

CAPITOLO PRIMO

LO SPETTRO DEL TERZO MILLENNIO: INVECCHIARE DA SOLI

1. *Introduzione*

Uno spettro si aggira da tempo per il nostro paese: quello dell'invecchiamento progressivo della popolazione. Medici, demografi e sociologi, *policy makers*, amministratori pubblici, forze sociali, associazioni e mass media segnalano *costantemente* il problema, a cui si collega la difficoltà di non riuscire spesso ad assicurare condizioni di vita dignitose alla quota crescente di popolazione anziana colpita da fragilità. La pandemia ha messo sotto i riflettori dell'opinione pubblica il lato più drammatico della questione, causando decine di migliaia di decessi concentrati nelle fasce d'età più elevata della popolazione. A questo dato, incontrovertibile, si contrappone il fenomeno, altrettanto inequivocabile, di un'età anziana sempre più chiaramente riconosciuta anche come un'opportunità di promozione sociale ed economica, come evidenziato dalla realtà della *silver economy*, un settore di attività economiche finalizzate a rispondere alle esigenze di salute, benessere, socialità, cura, e attività sociale della popolazione anziana.

In questo volume ci occupiamo di uno degli aspetti meno visibili dell'invecchiamento: quello della solitudine. Che invecchiare corrisponda ad un diradarsi delle relazioni e delle attività sociali è fatto noto, e per alcuni aspetti fisiologico. Che questo comporti l'isolamento sociale, l'abbandono, un sentimento di solitudine e lontananza, non è invece scontato, né tanto meno inevitabile. In questo volume cercheremo di mostrare perché accada, e come sia possibile combattere questa deriva.

Questo capitolo è di Costanzo Ranci, Marco Arlotti, Giovanni Lamura e Flavia Martinelli.

Il senso della solitudine dell'anziano viene spesso esasperato dall'esperienza dell'abitare da soli. In Italia sono circa due milioni e mezzo le persone oltre i 65 anni di età che vivono da sole. Una platea pari alle dimensioni della popolazione che abita la nostra capitale, Roma. Per i grandi anziani, ovvero coloro che superano gli 80 anni, l'incidenza del vivere da soli si avvicina al 50%, una persona ogni due (cfr. cap. 2). Una condizione, dunque, molto frequente e assai probabile durante la parte finale della nostra esistenza.

Vivere da soli non significa, ovviamente, essere o sentirsi soli e abbandonati. Molte persone anziane non sono affatto sole, pur vivendo da «single». I rapporti intrattenuti con i familiari – soprattutto i figli, quando ci sono e sono disponibili –, con gli amici, con i vicini di casa o di quartiere, sono spesso intensi e quotidiani. Così come, per molte di loro, le condizioni economiche e la salute consentono un'intensa socialità e una vita ancora attiva: tutti aspetti a cui si rivolge una crescente offerta, anche commerciale, di opportunità. Per queste persone, la terza età corrisponde ad una fase piena e vitale dell'esistenza, con più tempo libero, più spazio per nutrire interessi personali, per sviluppare contatti sociali, per scoprire nuove dimensioni di sé stessi.

Esiste però anche un lato oscuro di questa situazione. Questo emerge quando le condizioni materiali di vita, la salute, le situazioni psicologiche e/o relazionali, conducono all'isolamento e alla perdita di legami personali, al calo di partecipazione alla vita sociale. Talvolta ciò accade contro la volontà e le capacità stesse delle persone: ad esempio, a chi vive in territori marginali, siano esse le aree interne del nostro paese (quelle segnate da scarsità di servizi e grande distanza dal resto del mondo) o le estese periferie delle nostre metropoli; oppure a chi ha perso, per età o per l'insorgere di patologie invalidanti, una parte consistente della propria mobilità fisica, ed è perciò costretto a limitare il suo raggio d'azione entro l'abitazione in cui abita, l'edificio che la contiene e le sue immediate vicinanze. Se il vivere da soli non è spesso un problema, lo diventa quando si coniuga con una maggiore fragilità fisica e psichica, oppure con un isolamento sociale determinato dal contesto in cui si abita.

A distanza di oltre due anni abbiamo ancora davanti agli occhi il dramma della strage da COVID-19 avvenuta, durante la prima e la seconda ondata, nelle strutture residenziali del nostro paese. È anche da questa esperienza traumatica che ha (ri)preso forza, nel nostro paese così come nel resto d'Europa, l'idea dell'*ageing in place*, dell'invecchiare a casa, presso il proprio domicilio. *L'ageing in place* è considerato oggi, in Italia come in gran parte dell'Europa, la strategia dominante per proteggere gli anziani fragili dal rischio di ulteriore compromissione del loro benessere, oltre che quella preferita dalla gran parte dei cittadini anziani. In diversi paesi, i massicci investimenti finanziari ed organizzativi nelle strutture residenziali compiuti nel secolo scorso, sono stati parzialmente riconvertiti o completati da azioni – come la dotazione di maggiori servizi domiciliari – utili a mantenere l'anziano fragile nella propria dimora quanto più a lungo e con la migliore qualità di vita possibile.

L'Italia potrebbe essere considerata, ad uno sguardo superficiale, come un paese molto avanzato nell'*ageing in place*. La quota di persone ricoverate in strutture residenziali è infatti la più bassa in Europa [NNA 2020]. La crescita esponenziale del mercato delle assistenti familiari private (o «badanti») indica quale sia la strategia considerata più conveniente e praticabile da parte di molte famiglie italiane. La solidarietà stretta – importante in termini di cura e cucitura tra i diversi servizi – offerta dalle reti familiari, per quanto indebolita rispetto al passato, gioca ancora un peso relevantissimo nel rendere possibile, e largamente auspicato, l'*ageing in place*. Tuttavia, è proprio nell'*ageing in place* che ritroviamo il lato oscuro dell'invecchiamento. Perché spesso, forse troppo spesso, invecchiare a casa equivale ad un «intrappolamento», in cui alla perdita di contatti sociali, allo scadimento del benessere e della qualità della vita, si accompagna anche una rarefazione dell'attività di cura. Per molti anziani «single», soprattutto per quelli resi fragili dall'età o dalle condizioni di salute, invecchiare a casa significa essere «prigionieri in casa propria», con scarse o nulle possibilità di uscire, di interagire con l'esterno, di ricevere la cura di cui hanno bisogno.

Molti aspetti del sistema italiano congiurano, purtroppo, a rendere l'*ageing in place* più spesso un problema che una soluzione. Questo accade quando i servizi pubblici non sono presenti in misura e con la qualità adeguata; quando le risorse economiche o le condizioni abitative non rendono possibile l'acquisto di servizi di cura o la presenza di un'assistente familiare; quando i familiari non ci sono, sono lontani, oppure non possono seguire. A questi aspetti, evidenti a molti, ne vanno aggiunti altri meno noti, anche se evidenti a chi conosce ed opera in questa realtà. Spesso è l'ambiente costruito in un certo modo a rendere difficile e faticoso l'*ageing in place*: perché l'appartamento è piccolo o presenta insidie (si pensi, ad esempio, alla frequenza delle cadute correlate all'uso di locali o ad arredi non adeguati), oppure sono presenti barriere architettoniche che impediscono l'uscita all'esterno, oppure ancora perché il territorio circostante è inospitale, pericoloso, privo di opportunità per persone con autonomia e mobilità limitate.

È questo lo scenario che intendiamo ricostruire in questo volume. Con due intenti principali. In primo luogo, investigheremo in quali condizioni l'*ageing in place* funziona bene nel nostro paese, e in quali condizioni diventa invece un rischio di «intrappolamento», di isolamento sociale e di solitudine. Indagheremo, di conseguenza, i perni fondamentali su cui si appoggia l'invecchiare a casa: l'abitazione e l'ambiente costruito circostante; il sistema delle relazioni familiari, amicali e di vicinato; i servizi sia pubblici che privati. In secondo luogo, mostreremo quali azioni e quali innovazioni sono in campo, sia nelle politiche sociali che sul versante dell'abitare, per combattere la solitudine e l'isolamento, e per sostenere un *ageing in place* di buona qualità.

Lo faremo intrecciando diversi metodi di ricerca e percorsi di indagine: dall'analisi dei dati di sfondo nazionali e internazionali disponibili (per identificare le peculiarità del caso italiano), alla ricostruzione in profondità delle condizioni di vita di anziani soli che risiedono in diverse parti del paese (nelle grandi città e nelle aree interne delle «Tre Italie»), sino all'analisi delle «prove di innovazione» che sembrano in grado di offrire soluzioni ai principali problemi che, alla

luce delle analisi precedenti, caratterizzano l'invecchiare a casa nel nostro paese. Infine, questi percorsi confluiranno in un «manifesto delle cose da fare», che verrà presentato come risultato finale del nostro lavoro.

2. *I concetti fondamentali*

Fragilità, isolamento sociale, solitudine e qualità della vita costituiscono i concetti chiave utilizzati in questo volume per comprendere la condizione di vita degli anziani soli che invecchiano a casa propria. In letteratura è presente un vasto dibattito su questi concetti, su quali sono le principali dimensioni analitiche sottese, e su come misurarle [Hogan *et al.* 2003; Hyde *et al.* 2003; Walker 2004; Rockwood 2005; Dodge *et al.* 2012; Weldrick e Grenier 2018; Lloyd *et al.* 2020]. A questo proposito, cercheremo in questo paragrafo di schematizzare gli elementi fondamentali del dibattito, e le questioni principali che rimangono aperte per la ricerca.

2.1. *Fragilità*

Il concetto di fragilità in età anziana è stato elaborato da un'ampia letteratura, soprattutto di tipo medico-geriatrico, che lo ha declinato essenzialmente in termini clinici, considerando le condizioni di salute fisica dell'anziano [Borges e Menezes 2011; Heuberger 2011; Warmoth *et al.* 2016]. A partire da questa prospettiva, la fragilità è stata identificata in una sindrome peculiare dell'età anziana, di carattere multidimensionale. Essa può comportare una capacità fisica ridotta (ad esempio, una capacità rallentata nel camminare, una presa debole, una perdita di peso non intenzionale), nonché deficit di vario tipo a livello funzionale [Fried *et al.* 2001; Clegg *et al.* 2013]. Tali condizioni possono determinare un crescente grado di vulnerabilità e di compromissione nello stato di salute [Rockwood *et al.* 2005] e, conseguentemente, un'elevata probabilità di incorrere in eventi avversi (ad esempio, una caduta, la disabilità, il ricorso ai servizi

sanitari e/o a strutture di ricovero residenziale, il decesso) [Puts *et al.* 2009; Clegg *et al.* 2013].

Questa declinazione precipuamente medica della fragilità ha condotto all'elaborazione di metriche cliniche, utili a categorizzare i diversi gradi di fragilità nell'anziano, nonché a sviluppare scenari predittivi rispetto alle potenziali evoluzioni e all'emergere di fenomeni avversi [Jones *et al.* 2004; Rockwood *et al.* 2005]. Da tali elaborazioni, tuttavia, emerge l'assenza di una definizione medico-analitica condivisa della fragilità tipica dell'anziano [*ibidem*].

Sulla scia di questa criticità, nel corso degli anni si è registrato un ri-orientamento nel dibattito, volto a cogliere una dimensione più soggettiva, emozionale e percettiva della fragilità [Grenier 2006]. In altri termini, è stata posta attenzione alla differenza fra l'essere definiti fragili in termini oggettivi, e il sentirsi fragili a livello soggettivo. Una volta introdotta questa differenziazione, l'attenzione si è concentrata sulla complessità delle esperienze di vita in condizioni di fragilità, sulle dinamiche di adattamento soggettivo alle difficoltà e alle limitazioni, alle capacità di re-significazione di tali difficoltà, di cui gli anziani (e i sistemi relazionali e familiari in cui sono inseriti) sono protagonisti [*ibidem*; Warmoth *et al.* 2016]. La fragilità fisica, in altri termini, è solo un punto di partenza, da cui scaturiscono percorsi di gestione e significazione molto diversi. Così come esiste una fragilità eminentemente soggettiva, che riguarda le persone e/o le loro relazioni sociali e familiari.

Entrambe queste prospettive, tuttavia, segnano un forte limite. Se, da un lato, una declinazione esclusivamente oggettiva della fragilità non tiene conto di come l'anziano percepisca e affronti, soggettivamente, la propria condizione di decadimento fisico, dall'altro lato, anche una lettura psicologica e soggettiva della fragilità corre il rischio di schiacciarsi su una dimensione solo individuale. Manca, in entrambe le prospettive, l'attenzione a come la fragilità dell'anziano sia influenzata da fattori di natura contestuale, in cui ricade l'ambiente costruito, il sistema delle relazioni umane e dei servizi di cura [Schröder-Butterfill e Marianti 2006].

Ad esempio, sono diversi gli studi che hanno evidenziato come la fragilità dell'anziano sia un'esperienza socialmente costruita, alla luce di un processo dinamico, che coinvolge la persona nel suo contesto sociale di riferimento [Grenier 2006; Lloyd *et al.* 2016; Lloyd *et al.* 2020]. Da questo punto di vista, dunque, la fragilità deve essere letta in relazione ai condizionamenti e alle opportunità offerte dai contesti di vita. E in relazione a questo hanno forte rilevanza anche gli orientamenti politico-economici che dirigono l'organizzazione dei servizi [Grenier 2020]. Nello specifico, in uno scenario di crescente managerializzazione della sanità pubblica e di crescenti vincoli di bilancio per le politiche pubbliche, una declinazione eminentemente clinico-oggettiva della fragilità, che non tiene conto della sua definizione soggettiva e relazionale, sembra rispondere più ad una logica di razionamento della domanda di servizi, che non di risposta adeguata ai bisogni dell'anziano [*ibidem*]. È infatti logico pensare che l'attenzione alla dimensione soggettiva della fragilità, nonché a quella contestuale, richieda poi un'azione di investimento politico e finanziario anche su questi aspetti.

2.2. *Isolamento sociale e solitudine*

Per lungo tempo è prevalsa in letteratura una declinazione del concetto di isolamento sociale dell'anziano in termini essenzialmente unidimensionali, cioè come assenza di integrazione sociale [Wenger *et al.* 1996; Cattani *et al.* 2005]. Ne è discesa una concezione oggettiva dell'isolamento, come mancanza (quantitativa) di contatti sociali, analizzata attraverso tecniche di analisi molto accurate nel ricostruire la quantità di relazioni, la frequenza, il tipo di contatto [Weldrick e Grenier 2018]. Tale declinazione è, tuttavia, fondata sull'assunzione che tutti i rapporti sociali abbiano lo stesso valore e importanza per le persone [Victor *et al.* 2008]. Diversi studi hanno invece evidenziato che la percezione soggettiva e il grado di soddisfazione che l'anziano ricava dalle relazioni con gli altri possono discostarsi anche sensibilmente dalla condizione oggettiva

delle relazioni sociali [Broadhead *et al.* 1989; Weldrick e Grenier 2018].

È per questo motivo che al concetto di isolamento sociale si è andato accostando quello di solitudine [Broadhead *et al.* 1989]. La solitudine rimanda alla percezione soggettiva di isolamento che viene vissuta dall'anziano, in termini di assenza di compagnia [Victor *et al.* 2000; Grenade e Boldy 2008], mancanza di relazioni significative e/o di figure di confidenza, di mancato attaccamento significativo ad altri [de Jong Gierveld 1998]. In letteratura sono stati definiti diversi tipi di solitudine [de Jong Gierveld e Tesch-Romer 2012], come ad esempio la solitudine «emozionale» (il sentimento che manchino persone con cui confidarsi in modo intimo) o quella «sociale» (la percezione di non essere considerati dagli altri).

Sebbene l'introduzione del concetto di solitudine abbia ampliato il ventaglio dei fattori da considerare per comprendere la condizione di isolamento dell'anziano, anche in questo caso si rischia di schiacciare l'analisi su una dimensione esclusivamente individuale. Non a caso, diversi studi sottolineano come l'isolamento sociale, nella sua duplice declinazione «oggettiva» e «soggettiva», vada inquadrato nel contesto di riferimento in cui l'anziano è inserito [*ibidem*; Weldrick e Grenier 2018]. Si sottolinea, ad esempio, come la presenza di barriere fisiche, la limitata accessibilità dei servizi pubblici (inclusi quelli di trasporto), così come la ridotta possibilità di partecipazione ad eventi sociali e collettivi, possano incidere in modo significativo sulle condizioni di isolamento sociale oggettivo dell'anziano [*ibidem*]. Parimenti, il senso soggettivo di solitudine è fortemente influenzato dalle aspettative reciproche delle persone e dalle norme culturali dominanti [*ibidem*]. Dove queste sono più elevate, infatti, si può generare un maggiore rischio di delusione, e quindi di solitudine, quando le aspettative non risultano essere pienamente soddisfatte, per ragioni sia soggettive che oggettive.

2.3. *Qualità della vita*

La definizione di qualità di vita in età anziana rimanda ad un concetto complesso e multidimensionale, che, in modo simile ai due concetti analizzati in precedenza, ha stimolato un ampio dibattito in letteratura [Bowling *et al.* 2002; Hyde *et al.* 2003; Walker 2004]. Per ridurre la complessità della nozione, si tende spesso a ricondurla a condizioni oggettive e individuali, ancorandola, ad esempio, alla condizione economica delle persone, oppure al loro stato di salute [Bowling 1998]. Anche in questo caso, tuttavia, sono stati evidenziati casi frequenti di disallineamento fra queste condizioni individuali oggettive e la qualità di vita percepita dai soggetti [Walker 2004; Gaymu e Springer 2010].

Alcuni studi hanno così proposto di ricentrare la nozione di qualità di vita su una base soggettiva, considerando unicamente ciò che viene ritenuto importante dall'anziano e il conseguente grado di soddisfazione [Murrell 1999]. Anche tale approccio presenta, tuttavia, forti limiti, poiché allarga a dismisura lo spettro delle dimensioni della qualità di vita da considerare ai fini dell'analisi [Allison *et al.* 1997]. Per tale motivo, un tentativo ulteriore è stato quello di concettualizzare la qualità di vita lungo una dimensione soggettiva, ma concentrando l'attenzione su una serie di bisogni (come quello di autonomia, controllo della propria vita, realizzazione di sé, piacere) che possono essere ritenuti universali [Hyde *et al.* 2003].

Anche in questo caso, sono emersi disallineamenti interessanti tra nozioni più oggettive e più soggettive della qualità di vita. Si è mostrato, ad esempio, come non sempre, al registrarsi di condizioni di vita oggettivamente difficili (in termini di salute, isolamento sociale, oppure povertà economica), si registri parimenti un basso livello di soddisfazione soggettiva [Delhey 2004; Gaymu e Springer 2010]. Emerge qui un «paradosso della soddisfazione», per cui le caratteristiche delle condizioni di vita non si associano necessariamente al grado di soddisfazione: un paradosso che sembra spiegarsi alla luce della capacità di adattamento degli anziani, che tenderebbero ad aggiustare le loro aspettative

sulla base dei cambiamenti oggettivi che hanno luogo nel corso di vita, mantenendo così stabile il proprio livello di soddisfazione rispetto alla qualità di vita [Hyde *et al.* 2003; Gaymu e Springer 2010; Lloyd *et al.* 2016].

Anche in questo caso, la letteratura ha messo in evidenza l'importanza di considerare non solo la dimensione micro-individuale, ma anche la rilevanza dei fattori contestuali nel modellare la qualità di vita dell'anziano [Buffel *et al.* 2012b]. Contano, infatti, aspetti come le norme sociali e culturali, la presenza di supporti istituzionali, l'organizzazione dello spazio urbano e abitativo.

È precisamente all'analisi di queste dimensioni che dedicheremo attenzione nei contributi presentati in questo volume.

3. *Le prospettive di ricerca*

Come si è tentato di riassumere sopra, il dibattito attorno ai temi della fragilità, dell'isolamento sociale e della qualità di vita degli anziani è ampio e articolato. Diverse sono le dimensioni di indagine considerate dai vari studiosi. Pur nella diversità del dibattito, è comunque possibile identificare un doppio asse di indagine. Esso riguarda il rapporto fra elementi «oggettivi» e «soggettivi», e fra dimensione individuale e di contesto. Da un lato, infatti, abbiamo visto come, per quanto risulti fondamentale la misurazione dei concetti attraverso variabili ed indicatori in grado di restituire l'oggettività dei fenomeni, al contempo tali fenomeni sono profondamente radicati nell'esperienza concreta di vita delle persone; e, per questo stesso motivo, fortemente modellati dalla percezione soggettiva e dalle aspettative delle persone in età anziana e dei loro familiari.

Dall'altro lato, si è anche visto come la rilevanza della dimensione individuale/soggettiva non deve far incorrere nel rischio di trascurare le condizioni più generali di contesto. Esse, infatti, possono rappresentare elementi di opportunità, ma anche di vincolo nelle traiettorie di vita degli individui. In estrema sintesi, posto in questi termini, l'invecchiamento,

e i suoi tratti meno visibili, va studiato adottando schemi analitici multidimensionali, in grado di cogliere la complessità delle dimensioni e dei fattori che incidono concretamente sulle condizioni di vita dell'anziano.

4. *Gli spazi dell'«ageing in place»*

Qualità della vita e isolamento sociale, per gli anziani fragili che invecchiano soli a casa propria, dipendono da fattori individuali e di contesto, oggettivi e soggettivi. Per quanto riguarda i fattori di contesto, oltre ai regimi di welfare e di aiuto, l'ambiente costruito – che rappresenta la dimensione oggettiva del più ampio concetto di contesto abitativo¹ – ha un ruolo determinante. Le caratteristiche degli spazi costruiti in cui l'anziano si muove, infatti, possono amplificare o attenuare sia la sua fragilità (rispetto, ad esempio, agli incidenti domestici), sia il suo isolamento materiale e sociale (in termini di possibilità di muoversi fuori della propria abitazione e coltivare la sfera sociale), sia, in ultima istanza, le condizioni oggettive e soggettive del suo benessere (il sentirsi soddisfatti e sicuri nel proprio ambiente abitativo). A partire da queste premesse, tre sono le principali scale di analisi che contano per comprendere come l'ambiente costruito influenzi la vita di relazione e la qualità di vita degli anziani: l'abitazione, l'edificio e il quartiere.

Il primo livello di analisi riguarda l'*abitazione* o ambiente domestico. Le persone fragili spendono la maggior parte del loro tempo in casa. Un bisogno centrale per queste persone è, pertanto, riuscire a svolgere autonomamente, il più a lungo possibile e in condizioni di sicurezza, le attività della vita quotidiana. Sul piano soggettivo, è anche fondamentale mantenere un rapporto confortevole con il proprio ambiente domestico. Questo rapporto ha, infatti, una forte dimensione

¹ Quest'ultimo, infatti, oltre alla dimensione fisica del costruito, abbraccia anche la dimensione emotiva (attaccamento ai luoghi) e sociale (sfera relazionale) del contesto in cui si vive.

sentimentale, e si basa in larga misura sulla memoria del vissuto, sulle abitudini e sulle routine quotidiane sviluppate nel tempo. Esiste ormai un'ampia letteratura a supporto di questo stretto rapporto tra ambiente domestico e qualità della vita, sia in termini oggettivi che soggettivi [Lawton e Nahemow 1973; Evans *et al.* 2002; Iwarsson *et al.* 2007; Oswald *et al.* 2007; Herbers e Mulder 2017].

Il secondo livello di analisi riguarda l'*edificio* nel quale è collocata l'abitazione. A volte le due scale coincidono (nel caso di unità abitative indipendenti), ma molto più spesso, specie nei contesti urbani, le unità abitative sono inserite in edifici multifamiliari, spesso a più piani. Rispetto a questa scala di analisi, conta soprattutto il rapporto tra l'interno e l'esterno dell'abitazione. Il comfort e la sicurezza all'interno della propria abitazione possono garantire una buona qualità della vita, ma non sono sufficienti a prevenire i rischi di isolamento. Questi ultimi sono indissolubilmente legati alla possibilità materiale di uscire dal proprio ambiente domestico e coltivare la sfera relazionale esterna, sia essa di vicinato o di quartiere. Il rapporto con il mondo esterno è una condizione primaria per l'espletamento di molte attività della vita quotidiana e di buona parte delle relazioni sociali. Non solo, quindi, portar fuori la spazzatura, fare la spesa, ritirare la pensione o vedere un dottore, ma anche incontrare vicini, commercianti, conoscenti e amici e partecipare ad attività sociali o culturali.

La possibilità di uscire all'esterno della propria abitazione è quindi condizione primaria per prevenire l'isolamento sociale delle persone. L'esistenza di barriere architettoniche nell'edificio che impediscono questa possibilità (scale, gradini, accessi difficoltosi), in assenza di dispositivi di aiuto (ascensori, rampe, corrimani, dispositivi automatici di apertura), diventa pertanto un fattore determinante di confinamento nella propria abitazione e quindi di isolamento sociale, con conseguenze sulla qualità della vita, oggettiva e percepita. Per quanto riguarda la qualità percepita, è anche importante la dimensione relazionale legata all'edificio: il numero e il tipo di nuclei familiari residenti e la loro evoluzione, così come il numero di anni trascorsi nell'abitazione, influenzano in modo

significativo la qualità delle relazioni di vicinato, il senso di appartenenza ad una comunità e la sicurezza percepita delle persone. Come si dirà successivamente, l'esistenza di barriere architettoniche è una realtà assai diffusa nel nostro paese, e colpisce soprattutto la popolazione anziana che, se da un lato è la più condizionata dalle limitazioni dettate da queste barriere, dall'altro è anche la più esposta, a causa della maggiore vetustà del patrimonio edilizio in cui gli anziani frequentemente risiedono.

La terza scala di analisi riguarda il *quartiere*, o più in generale il contesto esterno di prossimità, nell'ambito del quale le persone svolgono attività quotidiane quali fare la spesa o usufruire di servizi e amenità. Quand'anche le persone fragili siano in grado di uscire, le caratteristiche fisiche dei contesti esterni e la presenza di servizi di prossimità condizionano in maniera rilevante sia la motivazione ad uscire, sia la fruizione di tale contesto esterno. Anche a questa scala intervengono condizionamenti oggettivi di tipo materiale, quali lo stato di strade e marciapiedi, la presenza e la facilità di accesso a spazi pubblici, la disponibilità di servizi e amenità, la possibilità di accedere a trasporti pubblici. Oltre alle caratteristiche fisiche del quartiere, che possono favorire o ridurre la mobilità esterna, intervengono inoltre caratteristiche socioeconomiche, oggettive e percepite, quali la struttura e l'evoluzione sociale del quartiere, la dotazione di servizi e il livello di manutenzione degli spazi pubblici, che influenzano il senso di appartenenza, la sicurezza percepita e il senso di soddisfazione delle persone. Questo è tanto più vero nel caso degli anziani fragili che invecchiano a casa propria, per i quali le routine di fruizione del quartiere e il sistema relazionale di comunità accumulato nel tempo, rappresentano una componente importante della qualità percepita della propria vita [Zajczyk 2018].

Come si osserverà anche nel leggere le risultanze dello studio qui presentato, le barriere ambientali – specie quelle esterne all'abitazione – condizionano negativamente la qualità della vita delle persone fragili che invecchiano sole a casa propria, riducendo la loro autonomia e accentuando il loro isolamento materiale e sociale. Non è un caso che le strate-

gie per l'*ageing in place* si stiano orientando ad integrare la dimensione dell'ambiente costruito nell'ambito di politiche sociali più generali finalizzate a sostenere questa strategia.

La coscienza del ruolo negativo delle barriere ambientali si sviluppa, come è noto, a partire dagli anni '50 del secolo scorso, in relazione ai problemi di mobilità delle persone disabili. Da allora, si sono sviluppati movimenti e iniziative che hanno generato anche significativi cambiamenti normativi, sia per quanto riguarda l'edilizia privata, sia e soprattutto per quanto riguarda l'edilizia residenziale pubblica e gli spazi pubblici. Una svolta importante avviene nel corso degli anni '90, quando da un approccio «negativo» (la rimozione delle barriere architettoniche) si passa ad un approccio «positivo» e olistico, basato sui concetti di *universal accessibility* e *universal design* [Sarlo *et al.* 2019]. Questo nuovo approccio parte dalla considerazione che la disabilità – nelle sue diverse forme e intensità – è una condizione che si verifica nel corso dell'intero arco della vita delle persone, e che quindi nella produzione di beni, servizi e ambiente costruito sia necessario considerare *ex ante*, cioè già in fase di progettazione, tutte le possibili categorie di fragilità e inabilità, piuttosto che agire *ex post* per rimuovere le barriere [Mace 1998]. Dal concetto di progettazione «per i bisogni speciali» si passa pertanto ad un concetto di progettazione inclusiva, «per tutti» [Steffan 2006].

Nel nuovo millennio, in concomitanza con il problema dell'invecchiamento della popolazione, il dibattito evolve ulteriormente. Ci si rende conto che le città contemporanee sono state progettate e costruite per persone giovani e normodotate, e non a misura dei bambini, delle persone con disabilità o per chi, come molti anziani, durante il proprio processo di invecchiamento manifesta crescenti limitazioni nelle proprie capacità di muoversi [Handler 2015]. In connessione con le politiche a sostegno dell'*active ageing* e dell'*ageing in place*, si sviluppa così l'approccio delle *age-friendly cities* [Davey *et al.* 2004; Wiles 2005; WHO 2007; Mugnano 2018; Zajczyk 2018], che pone l'ambiente costruito al centro delle politiche per gli anziani, spesso in forte connessione con le politiche sociali. Nel solco di questo

approccio si sono sviluppate numerose iniziative, diverse per scala di azione, struttura organizzativa, e attori, sia dal basso per iniziativa di organizzazioni della società civile, che dall'alto per iniziativa pubblica, più diffusamente alla scala municipale e di quartiere [Sarlo *et al.* 2021]. Come si dirà meglio nel volume (cfr. cap. 8), le iniziative più innovative e di maggiore successo sono quelle che integrano l'attenzione all'ambiente costruito con la dimensione sociale, e quelle che riescono a mobilitare e integrare l'azione pubblica con quella dell'associazionismo.

5. *Il bisogno di cura e il modello italiano di «long-term care»*

Oltre che dalle caratteristiche dell'ambiente costruito, l'*ageing in place* è fortemente influenzato dall'ampiezza, intensità e qualità dei servizi sociali e sanitari finalizzati ad offrire le prestazioni di cura di cui l'anziano fragile necessita. Le caratteristiche del nostro sistema di welfare e, nello specifico, del sistema di *long-term care*, giocano quindi un ruolo importante nel sostenere un invecchiamento a casa di buona qualità.

In quali condizioni è il sistema che caratterizza attualmente il nostro paese? L'elemento più evidente è il forte disallineamento esistente tra la domanda di assistenza e l'offerta di servizi disponibili. L'Italia è notoriamente uno dei paesi più longevi al mondo: una situazione che se da un lato certifica le relativamente buone condizioni di salute della sua popolazione complessiva, dall'altro è accompagnata dalla presenza di un elevato numero di cittadini anziani non più (completamente o parzialmente) autosufficienti, e come tali quindi bisognosi di cure continuative adeguate. Tale sfida è stata ulteriormente acuita dalla pandemia da COVID-19, che ha evidenziato una serie di debolezze del nostro sistema assistenziale, sia sul fronte delle cure domiciliari, che su quello dei servizi residenziali. Nel 2019, immediatamente prima dello scoppio della pandemia, tra gli over 65enni la popolazione residente a domicilio con elevate necessità di cura della persona o della casa raggiungeva nel nostro

paese il 30% del totale, con una forte sperequazione di genere (37% tra le donne, e meno del 20% tra gli uomini) [European Commission and Social Protection Committee 2021]. Questo dato saliva al 40% tra gli over 75enni – per un totale di circa 2,7 milioni di persone non completamente autonome [ISTAT 2021a] – ed è ragionevole attendersi un peggioramento della situazione a seguito dell’impatto della pandemia, che ha tra l’altro ridotto la speranza di vita di oltre un anno in Italia, più di quanto non sia accaduto negli altri paesi [OECD 2021], con un impatto sul fabbisogno assistenziale non ancora del tutto chiaro, sebbene sicuramente importante.

A questa elevata domanda di cura cerca di rispondere un sistema che è stato spesso definito di tipo familista [Saraceno e Naldini 2011]. La colonna portante di tale sistema è costituita, infatti, dai *caregivers familiari*, prevalentemente donne (mogli e figlie *in primis*), che assicurano nel nostro paese un’intensità di cure in termini di frequenza e ore fornite che è ben più rilevante di quella riscontrata nella gran parte dei paesi europei. Le misure a loro sostegno appaiono ancora piuttosto scarse e frammentarie, spesso limitate ad assicurare permessi e congedi a coloro che sono impegnati nel mercato formale del lavoro, e assai meno rilevanti per chi non ne fa parte, come ad esempio i lavoratori autonomi o «atipici» e i coniugi in età anziana. In alcune regioni, tuttavia, sono stati attivati da qualche anno alcuni interventi mirati – con l’Emilia-Romagna che ha fatto da apripista, nel 2014² –, di recente in parte potenziati dalle (limitate) risorse messe a disposizione a livello nazionale, attraverso il Fondo per il *caregiver familiare*.

L’altra componente del modello italiano di *long-term care*, anch’essa di importanza ormai sistemica, è quella del lavoro di cura prestato dalle *assistenti familiari* (le cosiddette «badanti»), prevalentemente donne, assunte privatamente per la cura della casa o della persona non autosufficiente

² Emilia-Romagna, Legge Regionale del 28 marzo 2014, n. 2, «Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)».

[Pasquinelli e Pozzoli 2021]. Le dimensioni del fenomeno, di difficile stima perché caratterizzato da un elevato grado d'irregolarità contrattuale, raggiungono in Italia un valore tra i più elevati del panorama europeo, anche per l'effetto incentivante determinato dalla presenza di provvidenze monetarie senza vincoli di scopo (come l'indennità di accompagnamento a livello nazionale e gli assegni di cura locali). Tali figure svolgono pertanto un ruolo fondamentale nel consentire ad un numero molto elevato di anziani non autosufficienti di trascorrere gli ultimi anni della propria esistenza a domicilio, alleviando ed affiancando le attività di cura svolte dai *caregivers* familiari. Questo risultato è, tuttavia, raggiunto al prezzo di notevoli criticità, in termini di elevata diffusione del lavoro irregolare e di una sua scarsa qualificazione ed integrazione rispetto alla rete dei servizi formali.

Infine, il sistema di cura italiano è completato dai *servizi domiciliari* offerti dal sistema pubblico. In Italia, la percentuale di persone con elevate necessità di cura che ricevono servizi di assistenza domiciliare risulta apparentemente superiore alla media europea (28% rispetto al 22%) [European Commission and Social Protection Committee 2021]. Questo dato, tuttavia, nasconde il fatto che l'intensità di tali sostegni, in termini di frequenza e numero di ore, è nel nostro paese ben più ridotta, spesso limitandosi a pochissimi, brevi accessi a settimana [Noli 2021], e quindi finisce con l'essere decisamente inadeguata ai bisogni degli utenti [Fosti e Notarnicola 2019]. Ciò è avvalorato dal fatto che, nell'ambito dell'Unione Europea, i cittadini italiani sono coloro che più spesso motivano il mancato utilizzo dell'assistenza domiciliare pubblica con l'assenza di tale servizio nel loro territorio (lo riferisce quasi un italiano su tre, rispetto ad una media europea intorno al 10%), e con il non poterselo permettere per insufficienti risorse finanziarie (motivo addotto dal 35% degli italiani) [European Commission and Social Protection Committee 2021]. Inoltre, l'erogazione di tali servizi domiciliari avviene in modo spesso poco coordinato rispetto al complesso degli altri interventi erogati – monetari e/o in natura [Bertoni

2018] – e attraverso una varietà di modalità e di punti di accesso che rende difficile al cittadino non autosufficiente (e ai suoi *caregivers* familiari) fruire dei vari supporti, con forti disuguaglianze geografiche [Pelliccia 2021]. La frammentarietà dei servizi è ancor più sottolineata dalla netta separazione esistente tra l'assistenza di tipo sanitario (l'assistenza domiciliare integrata, erogata per un periodo limitato ad alcune settimane o mesi, e concentrata in prestazioni mediche, infermieristiche o riabilitative) e quella sociale (il servizio di assistenza domiciliare dei comuni, concesso solo a persone in stato di estrema povertà e di forte bisogno assistenziale, e concentrato su aiuto domestico, fornitura di pasti a domicilio, e servizi di assistenza sociale).

Le capacità di sostegno dell'*ageing in place* da parte del sistema di *long-term care* in Italia sono dunque limitate da uno scarso sviluppo dei servizi domiciliari, a cui fa da contraltare un peso prevalente dell'assistenza familiare e di quella reperita sul mercato privato, soprattutto per quanto riguarda le assistenti familiari. Si tratta di un sistema imperniato sulla solidarietà familiare da un lato, e sul mercato privato dall'altro. Lascia dunque insoddisfatti soprattutto i bisogni di cura degli anziani soli, di quelli sprovvisti di una rete familiare di sostegno, e che contemporaneamente non sono in grado – per la condizione economica, per quella abitativa, o per difficoltà psicologiche o relazionali – di ricorrere all'assistente familiare. A questi anziani, fragili e isolati socialmente, la rete dei servizi pubblici offre prestazioni molto circoscritte nel tempo e nell'intensità, aggravate dalla scarsa o nulla integrazione socio-sanitaria, capaci di coprire solo un'utenza altamente problematica. Anche su questo aspetto, dunque, lo spazio dell'innovazione, istituzionale e non, è molto ampio.

6. «*Ageing in place*» e innovazione sociale

In un sistema di welfare che non è (più) in grado di contare interamente sullo Stato e/o sulla famiglia, negli ultimi venti anni si sono moltiplicate le iniziative, le prati-

che e le politiche che tentano di dare risposte al problema dell'invecchiamento degli anziani fragili e soli, in modo innovativo rispetto alle modalità consolidate e ormai insufficienti. Pur se estremamente diversificate – per contenuti, attori, processi e contesti – molte di tali iniziative si caratterizzano a tutti gli effetti come importanti momenti di innovazione sociale, nella misura in cui rispondono a bisogni non soddisfatti, modificano le relazioni tra gli attori (utenti e famiglie, operatori pubblici e privati, società civile) e danno voce e consapevolezza agli attori più fragili (gli anziani), generalmente esclusi dai processi decisionali [Moulaert *et al.* 2010].

Quasi sempre queste pratiche si originano dal basso (organizzazioni della società civile, associazioni di utenti) e sono operate su scala locale, ma si riscontrano anche pratiche di iniziativa pubblica coordinata dall'alto, sia essa europea, nazionale o locale. Come è stato sottolineato [Kazepov *et al.* 2020], le pratiche innovative hanno geometrie variabili e si muovono spesso *attraverso* le diverse scale istituzionali e territoriali, generando reti e processi di scambio e apprendimento. Inoltre, una caratteristica trasversale delle pratiche innovative per l'*ageing in place* è l'*integrazione* fra servizi e attori.

Le pratiche innovative per l'*ageing in place* esaminate nel corso di questa ricerca, in Italia e in Europa [Sarlo *et al.* 2021], consentono di individuarne i fattori di successo e di replicabilità. Si tratta di iniziative finalizzate a migliorare la qualità della vita degli anziani sia in casa (rimozione barriere, domotica, servizi domiciliari), che fuori casa (mobilità, socialità), nonché a migliorare il riconoscimento dei bisogni degli anziani e l'offerta di servizi a loro dedicati (azioni «di sistema»). Come si dirà meglio nel corso del volume (cfr. cap. 7), le iniziative di maggiore successo sono quelle che riescono ad integrare le diverse sfere di aiuto (Stato, comunità, famiglia) e i diversi bisogni (materiali e sociali), coinvolgendo attivamente gli utenti in un processo di *governance* sia orizzontale, che verticale. Emerge anche quanto le capacità di affrontare in modo innovativo l'*ageing in place* siano fortemente condizionate dai contesti territoriali, in

particolare dai sistemi di welfare, dalle istituzioni locali e dai modelli culturali.

7. *Le azioni di ricerca*

È a partire dai temi e dai concetti discussi nei paragrafi precedenti che si è sviluppata la ricerca oggetto di questo volume, denominata IN-AGE, acronimo di *INclusive AGEing in Place* (Abitare l'età fragile). L'obiettivo fondamentale di questo studio è stato di indagare empiricamente la condizione degli anziani fragili che vivono soli a domicilio nel nostro paese, attraverso tre azioni di ricerca principali.

La prima, fondata su una comparazione a scala europea, ha considerato la condizione degli anziani fragili a domicilio, la qualità di vita, il grado di isolamento sociale, nonché i principali fattori che spiegano le differenze osservate fra i paesi. La seconda azione, che ha costituito la parte centrale della ricerca, si è imperniata su un'indagine in profondità, attraverso il contatto diretto, delle condizioni di vita degli anziani fragili che vivono da soli, considerando i molteplici contesti territoriali in cui questi risiedono nel nostro paese. Infine, la terza azione ha identificato e ricostruito, in un'ottica comparata, pratiche innovative di *policy* a sostegno dell'invecchiamento dell'anziano nel proprio contesto di vita, in Italia e in Europa.

La fase di ricerca più delicata è stata la realizzazione di 120 interviste semi-strutturate con anziani fragili che abitavano da soli, condotte in presenza e direttamente nella casa degli intervistati. La selezione degli intervistati è avvenuta sulla base di un campionamento non probabilistico, ma mirato (cosiddetto *purposive sampling*) [Tong *et al.* 2007; Lloyd *et al.* 2016]. Sono stati intervistati anziani che vivono soli, a casa propria, senza la presenza di un familiare (ma in alcuni casi con un'assistente familiare convivente), con un certo grado di limitazione nello svolgimento delle attività funzionali di vita quotidiana, né troppo forte, né tale da consentire un grado di autonomia ordinaria. Rispetto ad analisi socio-demografiche più ampie, questa ricerca ha

quindi osservato l'esperienza degli anziani attraverso una lente di osservazione ravvicinata, che consentisse di adottare una grana più fine di analisi rispetto alle *survey* statistiche a più ampio spettro [Palinkas *et al.* 2015].

Poiché le differenze territoriali nel nostro paese sono molto rilevanti, e non sono purtroppo significativamente ridotte, ma forse accentuate, dai sistemi regionali di welfare, sono state selezionate tre regioni in cui la struttura produttiva e occupazionale, le fonti e i livelli di reddito, il mercato immobiliare, l'offerta di servizi e i sistemi di welfare sono profondamente diversi, condizionando in misura rilevante la qualità della vita e i rischi di isolamento degli anziani: Lombardia, Marche e Calabria. Ma le differenze territoriali non finiscono qui. Un altro elemento è costituito dalla differenziazione tra contesti rurali, soprattutto se caratterizzati da fenomeni di spopolamento come accade nelle aree interne³, e contesti urbani. Nei primi, la minore densità abitativa e la localizzazione geografica periferica comportano spesso una minore presenza di servizi e amenità, una maggiore distanza dagli stessi e una rete di aiuti pubblici più rarefatta. La perdita di autonomia comporta qui, pertanto, maggiori rischi di isolamento. Nei contesti urbani, per contro, la maggiore densità abitativa favorisce una più ampia offerta di servizi di prossimità, sia pubblici, che privati, anche se la quantità e la qualità di questa offerta è molto diversificata tra quartieri, comuni e regioni.

Sulla base di questa doppia stratificazione territoriale, la ricerca è stata svolta nelle città di Brescia, Ancona e Reggio Calabria e, all'interno di queste città, nei quartieri a più spiccata concentrazione di popolazione anziana e di

³ A livello internazionale, va notato come non esista una definizione standard di contesto rurale, che tende invece a differenziarsi nei vari paesi [Neville *et al.* 2021]. Nel caso italiano, tali contesti assumono prevalentemente la fisionomia delle aree interne [Osti 2016], ovvero aree che si caratterizzano in particolare per un'estrema lontananza dai servizi di base, come nel caso dell'accesso ai servizi sanitari, educativi e di mobilità [Agenzia per la coesione territoriale 2022]. Per tale motivo, in questo volume, i concetti di contesto rurale e di area interna saranno utilizzati in modo interscambiabile.

elementi di fragilità urbana (maggiore concentrazione di edilizia residenziale pubblica oppure di disoccupazione). Per quanto riguarda le aree rurali, queste sono state selezionate tra quelle identificate dalla Strategia nazionale per le aree interne (SNAI) del 2014, sempre nelle suddette regioni: Oltrepò Pavese in Lombardia, Appennino Basso Pesarese e Anconetano nelle Marche, Grecanica in Calabria. La suddivisione delle interviste ha seguito questo disegno, comprendendo quindi 24 interviste in ciascuna città e 16 interviste per ciascuna area interna.

L'accesso al campo e il «reclutamento» degli anziani intervistati sono stati facilitati grazie al coinvolgimento di numerose realtà associative e di volontariato impegnate nel supporto degli anziani fragili soli, con un ruolo centrale svolto da Auser (Associazione per l'invecchiamento attivo), partner stesso del progetto di ricerca IN-AGE. Coerentemente ad un approccio metodologico di ricerca e innovazione responsabile (RRI) [Guston e Stilgoe 2017], questo coinvolgimento ha rappresentato non solo un supporto operativo indispensabile nel dispiegamento della ricerca, ma anche un contributo fondamentale nello sviluppo della ricerca stessa, attraverso l'organizzazione di momenti di condivisione e confronto *in itinere* fra ricercatori e organizzazioni sociali. La mobilitazione dei rappresentanti regionali e locali di Auser, nonché delle loro reti di interlocuzione pubblica e privata, ha consentito di individuare i potenziali soggetti da intervistare e facilitare i contatti. Altri soggetti sono stati successivamente identificati attraverso il meccanismo dello *snowball*, cioè per passa-parola e diffusione dell'informazione. Seppure il campione di anziani intervistati non sia statisticamente rappresentativo, l'applicazione di alcuni chiari criteri di inclusione⁴ nella selezione dei soggetti (come, ad

⁴ I criteri di inclusione dei soggetti da intervistare sono stati i seguenti: almeno il 30% di soggetti maschi in ogni contesto territoriale; età ≥ 70 anni per i soggetti maschi e ≥ 75 anni per i soggetti femmine (in alcuni casi di particolare fragilità la soglia dell'età è stata tuttavia abbassata); livello determinato di fragilità (autonomia limitata all'interno dell'ambiente domestico e ridotta all'esterno dell'abitazione, tale da non consentire uscite più di due volte alla settimana e solo con aiuti strumen-

esempio, vivere da soli e presentare un determinato livello di fragilità) ha restituito un campione sufficientemente circoscritto e proporzionato da consentire un'analisi di tipo esplorativo-confermativo [Yin 2015]. Dato il particolare profilo di fragilità del target di intervista, l'intera procedura di investigazione è stata sottoposta preliminarmente al vaglio del Comitato Etico del Politecnico di Milano (autorizzazione n. 5/2019 del 14/03/2019).

Le interviste sono state svolte sulla base di una traccia semi-strutturata, organizzata attorno a diversi fuochi tematici, e concretamente svolte alternando alcune domande più strutturate, finalizzate a raccogliere informazioni di tipo oggettivo, con domande aperte, che hanno introdotto nell'intervista un registro di tipo maggiormente narrativo. Si è cercato così di raccogliere, oltre al materiale informativo oggettivo, anche il punto di vista soggettivo della persona [Puts *et al.* 2009; Lloyd *et al.* 2016; Lloyd *et al.* 2020], cioè le modalità attraverso cui l'anziano definisce la propria situazione, percepisce sé stesso e il rapporto con gli altri, i suoi bisogni e le priorità, la capacità di adattamento e/o di fronteggiamento in condizioni di criticità [Lloyd *et al.* 2016].

Tutte le interviste sono state trascritte integralmente, con l'applicazione di appositi pseudonimi in grado di garantire l'anonimato delle persone intervistate, e sottoposte ad un'analisi tecnica di contenuto, attraverso l'identificazione di macro-categorie, temi chiave e relazioni ricorrenti tra parole e/o concetti [Corbin e Strauss 2008; Warmoth *et al.* 2016]. Coerentemente con lo stile di ricerca prescelto, si è adottato un approccio sia deduttivo, a partire dallo schema di analisi e dai temi principali identificati in letteratura (cfr. *supra*), sia induttivo [Puts *et al.* 2009; Cho e Lee 2014], sviluppando linee interpretative in modo non rigidamente predefinito, ma a partire dalle storie individuali, raccolte sul campo.

La conduzione della ricerca sul campo ha coperto il periodo maggio-dicembre 2019 e si è conclusa alle soglie

tali o umani); persone che vivono sole, cioè senza familiari conviventi o residenti nello stesso edificio/isolato (fino al 25% anche con «badante» convivente o diurna).

dello scoppio della pandemia e della crisi sanitaria, che ha fortemente colpito, come già sottolineato, proprio la popolazione anziana fragile. Per tale motivo, si è inteso aggiungere – rispetto a quanto previsto inizialmente – un tassello ulteriore alla ricerca, realizzando successivamente alla prima ondata del COVID-19, nel periodo luglio-settembre 2020, un *follow-up* di interviste (in questo caso telefoniche) con 41 anziani già intervistati (nelle città di Brescia e di Ancona), per cogliere i cambiamenti principali e le conseguenze derivanti dalla pandemia.

8. *Piano del volume*

Il volume è articolato nel seguente modo.

I capitoli 2 e 3 esplorano in profondità i dati disponibili per restituire una mappa il più possibile completa della situazione degli anziani soli e fragili sia nel nostro paese che in Europa. Nello specifico, il capitolo 2 è dedicato alla situazione nazionale, mentre il capitolo 3 confronta le condizioni di isolamento sociale e di qualità della vita degli anziani nei diversi regimi di welfare europei, mettendo in evidenza le peculiarità del caso italiano.

I quattro capitoli successivi riportano i risultati delle interviste descritte in precedenza (cfr. *supra*). Il capitolo 4 è focalizzato sull'isolamento sociale e sul senso di solitudine degli anziani fragili che vivono soli: quali forme assumono l'isolamento sociale e il senso di solitudine delle persone anziane fragili che vivono a domicilio? Quali intrecci sussistono tra la fragilità della persona anziana, il grado e il tipo di isolamento sociale che sperimenta e il livello di solitudine che percepisce? Quali prime spiegazioni è possibile proporre per spiegare tali intrecci? Il capitolo 5, invece, tratta delle reti di cura e dell'uso dei servizi sociali e sanitari: come sono organizzate la cura e l'accudimento degli anziani fragili che abbiamo intervistato? Quali servizi sanitari e quali servizi sociali vengono utilizzati? A cosa servono e a cosa non rispondono? Quale ruolo ricopre l'assistente familiare, e quale ruolo fondamentale viene giocato dai

membri della famiglia? Cosa accade di fronte ad una situazione di bisogno improvvisa, ad un'emergenza? Il capitolo 6 si focalizza sull'ambiente costruito in cui l'anziano vive: quali caratteristiche ha l'abitazione in cui risiede? Esistono barriere architettoniche importanti, e come vengono percepite? Quali comportamenti vengono adottati dagli anziani di fronte ai vincoli e alle opportunità del contesto? Quali elementi caratterizzano gli edifici in cui vivono, e il quartiere circostante? Il capitolo 7, infine, si concentra sulla gestione della pandemia da parte degli anziani: quali problemi sono emersi? Come è stata, eventualmente, riorganizzata la vita quotidiana durante l'emergenza? Come si sono riconfigurati i rapporti familiari e sociali? Quali servizi sono stati utilizzati, e con quale grado di soddisfazione? Qual è stato il vissuto di persone potenzialmente a grave rischio, soprattutto nel primo anno della pandemia quando non erano disponibili i vaccini?

L'ultima parte del volume intende rispondere alla domanda sul *che fare*. Si guarda al futuro attraverso uno sguardo al presente per cogliere le tendenze in atto e le prospettive di miglioramento del sistema di supporto all'*ageing in place*. Il capitolo 8 presenta una disamina di pratiche di innovazione nei diversi campi rilevanti per l'*ageing in place*: quali sono le linee principali di innovazione in questo campo? Quali sono le innovazioni di prodotto (o di servizio) già disponibili oggi? Come si riconfigura la rete degli attori per aprire il ventaglio dell'innovazione? Che ruolo gioca in questa direzione l'*empowerment* dell'anziano? Il capitolo 9, che chiude il volume, riporta una riflessione collettiva dei curatori in cui si mettono a fuoco, alla luce delle analisi presentate nel volume, le sfide attuali e dell'immediato futuro, e si avanzano alcune proposte di azione.