *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, XVIII Legislatura, Documentazione e Ricerche, n. 144, 1° marzo 2021, <http://www.grusol.it/informazioni/04-03-21.PDF>

Camera dei Deputati (2020) *Politiche sociali per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, XVIII Legislatura, Servizio Studi, 7 dicembre 2020, http://www.grusol.it/informazioni/20-01-21_1.PDF

Castagnaro, C., Bologna, E. (2019) *Anziani 20*, in *DigitCult, Scientific Journal on Digital Cultures*, 4(1):113–121, doi: 10.4399/978882552631810, <https://digitcult.lim.di.unimi.it/index.php/dc/article/view/114/87>

Castagnaro, C., Pasquinelli, S. (2021) *Disabilità e non autosufficienza: dopo la pandemia serve altro*, in *Welforum.it*, 14 gennaio, <https://welforum.it/disabilita-e-non-autosufficienza-dopo-la-pandemia-serve-altro/>

Cellini, G. (2021) *Servizio sociale e pandemia in una prospettiva internazionale*, in *Welforum.it*, 23 marzo, <https://welforum.it/servizio-sociale-e-pandemia-in-una-prospettiva-internazionale/>

Cerati, G., Gaia, A., Sala, E. (2020) *Rischio esclusione sociale per gli anziani senza rete*, in *La Voce*, 27 marzo, <https://www.lavoce.info/archives/64408/rischio-esclusione-sociale-per-gli-anziani-senza-rete/>

Cerea, S. (2021a) *L'ageing in place alla prova della pandemia. Primi risultati del follow-up sulla città di Brescia*, Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Laboratorio di Politiche Sociali, <http://www.lps.polimi.it/?p=4199>.

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

Cittadinanzattiva (2020) *XXIII Rapporto PIT Salute*, <https://sostieni.cittadinanzattiva.it/scarica-i-materiali/rapporti-annuali.html>

Clemente, C., Favretto, A.R., Genova, A., Marzulli, M., Servetti, D. (2021) *Il territorio e la salute di comunità*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, FrancoAngeli, pp. 93-98, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>

Conroy, K.M., Krishnan, S., Mittelstaedt, S., Patel, S.S. (2020) *Technological advancements to address elderly loneliness: practical considerations and community resilience implications for COVID-19 pandemic*, in *Working with Older People*, 24(4): 257-264, doi: 10.1108/WWOP-07-2020-0036.

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 – March 2006, <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*, DASU 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

CronacheAncona.it (2020) *Coronavirus. L'assistenza domiciliare è garantita*, <https://www.cronacheancona.it/2020/03/07/coronavirus-lassistenza-domiciliare-e-garantita/225766/>

Delmastro, M., Zamariola, G. (2020) *Depressive symptoms in response to COVID-19 and lockdown: a cross-sectional study on the Italian population*, in *Scientific Reports*, 10(1):22457, doi: 10.1038/s41598-020-79850-6.

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>

Editoriale (2021) *Do we care about who cares?*, in *The Lancet*, 397(10277):853, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00518-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00518-3/fulltext)

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

EURISPES (2020) *32° Rapporto Italia, Percorsi di ricerca nella società italiana*, Bologna, Minerva, <https://www.identitainsorgenti.com/il-focus-sanita-al-sud-la-spesa-erogata-e-fino-al-50-piu-bassa-che-al-nord/>

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 (2020) *The organisation of resilient health and social care following the Covid-19 pandemic*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/026_health_socialcare_covid_19_en.pdf

Eysenck, H.J. (1983) *Stress, disease and personality: The "inoculation effect"*, in Cooper, C.L. (a cura di) *Stress and research*, New York, John Wiley & Sons, pp. 121-146.

Fields, R. (1996) *Severe stress and the elderly. Are older adults at increased risk for posttraumatic stress disorder?*, in Ruskin, P.E., Talbott, J.A. (a cura di) *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 79-100.

Fine, M., Tronto, J. (2020) *Care goes viral: care theory and research confront the global COVID-19 pandemic*, in *International Journal of Care and Caring*, 4(3):301-309, <https://doi.org/10.1332/239788220X15924188322978>

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*, in *BMC Medical Research Methodology*, 13(117), <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-117>

Galeotti, S. (2020) *Coronavirus, le difficoltà di colf e badanti: invisibili e senza aiuti*, in *Il fatto quotidiano*, 24 aprile, <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>

Genova, A., Favretto, A.R., Clemente, C., Servetti, D., Lombardini, S. (2021) *Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, FrancoAngeli, pp. 58-66, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>

Giarelli, G., Vicarelli, G. (2021) *Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, FrancoAngeli, pp. 117-141, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>

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/29-01-21_1.PDF; <http://www.grusol.it/informazioni/06-03-21.PDF>

Gori, C. (2020) *Alcuni messaggi sulle politiche sociali. Seminario online "Welfare in cerca di futuro"*, *Prospettive sociali e sanitarie*, in *Welforum.it*, 27 novembre, <https://welforum.it/welfare-in-cerca-di-futuro/>; <https://welforum.it/wp-content/uploads/2020/11/Cristiano-Gori.pdf>

ILO – Organizzazione internazionale del Lavoro (2020) *Il lavoro domestico durante l'emergenza da COVID-19*, Policy Brief, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-rome/documents/genericdocument/wcms_741000.pdf

ISS – Istituto Superiore di Sanità (2020) *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19*, Rapporto ISS COVID-19, n. 42 / Maggio 2020, https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+42_2020+%281%29.pdf/7fbd7a22-ba86-e323-1ff8-eb2d4ae5da9?t=1608041817126

ISTAT (2021a) *I.Stat, Internet e PC, anno 2019*, <http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV ICT>

ISTAT (2021b) *Rapporto BES 2020, Il benessere equo e sostenibile in Italia*, https://www.istat.it/it/files//2021/03/BES_2020.pdf

ISTAT (2021c) *Popolazione Italiana residente al 1° Gennaio 2020*, Geodemo istat.it, Demografia in cifre, <http://demo.istat.it/popres/index.php?anno=2020&lingua=ita>

ISTAT (2020a) *I.Stat, Dataset Interventi e servizi sociali dei comuni, anno 2018*, <http://dati.coesione-sociale.it/>

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) *Reazione dei cittadini al lockdown (5-21 Aprile 2020)*, Statistiche Report, https://www.istat.it/it/files//2020/05/Reazione_cittadini_lockdown.pdf

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

ISTAT (2020e) *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese*, <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/Rapportoannuale2020.pdf>

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

ISTAT (2019b) *Cittadini e ICT, anno 2019*, Testo integrale e Tavole, <https://www.istat.it/it/archivio/236920>

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

ISTAT (2017a) *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

ISTAT (2017b) *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea, Indagine EHIS 2015*, Tavole di dati, www.istat.it/it/archivio/204655

ISTAT (2011a) *Indagine statistica multiscopo sulle famiglie*, Scheda di rilevazione, https://www.istat.it/it/files//2011/01/Arancio_Mod IMF 8A.pdf

ISTAT (2011b) *Indagine "Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali" – Anno 2011. Nota metodologica*, <https://www.istat.it/it/files//2012/12/Nota-metodologica.pdf>

ISTAT-FUB (2018) *Internet@Italia 2018. Domanda e offerta di servizi online e scenari di digitalizzazione*, Roma, <https://www.istat.it/it/files/2018/06/Internet@Italia-2018.pdf>

ISTAT-ISS (2020) *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – Periodo gennaio-maggio 2020, 9 luglio 2020*, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3102684.pdf>

Jaschinski, C., Ben Allouch, S., Peters, O., Cachucho, R., van Dijk, J.A.G.M. (2021) *Acceptance of Technologies for Aging in Place: A Conceptual Model*, in *J Med Internet Res*, 23(3):e22613, doi: 10.2196/22613.

Kaplan, S. (2016) *Mixing quantitative and qualitative research*, in Elsbach, K., Kramer, R. (a cura di) *Handbook of Qualitative Organizational Research: Innovative Pathways and Methods*, New York, Routledge, Taylor & Francis Group, pp. 423-433.

Katz, S. (1983) *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living*, in *J Am Geriatr Soc.*, 31(12):721-7.

Knight, B.G., Gatz, M., Heller, K., Bengtson, V.L. (2000) *Age and emotional response to the Northridge earthquake: a longitudinal analysis*, in *Psychology and Aging*, 15(4):627–634, doi: 10.1037/0882-7974.15.4.627.

Kwan, C., Walsh, C.A. (2017) *Seniors' disaster resilience: a scoping review of the literature*, in *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 25:259-273.

Mandrola, J. (2020) *CoViD-19 e dispositivi di protezione individuale: qualcuno di noi morirà per la loro carenza*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 111(4):183, doi 10.1701/3347.33175, https://www.recentiproggressi.it/r.php?v=3347&a=33175&l=340294&f=allegati/03347_2020_04/fulltext/04_Editoriale%20-%20Mandrola.pdf

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

Melchiorre, M.G., Quattrini, S., Piccinini, F., Lamura, G. (2021) *Anziani soli e reti di cura: una comparazione territoriale*, DAStU Working Paper Series, n. 03/2021 (LPS.17), http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2021/05/DAStU_WP_n.-032021-LPS.17_OK.pdf

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

Melzi, A. (2020) *Covid-19. Politiche sociali e sociosanitarie Lombarde di fronte all'emergenza*, in *I Vademecum di LombardiaSociale.it*, http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2020/09/Vademecum-20_Emergenza-Covid.pdf

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020) *Sistema dei Servizi Sociali – Emergenza Coronavirus*, Circolare n. 1, 27 marzo 2020, <https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/Documenti-norme/Documents/Circolare-27-03-2020.pdf>

Ministero della Salute, DEP Lazio (a cura di) (2020) *Andamento della mortalità giornaliera (SiSMG) nelle città italiane in relazione all'epidemia di Covid-19 fase II – I rapporto*, 6 maggio – 16 giugno, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2928_allegato.pdf

Ministero della Salute (2019) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Anno 2018*, Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, http://www.grusol.it/informazioni/19-12-20_1.PDF.

Miur (2013) *Strategia nazionale per le Aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, Accordo di Partenariato 2014-2020, https://www.miur.gov.it/documents/20182/890263/strategia_nazionale_aree_interne.pdf/d10fc111-65c0-4acd-b253-63efae626b19

Mombello, L. (2019) *L'evoluzione dei servizi territoriali nella sanità delle Marche*, in *Marche Sanità*, 29 aprile, <https://www.marchesanita.it/home/blog/l-evoluzione-dei-servizi-territoriali-nella-sanita-delle-marche-le-impressioni-di-un-direttore-di-distretto-in-pensione>

Monteduro, G., Nanetti, S. (2021) *Invecchiamento, anziani fragili e Covid: una chiave di lettura*, in *I luoghi della cura online*, 1:1-7, <https://www.luoghicura.it/sistema/cultura-e-societa/2021/02/invecchiamento-anziani-fragili-e-covid-una-chiave-di-lettura/?pdf>

Murero, M., Moretti, V. (2021) *L'innovazione digitale per la governance del SSN*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, FrancoAngeli, pp. 105-109, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>

Nanetti, S., Monteduro, G., Moscatelli, M. (2020) *Gli anziani fragili e l'emergenza COVID-19: elementi d'innovazione nel welfare locale*, in *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 2:1-24, doi: 10.32049/RTSA.2020.2.16, http://rtsa.eu/RTSA_2_2020_Nanetti.pdf

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

OECD-European Union (2020) *Health at a Glance: Europe 2020*, Paris, OECD Publishing, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf

Pasquinelli, S., Assirelli, G. (2020) *L'Italia che aiuta chiede servizi*, in *Welforum.it*, 8 maggio, <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarieta/litalia-che-aiuta-chiede-servizi/>

Pasquinelli, S., Pozzoli, F. (2020) *Ritorno alle relazioni*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 4:1-2, <https://welforum.it/wp-content/uploads/2020/12/editoriale-04020-con-indice.pdf>

Pesaresi, F. (2020a) *Riaprono i Centri diurni per persone con disabilità*, in *Welforum.it*, 17 luglio, <https://welforum.it/riaprono-i-centri-diurni-per-persone-con-disabilita/>

Pesaresi, F. (2020b) *Perché il Covid-19 uccide di più in Italia che in Europa?*, in *Welforum.it*, 29 dicembre, <https://welforum.it/perche-il-covid-19-uccide-di-piu-in-italia-che-in-europa/>

Pilan, M.L., Taberna, R. (2021) *La pandemia nei servizi per la disabilità. Possibili scenari nel 2021*, in *Welforum.it*, 22 marzo, <https://welforum.it/la-pandemia-nei-servizi-per-la-disabilita-possibili-scenari-nel-2021/>

Radin, A. (2021) *Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, FrancoAngeli, pp. 77-81, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>

Regione Lombardia (2020) *Piano regionale di assistenza territoriale*, Deliberazione della Giunta Regionale n. 3525 del 5 agosto 2020, <https://www.ats-pavia.it/documents/1795190/0/DGR+XI-3525+DEL+5+AGOSTO+2020+ADOZIONE+DEL+PIANO+DI+POTENZIAMENTO+E+RIORGANIZZAZIONE+DELLA+RETE+DI+ASSISTENZA%2C+IN.pdf/11591b65-4013-0f80-a66f-9bfff9efd9e>

Regione Marche (2020a) *Chiusura Centri diurni sociosanitari*, Ordinanza n. 19 del 3 aprile 2020, https://www.regione.marche.it/Portals/0/Salute/Coronavirus/Regione%20Marche%20Ordinanza%20COVID_19_n%2019%20del%203%20aprile%202020-signed.pdf

Regione Marche (2020b) *Circolare esplicativa misure urgenti di contenimento del contagio sul territorio nazionale a seguito DPCM 9 marzo 2020, 11 marzo 2020*, https://www.regione.marche.it/Portals/0/Salute/Coronavirus/Regione%20Marche_circolare%20esplicativa%2011%20%20marzo%202020_COVID-19.pdf

Regione Marche (2020c) *Piano Territoriale della Regione Marche per la riapertura graduale dei Centri Semiresidenziali Sanitari e Sociosanitari nella Fase 2 dell'emergenza Covid-19*, Deliberazione della Giunta Regionale n. 600 del 18 maggio 2020, http://www.grusol.it/informazioni/20-05-20_1.PDF

Regione Marche (2020d) *Piano regionale di assistenza territoriale*, Deliberazione della Giunta Regionale n. 1423 del 16 novembre 2020, <http://www.grusol.it/informazioni/19-11-20.PDF>

Regione Marche-GORES (2020a) *Coronavirus Marche: aggiornamento dati dal Servizio Sanità, Decessi, situazione al 2.6.2020*, https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/CORONAVIRUS/DatiGORES/GORESarancio02_062020_18.pdf

Regione Marche-GORES (2020b) *Coronavirus Marche: aggiornamento dati dal Servizio Sanità, Decessi, situazione al 1.4.2020*, https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/CORONAVIRUS/DatiGORES/REPORT_sint_DE_CESSI_COVID19_aggiorn_1_APRILE_ore18.pdf

Rizzo, L., Taddei, M., Turati, G. (2020) *USCA: così utili, così disattese*, in *Lavoce.info*, 17 novembre, <https://www.lavoce.info/archives/70714/usca-cosi-utili-cosi-disattese/>

Rolandi, E., Vaccaro, R., Abbondanza, S., Casanova, G., Pettinato, L., Colombo, M., Guaita, A. (2020) *Loneliness and social engagement in older adults based in Lombardy during the COVID-19 lockdown: The Long-Term Effects of a Course on Social Networking Sites Use*, in *Int J Environ Res Public Health*, 28;17(21):7912, doi: 10.3390/ijerph17217912.

Sala, E., Gaia, A., Cerati, G. (2020) *The Gray Digital Divide in Social Networking Site Use in Europe: Results From a Quantitative Study*, in *Social Science Computer Review*, aprile 23:2020, doi: 10.1177/0894439320909507.

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

Santuari, A. (2020) *Il Decreto Rilancio e i servizi sociali essenziali*, in *Welforum.it*, 4 dicembre, <https://welforum.it/il-decreto-rilancio-e-i-servizi-sociali-essenziali/>

Sattari, S., Billore, S. (2020) *Bring it on Covid-19: being an older person in developing countries during a pandemic*, in *Working with Older People*, 24(4): 281-291, doi: 10.1108/WWOP-06-2020-0030.

Smith, K., Victor, C. (2019) *Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health*, in *Ageing and Society*, 39(8):1709-1730, doi:10.1017/S0144686X18000132.

SNAI – Strategia Nazionale Aree 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

Spandonaro, F., d'Angela, D. (2017) *Una misura di performance dei SSR*, V edizione, Roma, CREA Sanità, <https://www.creasanita.it/images/performancesr/Libro-Performance-V-Edition.pdf>.

UNECE – United Nations Economic Commission For Europe (2021) *Guidelines for mainstreaming ageing*, Geneva, United Nations, https://unece.org/sites/default/files/2021-03/ECE-WG.1-37_Guidelines_for-Mainstreaming_Ageing_1.pdf

United Nations (2021) *Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons*, Working paper prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights, March, <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/eleventh/OHCHR%20HROP%20working%20paper%2022%20Mar%202021.pdf>

United Nations (2020) *The Impact of COVID-19 on older persons*, Policy Brief, <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>

Vetrano, D.L. (a cura di) (2019) *La continuità assistenziale nella Long Term Care in Italia: buone pratiche a confronto*, Roma, ItaliaLongeva, https://italialongeva.it/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-ADI_2019_Italia-Longeva.pdf

Vicarelli, G. (2021) *Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza*, in Vicarelli, G., Giarelli, G. (a cura di) *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano, pp. 23-30, <http://ojs.francoangeli.it/omp/index.php/oa/catalog/book/604>