DIPARTIMENTO DI ECONOMIA, SOCIETA', POLITICA

Corso di dottorato di ricerca in Economia, Società, Diritto

Curriculum

SOCIOLOGIA – GOVERNANCE, PARTECIPAZIONE SOCIALE E CITTADINANZA

XXXI ciclo

Tesi di Dottorato

"Social Housing and Care. Verso una nuova filosofia dell'abitare destinata alla popolazione anziana. Una ricerca sul territorio lombardo"

Settore scientifico disciplinare SPS/10

RELATORE
Chiar.mo Prof. Guido Maggioni

DOTTORANDO
Dott. Emilio Pobbiati

CORRELATRICE
Prof.ssa Emanuela Susca

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

Sommario

1 - INTRODUZIONE: SCOPI, CONTENUTI E METODO DELLA RICERCA 6

1.1 - Perché una ricerca sulla residenzialità leggera 6
1.2 - La metodologia seguita 7
1.3 - La struttura del lavoro 8
1.4 - Considerazioni valoriali sul problema dell'anziano nella nostra società come sfida e profezia 10

2 - UNA SOCIETÁ CHE INVECCHIA 13

2.1 - Il quadro demografico: l'Italia nel contesto europeo e mondiale 13
2.2 - Gli italiani: oltre che sempre di meno anche sempre più vecchi 17
2.3 - Ai primi (o ultimi?) posti in Europa e nel mondo 24
2.4 - Le prospettive: verso un futuro sempre meno giovane 25
2.5 - La presa di coscienza del problema dell'invecchiamento su scala globale: verso una società per tutte le età 30
2.5.1 – Un avvio lento ma una rapida accelerazione 30
2.5.2 - Nasce l'interesse per l'ambiente urbano: le città a misura di anziano 37
2.5.3 – Passi indietro? 39

3 - VERSO UN RIPENSAMENTO DELLA CONDIZIONE ANZIANA E DEL MODELLO DI ASSISTENZA 41

3.1 - Le diverse "età" dall'anziano 41
3.2 - "Dare vita agli anni": l'invecchiamento più "attivo" è già in atto 45
3.3 - Invecchiamento e fragilità tra definizione clinica e definizione psicosociale 50
3.4 - Fragilità e disabilità: dalla diagnosi alla prevenzione 56
3.5 - Le stime sulla presenza di fragilità e disabilità nella popolazione anziana 58
3.6 - Verso la definizione dell'anzianità come percorso: l'anziano nella prospettiva della cultura dell' "arco di vita" 60
3.7 - Un breve excursus sul tema della solidarietà intergenerazionale e dell'isolamento generazionale nella società 67
3.8 - L'habitat intergenerazionale come banco di prova della cultura dell' "arco di vita" 71
3.9 - Un ripensamento anche delle case per anziani. Verso forme di residenzialità leggera 77

4 - LO STATO DI SALUTE DEGLI ANZIANI E DEL LTC IN ITALIA 81

4.1 - Il forte divario tra sessantacinquenni e ultraottantenni 81
4.2 - Un breve excursus sul sistema LTC in Italia 90
4.2.1 - La domiciliarità 91
4.2.2 - La residenzialità 111
4.2.3 - Una valutazione complessiva del sistema di LTC in Italia 132
4.3 - Oltre la "casa di riposo": la residenzialità leggera 142
4.3.1 - Il percorso della ricerca negli Stati Uniti e la situazione italiana 142
4.3.2 - In Europa da tempo qualcosa si muove 147
4.3.3 - Esempi di "buone pratiche" di co-housing e di residenzialità leggera in Italia 158
4.3.4 - Per una valutazione complessiva delle esperienze di residenzialità leggera in Italia 164
4.3.5 - La residenzialità leggera nella legislazione della Regione Lombardia 166
4.3.6 - La ricerca "Abitare leggero in Lombardia" 172

5- UNA PROPOSTA INNOVATIVA DI RESIDENZIALITÁ LEGGERA: IL PROGETTO SYNERGY DI CARDANO AL CAMPO (VA) 175

5.1 - Che cos'è Synergy 175
5.2 - Lo strumento privilegiato del lavoro: le interviste semi-strutturate 179

5.2.1 - La trascrizione e l'analisi delle interviste *181*
5.2.2 - I temi affrontati e le modalità di somministrazione delle interviste *182*
5.3 - CONSIDERAZIONI PRELIMINARI 184
5.3.1 - La spontaneità delle risposte *184*
5.3.2 - Condizione reale e condizione percepita: un dualismo inevitabile *185*
5.3.3 - Il "filtro" della memoria e l'importanza del "raccontare" *186*
5.3.4 - La percezione del declino della vita e del venir meno della progettualità per il futuro *188*
5.4 - LE INTERVISTE AGLI OSPITI ED AI CAREGIVERS FAMIGLIARI 189
5.4.1 - I dati socio-anagrafici *189*
5.4.2 - Il percorso e le motivazioni che hanno condotto a Synergy *193*
5.4.3 - Il rispetto della competenza decisionale della persona anziana *202*
5.4.4 - Vivere in autonomia nella residenza *208*
5.4.5 – Una prima verifica: a che livello si pongono questi servizi? Sono in linea con gli scenari internazionali? *214*
5.4.6 - Una seconda verifica: gli ospiti sono adeguati a questo tipo di struttura? *216*
5.4.7 - Socialità e intergenerazionalità: due percorsi difficili *217*
5.4.8 - Una casa dove progettare ancora la vita o un posto dove si aspetta di morire ? *230*
5.4.9 - La retta *236*
5.4.10 - Punti di forza e criticità nel giudizio dei caregivers *237*
5.4.11 - Il grado di soddisfazione di ospiti e caregivers: per una valutazione della qualità della residenza *239*
5.5 - IL COLLOQUIO CON LA DIRETTRICE E L'INTERVISTA AL FONDATORE 242
5.5.1 - Mancanza di formazione del personale *242*
5.5.2 - Un graduale ridimensionamento rispetto agli obiettivi di partenza *243*
5.5.3 - Una sostanziale autoreferenzialità (voluta e subita) *245*
5.5.4 - Un "laboratorio" comunque positivo *247*
5.6 - CONCLUSIONI: UN PROGETTO "IBRIDATO" NEL TEMPO E CHE SEMBRA PROCEDERE PER FORZA D'INERZIA, MA LE CUI RAGIONI SONO TUTTORA VALIDE 248
INDICE DELLE FIGURE 258
INDICE DELLE TABELLE 260
BANCHE DATI E REPERTORI STATISTICI CONSULTATI 264
BIBLIOGRAFIA 265

1 - INTRODUZIONE: SCOPI, CONTENUTI E METODO DELLA RICERCA

1.1 - Perché una ricerca sulla residenzialità leggera

L'interesse che è all'origine del presente lavoro e ne sottende lo sviluppo nasce innanzitutto dalla mia attività professionale: occupandomi in questi anni di formazione del personale OSS, ho avuto modo di entrare in rapporto quasi quotidiano con strutture che si occupano di assistenza agli anziani nelle loro varie forme (RSA, RSA aperte, case albergo, case famiglia ecc.) e ho avuto modo di conoscere molti anziani in differenti condizioni, da quelli non autosufficienti e in totale deficit fisico-cognitivo a quelli con lievi limitazioni funzionali e ancora in gran parte autonomi, da quelli in buona salute e affiancati da una ampia rete relazionale e di sostegno a quelli che vivono in condizione di solitudine, isolamento e vulnerabilità sociale. Ho avvertito con chiarezza che il problema di fornire assistenza a questi anziani non può essere risolto con soluzioni univoche, standardizzate e uguali per tutti; servono al contrario soluzioni differenti e adeguate alle diversi condizioni.

D'altro canto è all'attenzione di tutti, anche dei mass media che ne parlano a scadenze intermittenti intervallate da lunghi silenzi (e spesso in toni retorici e inutilmente allarmistici), l'evoluzione demografica, sociale e strutturale della popolazione italiana. Continuo allungamento della vita degli individui di età avanzata e costante calo della fecondità hanno reso l'Italia un Paese tra i più vecchi al mondo. Aumentano in termini assoluti le persone di età elevata, mentre è sempre più basso il numero dei giovani e delle persone in età lavorativa. L'indice di vecchiaia indica attualmente che vi sono 173,1 persone con 65 anni e oltre ogni cento persone con meno di 15 anni (Istat. Annuario statistico italiano, 2019). La società italiana contemporanea, dunque, è popolata da persone anziane (una categoria molto ampia che arriva a comprendere quattro decenni, da 65 a 100 anni e oltre in alcuni casi) che vivono meglio e più a lungo rispetto a un tempo. Tuttavia, queste persone, nel periodo finale della loro vita, sono ineluttabilmente destinate, in grande maggioranza, a necessitare di interventi assistenziali che graveranno in maniera sempre più consistente sulla spesa pubblica del nostro Paese e metteranno sotto pressione il sistema del *welfare* che è stato costruito in questi ultimi decenni. La riflessione teorica, le decisioni politiche, l'attività degli operatori del settore, ma anche la pratica delle famiglie, hanno sviluppato in questi ultimi anni forme e modalità di assistenza alternative al ricovero e all'istituzionalizzazione nelle RSA. Si sono diffuse forme di assistenza che favoriscono l'*ageing in place*, con servizi strutturati, forniti da enti pubblici, ma anche con interventi in gran parte sregolati e improvvisati ad opera di *caregivers* famigliari e con l'utilizzo della figura delle badanti. Esistono però e si stanno sviluppando ulteriori forme di assistenza, alternative sia alle RSA che all'assistenza domiciliare "fai da te". Si tratta di forme definite di "residenzialità leggera" che presentano vari aspetti interessanti e meritevoli di studio e approfondimento. Sono soluzioni residenziali diverse

da quelle tradizionali, che si muovono nell'ambito della ricerca di nuove forme di *housing* sociale, pensate per anziani che possiedono ancora un sufficiente livello di autonomia e che possono, quindi, essere accompagnati in modo più adeguato nel loro percorso di vecchiaia, cura e protezione. Si tratta di esperienze ancora in numero minoritario rispetto ad altri Paesi europei ed alle RSA tradizionali, e che si muovono in un quadro normativo ancora confuso, anche se in questi ultimi anni cominciano ad essere oggetto di attenzione da parte delle istituzioni. Tali esperienze sono il segno precursore di un evidente cambiamento culturale, cambiamento che risponde ai bisogni di cura della condizione anziana in modo diverso, più personalizzato e meno standardizzato, si è tentati di usare le parole più "umano", e con costi minori rispetto alle strutture più tradizionali.

Oggetto della nostra indagine è una dei queste esperienze, da me incontrata nel corso della mia attività professionale: si tratta della residenza di Synergy, sorta nel 2014 a Cardano al Campo in provincia di Varese. L'intento, attraverso questo studio, è di definire le caratteristiche che può assumere la residenzialità leggera, valutarne la effettiva rispondenza rispetto alle esigenze ed ai bisogni delle persone anziane e delle famiglie che vi fanno ricorso, individuarne i punti di forza e le criticità e verificare se esse possano costituire una alternativa praticabile all'assistenza domiciliare o alla istituzionalizzazione di tipo tradizionale.

1.2 - La metodologia seguita

L'impostazione della ricerca è essenzialmente qualitativa, aperta, con un impianto costruito *in itinere* e non a priori (Corbetta, 2014). La teorizzazione non è generata a priori dialogando con la letteratura per poi essere sottoposta a verifica nei dati ma emerge induttivamente lavorando sui dati stessi (Bailey, 1, 2006; Glaser & Strauss, 1967) a loro volta confrontati con le acquisizioni scientifiche. Per questo la ricerca si basa in gran parte su interviste semi-strutturate nelle quali i soggetti intervistati e studiati hanno avuto un ruolo attivo e non puramente passivo e il ricercatore non si è limitato a formulare asetticamente i quesiti ma ha cercato l'immedesimazione empatica con loro, allo scopo di comprenderne i comportamenti, le motivazioni profonde e le dinamiche interiori, comportamentali e relazionali. L'obiettivo di fondo della ricerca infatti non è stato arrivare a formulare leggi o correlazioni in qualche modo generalizzabili ma comprendere in profondità il rapporto esistente tra gli ospiti e la struttura che li ospita.

Tale impostazione non è tanto per una scelta di campo a favore di questa tipologia di ricerca piuttosto che di quella di tipo quantitativo, quanto perché si è riconosciuto che questa era la modalità più adeguata all'oggetto che si voleva studiare e all'ambito in cui ci si apprestava ad operare (lo scrivente ritiene infatti egualmente legittimi i due metodi, e applicabili con utilità e profitto a seconda però del tipo di oggetto sottoposto ad indagine).

La ricerca è condotta mediante lo "studio di un caso", nell'ambito ristretto di una residenza, attraverso interviste scelte tra gli ospiti ritenuti in grado di sottoporsi ad esse (non sono stati presi in considerazione quelli che da esame di cartella clinica risultavano compromessi nelle capacità soprattutto cognitive). A queste hanno fatto seguito ulteriori interviste, realizzate, purtroppo, ad un anno circa di distanza a causa del *lockdown* imposto dalla pandemia di Covid 19, a un gruppo di *caregivers* famigliari ed alla Direttrice della struttura. Non si è seguito in questa scelta nessun criterio di campionatura statisticamente rappresentativa. L'ampiezza dello studio è quindi ristretta ("ricerca micro", Bailey, cit.) e punta alla profondità, senza pretesa di generalizzazione oltre i dati specifici raccolti.

A dati quantitativi si è fatto ricorso per delineare il contesto generale in cui prende vita e diventa plausibile questa ricerca: ove necessario, ad esempio nelle rilevazioni di carattere demografico riguardanti l'andamento e la struttura per età della popolazione, oppure nei rilevamenti delle condizioni di salute e sociali delle persone anziane o dello stato dell'arte del sistema assistenziale italiano anche in rapporto alla situazione europea, si è fatto ricorso a fonti e banche dati statistiche fornite da agenzie di rilevazione e istituzioni ufficiali.

Una ricerca di tal genere e su tali obiettivi ha dovuto inevitabilmente sfiorare altri campi ed altre discipline: psicologia evolutiva, antropologia, gerontologia, filosofia, diritto. Trattandosi di campi diversi dal mio ho cercato di muovermi con le dovute cautele e affidandomi alla letteratura più validata.

1.3 - La struttura del lavoro

La ricerca su Synergy che si delinea a partire dal capitolo 5 è preceduta da un percorso di avvicinamento che si sviluppa nella prima parte e che serve a delineare il quadro ed il contesto in cui la problematica affrontata si situa.

Il capitolo 2 delinea in breve il quadro demografico presente e futuro del nostro Paese all'interno del contesto delle società occidentali e con un occhio ai continenti extraeuropei. I dati reali e previsionali confermano come l'Italia stia conoscendo un declino demografico consistente e, all'interno di questo, un progressivo invecchiamento della popolazione. È un processo che pare irreversibile e che suscita in molti osservatori preoccupazioni circa la futura sostenibilità del *welfare*, in particolare rispetto alla politica assistenziale e di *Long-Term Care* per gli anziani, nonché per la tenuta della coesione sociale.

Al termine di questa parte introduttiva si delinea il percorso compiuto dai maggiori organismi internazionali in direzione di una presa di coscienza del problema su scala planetaria. Si prendono in esame in particolare i vari pronunciamenti che, in misura

sempre più frequente e pressante, sono stati formulati da ONU, OMS, organismi europei, se ne individuano i punti qualificanti (diritti delle persone anziane, anziani come risorsa e investimento per il futuro, società a misura di anziano, importanza della prevenzione nelle dinamiche dell'invecchiamento e invecchiamento attivo, intergenerazionalità). La crisi che ha investito le economie di molti Paesi a partire dal 2008 sembra aver interrotto o per lo meno rallentato o rimesso in discussione alcuni dei processi virtuosi che la presa di coscienza connessa a questi interventi aveva avviato.

Il capitolo 3 mette a tema le riflessioni nei vari campi della ricerca scientifica e della conseguente letteratura circa l'idea di cosa si debba intendere per anzianità. Si sta andando verso una nuova definizione di questo concetto, più ampia, articolata e dinamica, che va oltre il significato puramente anagrafico e che viene ricalibrata sull'effettivo declinare delle risorse fisiche e cognitive, sulle fragilità e disabilità che fanno la loro comparsa nel percorso di vita della persona anziana in misura differente e in tempi sempre più dilatati. Con varie escursioni nei campi della gerontologia, della medicina geriatrica, della psicologia sociale ed evolutiva, della filosofia, dell'urbanistica, si delineano in modo sempre più preciso le caratteristiche attuali del processo di invecchiamento e si giunge a focalizzare il tema dell'invecchiamento attivo, inserito nella nuova visione legata alla prospettiva dell' "arco di vita". Questa prospettiva porta ad un ripensamento anche del sistema LTC, a ricentrare l'attenzione e gli interventi della politica assistenziale sulla persona e sulla prevenzione e non più sulla gestione della malattia o della disabilità, e a rimodulare, così, nuove forme di intervento assistenziale sia sul piano della domiciliarità sia su quello della residenzialità, intesa in modo sempre più dinamico e aperto. È qui che si introduce il concetto di "residenzialità leggera".

Il capitolo 4 delinea, in termini necessariamente sintetici, la condizione degli anziani nel nostro Paese e prende in esame il sistema di LTC in Italia, imperniato sui due modelli alternativi della domiciliarità e della residenzialità. Da questo esame emerge e viene evidenziato come il sistema assistenziale italiano presenti notevoli carenze e criticità: *in primis* la mancanza di una direzione politica unitaria e organica del sistema, un'inadeguata copertura dei bisogni, interventi standardizzati e non calibrati sul reale bisogno delle persone, mancanza di coordinamento tra i vari interventi, sotto-finanziamento, scarso aiuto alle famiglie lasciate sole nelle difficoltà, diseguaglianze e disparità che si generano tra regioni e tra strati sociali riguardo all'accesso ai servizi ecc. Queste criticità, ormai quasi croniche, sembrano destinate ad accentuarsi nel futuro anche immediato, anche a causa della sempre più problematica sostenibilità economica dell'intero sistema del *welfare*. In questo quadro di criticità si individua la possibilità e lo spazio per pensare e sperimentare

forme di assistenza alternative a quelle tradizionali, forme che intercettino bisogni nuovi e che sono in linea con interessanti esperienze estere.

La seconda parte del lavoro, che si sviluppa nel capitolo 5, entra nel cuore della ricerca su Synergy, un'esperienza di residenzialità leggera sorta nel 2014 a Cardano al Campo (Varese) sul modello delle *Independent Living* e delle *Assisted Living Facilities* americane. Si tratta di un'esperienza che, al suo sorgere, presentava aspetti in qualche modo pionieristici ed una certa originalità di impostazione. Nel presente lavoro, mediante una ricerca di tipo qualitativo, imperniatata, come detto, su interviste semi-strutturate sia agli ospiti che ai *caregivers* familiari, si analizzano le caratteristiche di questa esperienza, se ne valuta il livello di rispondenza rispetto alle esigenze degli anziani e delle famiglie che vi fanno ricorso, si delineano gli aspetti di criticità, ma anche i segnali positivi che meritano approfondimento e incoraggiano a dare continuità al tentativo.

1.4 - Considerazioni valoriali sul problema dell'anziano nella nostra società come sfida e profezia

Nel corso del lavoro si è fatto sempre più chiaro ed evidente come la condizione degli anziani nella nostra società non sia soltanto un problema settoriale che riguarda una fetta della popolazione ma rivesta implicazioni più ampie. È infatti un tema dirompente anche sul piano culturale perché mette in discussione i paradigmi su cui si sta costruendo la nostra società: isolare l'anziano, ghettizzarlo, ridurne il problema a una mera questione di contabilità rispetto ai costi sociali, o invece metterlo al centro della vita sociale, consentirgli di offrire ancora il proprio contributo alla vita di tutti, valorizzarlo nelle risorse che ancora possiede è una scelta di campo per il futuro delle società occidentali, una scelta tra ricerca assoluta del profitto e dell'efficientismo, in nome del quale tutto viene sacrificato, e centralità della persona, cura delle relazioni, riconoscimento del valore umano al di là della produttività, rispetto di tutte le "fasce deboli" e gli "esclusi" della società. E questa scelta di campo va compiuta non solo in astratto, nei dibattiti teorici, ma in tutti gli ambiti di vita dell'uomo, da quello lavorativo e previdenziale a quello dell'organizzazione famigliare, da quello sanitario-assistenziale a quello dell'uso del tempo libero, da quello urbanistico-abitativo a quello delle relazioni interpersonali e intergenerazionali, a quello educativo[1]. Anche sul piano della pratica medica questo tema è

[1] Non ha contribuito a questo auspicato ripensamento positivo della figura dell'anziano, durante la prima fase della pandemia di Covid-19, la continua sottolineatura, da parte degli degli organi di informazione, del fatto che le vittime fossero soprattutto persone over 80. L'enfatizzazione di questo fatto, peraltro innegabile, ha contribuito in molti ad attenuare la percezione della gravità della pandemia stessa in quanto vista come minaccia per persone la cui vita era già in qualche modo avviata verso il suo declino, quasi che la morte degli anziani fosse in assoluto meno grave di quella di persone giovani e la loro vita fosse meno

dirompente: l'anziano non autosufficiente infatti non è bisognoso solo di cure mediche, ma necessita di una presa in carico globale, che ne accolga la persona in tutte le sue dimensioni (ha bisogno di *care* e di *cure*) e questo è un invito alla medicina a non ridurre la cura del paziente alla sola dimensione clinico-diagnostica (Tinetti, 2004; Bonaldi & Vernero, 2015).

> "La vecchiaia non è un problema, è il modo in cui essa viene affrontata che diventa un problema per la società moderna. In modo ben diverso, la vecchiaia deve essere considerata come un segno del tempo, una vera conquista dell'umanità, un importante segnale di progresso e di arricchimento della nostra civiltà […] Rispettare la vecchiaia è perciò una sfida dell'essere umano e un imperativo della coscienza sociale. Rispettare la vecchiaia che, nei discorsi formali continua ad essere necessaria ma che, in effetti, è spesso dimenticata, ignorata o relegata in statistiche che nella loro opacità costituiscono il paravento della realtà." (Bagao-Felix, 2000: 128-129)

La presenza sempre più numerosa degli anziani nella nostra società rappresenta quindi una vera e propria sfida, una sfida a riconsiderare i valori su cui essa si fonda per divenire sempre più a misura d'uomo, ma è anche una profezia, la profezia di come potrebbe essere un mondo migliore, più vivibile per tutti se la vecchiaia venisse accolta e valorizzata.

> "Spostando il focus sull'importanza di vivere con gli altri e per gli altri, l'anzianità può diventare quella fase della vita in cui trovare un senso negli altri, in chi è più giovane e deve ancora percorrere le strade che, proprio grazie ai suoi antenati, sono migliori di prima, quella fase in cui diventa centrale la trasmissione del significato storico di alcuni eventi, attraverso la costruzione di una memoria comune, alle generazioni future." (Mattei, 2018)

> "Non possiamo concederci il lusso di essere indifferenti alle importanti ricchezze non economiche degli anziani, che non si imparano dai libri ma solamente dalla vita. La saggezza che non è semplice conoscenza, l'essere stato testimone che non è semplice esperienza, la memoria che non è un semplice insieme di fatti; la condivisione, questa

---

importante. Una conferma indiretta di questa percezione diffusa si è avuta da un'indagine realizzata dall'Osservatorio Censis-Tendercapital e presentata lo scorso 24 giugno. In tale ricerca emergeva come 5 giovani su 10 ritenessero che nell'emergenza la precedenza nelle cure dovese spettare ai giovani rispetto agli anziani. È una affermazione comprensibile, soprattutto se riferita a situazioni fortemente emergenziali, ma è comunque rivelatrice di un clima non pienamente aperto verso le persone anziane (Osservatorio Censis-Tendercapital, La silver economy e le sue conseguenze nella società post Covid-19. Su https://tendercapital.com/osservatorio-censis-tendercapital-la-silver-economy-nella-societa-post-covid-19/)

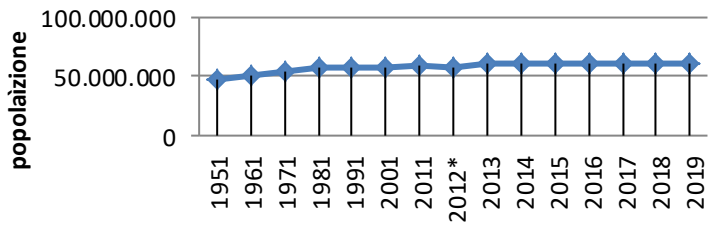
unione disinteressata di dare gratuitamente senza bisogno di scambi; la tenerezza dove non ci sono gerarchie viziose di affetti; la perseveranza come sorgente inesauribile di sapere e di essere […] Non posisamo sprecare questo patrimonio umano che, come qualcuno ha detto, ha tutte le risposte, ma nessuno gli pone domande.” (Bagao-Felix, cit: 131)

2 - UNA SOCIETÁ CHE INVECCHIA

2.1 - Il quadro demografico: l'Italia nel contesto europeo e mondiale

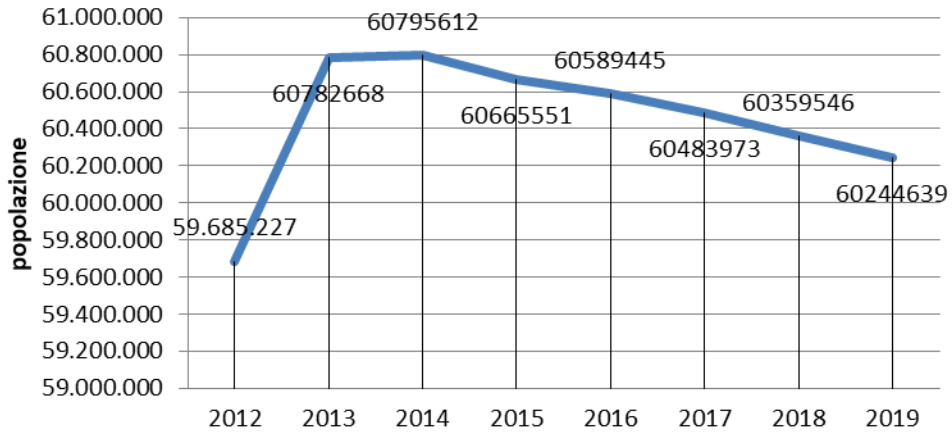
Il processo di invecchiamento che il nostro Paese sta conoscendo è "inedito, incisivo, irreversibile" perché "strutturale e permanente" (Golini & Rosina, 2011), ed è un processo che si inserisce in una fase di costante declino demografico in cui l'Italia è entrata a partire dal 2015. Mentre infatti al 31 dicembre 2014, dopo un lungo e costante incremento avvenuto dal dopoguerra, la popolazione residente ammontava a 60.795.612 unità, con l'anno successivo essa ha iniziato, lentamente ma progressivamente, a diminuire, fino a giungere al termine del 2019 a 60.244.639 con un saldo passivo che si è andato consolidando anno dopo anno. (**Fig. 2.1; 2.2**)

Fig. 2.1 - Andamento della popolazione in Italia dal dopoguerra al 2019 (valori assoluti). Anni 1951-2019



Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 1952-2019) e Statistiche Report del 13 luglio 2020
Le date scelte per la realizzazione del grafico sono quelle relative agli anni nei quali si sono tenuti i censimenti decennali (fino al 2011). I dati si riferiscono al 31 dicembre, ore 24, di ogni anno.
**Il dato in ribasso relativo al 2012 rispetto all'anno precedente tiene conto del fatto che, nel censimento tenutosi il 9 ottobre 2011, sono emersi risultati sostanzialmente discrepanti ed inferiori rispetto a quelli precedentemente rilevati dalle anagrafi comunali. Questo ha comportato per quell'anno un riallineamento verso il basso dei dati.*

Fig. 2.2 - Andamento della popolazione in Italia dal 2012 al 2019 (valori assoluti). Anni 2012-2019



Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 1952-2019) e Statistiche Report del 13 luglio 2020

Tale passività è il risultato di un saldo naturale negativo solo in parte bilanciato dal saldo migratorio che risulta ancora positivo anche se in termini piuttosto instabili e fluidi. (**Tab. 2.1**)[2]**.**

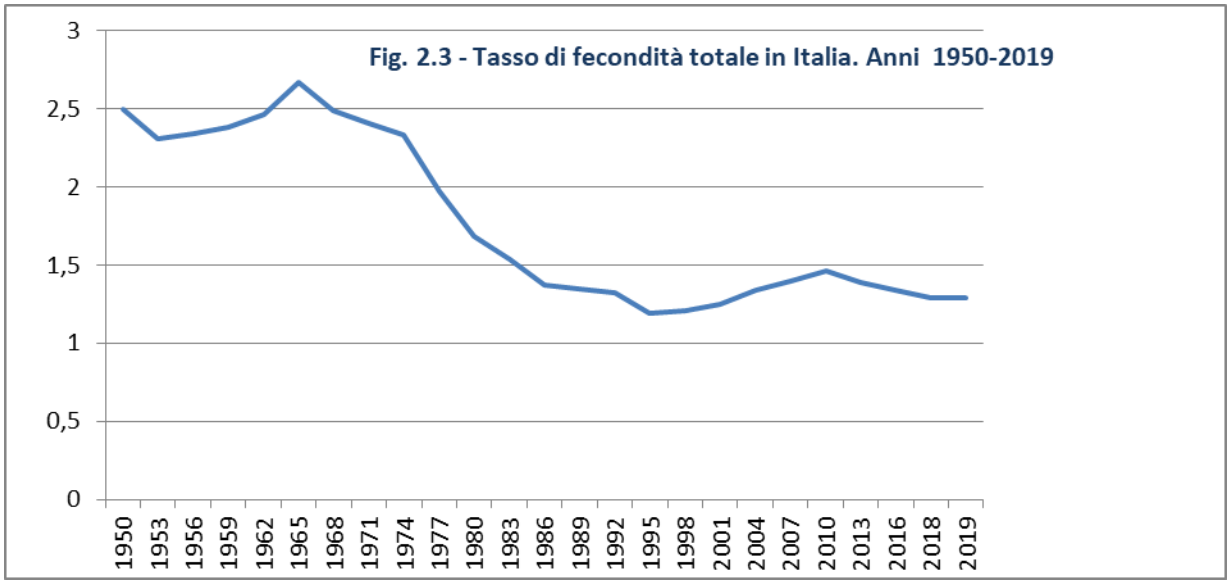
Tab. 2.1 - Andamento della popolazione italiana in termini assoluti e percentuali, nascite, morti, saldo naturale e saldo migratorio. Anni 2012-2018 (dati al 31 dicembre)

	Popolazione residente	Variazione rispetto all'anno precedente	%	Nascite	Morti	Saldo naturale	Saldo migratorio tra iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe
2012	59.685.227	+291.020	+0,48	534.186	612.833	-78.697	369.717
2013	60.782.668	+1.097.441	+1,83	514.308	600.744	-86.436	1.183.877
2014	60.795.612	+12.944	+0,02	502.596	598.364	-95.768	108.712
2015	60.665.551	-130.061	-0,21	485.780	647.571	-161.791	31.730
2016	60.589.445	-76.106	-0,12	473.438	615.261	-141.823	65.717
2017	60.483.973	-105.472	-0,17	458.151	649.061	-190.910	85.438
2018	60.359.546	-124.427	-0,20	439.747	633.133	-193.386	68.959
2019	60.244.639	-114.907	-0,19	420.170	634.000*	-213.830*	151.645

Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 1952-2019) e Statistiche Report del 13 luglio 2020
**Dati forniti dall'Istat con arrotondamento al migliaio. Di conseguenza anche il dato del saldo naturale risente di questo arrotondamento*

Il tasso di fecondità, che a metà degli anni 90 aveva toccato nel nostro Paese il record minimo mondiale di 1,19 figli per donna (peraltro anticipato già alla fine degli anni 70 da tassi che, in regioni quali la Liguria e l'Emilia Romagna, raggiungevano l'1,17 e, rispettivamente, l'1,28) si è assestato nel 2019 a 1,29, molto al di sotto del tasso di sostituzione di 2,1 figli per donna. (**Fig. 2.3**)

[2] Il riequilibrio dei conti demografici che l'immigrazione avrebbe potuto garantire, tesi sostenuta con particolare vigore ad esempio da Billari e Della Zuanna (2008), in realtà non è avvenuto con l'intensità che era stata prevista o attesa. Ciò perché i fenomeni migratori sono legati a fattori variabili di anno in anno (guerre, carestie, differenti normative che regolano gli accessi) non facilmente valutabili in sede di previsioni demografiche. Inoltre sempre più spesso gli immigrati che giungono in Italia considerano il nostro solo come un Paese di passaggio verso mete più ambite nel nord Europa e non come meta definitiva in cui stabilirsi. Infine si è assistito in questi ultimi anni al fenomeno inverso dell'emigrazione di italiani, soprattutto giovani, verso l'estero, che ha reso meno efficace in termini di saldo demografico, l'arrivo di immigrati stranieri (Salvini, 2018).



Fonte: Istat. Serie storiche

In questi ultimi anni inoltre si è assistito al fenomeno inverso dell'emigrazione di italiani, soprattutto giovani, verso l'estero (oltre 126.000 nel 2019). Si tratta soprattutto di giovani in cerca di opportunità di lavoro migliori rispetto a quelle offerte dal mercato del lavoro italiano, estremamente precario e poco gratificante in termini economici e professionali (quest'ultimo rilievo è confermato dalla presenza di un alto numero di laureati, 25.000 nel 2016, tra questi giovani migranti) ma anche di cittadini stranieri che, una volta ottenuta la cittadinanza italiana, emigrano (Istat. Statistiche Report, 11 febbraio 2020). I dati recenti parlano di crescita sia degli immigrati che degli emigrati ma con intensità differente. I primi ad esempio nel 2015 sono aumentati dello 0,9% rispetto all'anno prima, i secondi di circa 8 punti percentuali (Istat. Statistiche Report, 13 giugno 2017).

L'Italia condivide questa situazione di declino demografico con una buona parte del mondo occidentale ma non con molti tra i Paesi extraeuropei e tra quelli un tempo chiamati in via di sviluppo. Mentre in Europa, infatti, il tasso di fecondità nel 2020 è complessivamente giunto a 1,61 figli per donna (quindi al di sotto del tasso di sostituzione), e in America del nord è sceso a 1,75, in America del sud si colloca a 2,04, in Asia a 2,5 e addirittura a 4,4 in Africa (ONU. World Population Prospects, 2019). Questa situazione ha portato demografi e politici negli ultimi decenni del secolo scorso a usare, riguardo alle società occidentali, espressioni poi diventate di uso comune quali "inverno demografico" (Dumont et al., 1979; Schooyans, 1999; Dumont, 2017) o "suicidio demografico"[3]. Lo storico della demografia Pierre Chaunu ha utilizzato, per definire questa situazione, la metafora della "peste bianca"

[3] Espressione usata, tra i politici, dall'allora primo ministro francese Michel Rocard a conclusione della Conferenza delle famiglie, il 20 gennaio 1989. Tra i primi politici europei intervenuti con preoccupazione sul tema vi è l'allora presidente francese François Mitterrand che parlò di "povera Francia di bambini in un'Europa ancora più povera" (Mitterrand, 1988).

in antitesi con la peste nera che in età tardomedievale decimò la popolazione europea (Chaunu & Suffert, 1976).

Sembrano ormai lontani i tempi in cui (anni 60) si paventava una crescita esponenziale della popolazione mondiale (la "bomba demografica" di Paul Ehrlich, 1968, tesi alla base del "*Rapporto sui limiti dello sviluppo"* commissionato dal Club di Roma al MIT nel 1972) con annessi profondi rischi per la sopravvivenza stessa del genere umano. Anche se ripresa, seppur in chiave ambientalista, ancora nel 2004, dagli stessi autori del primo rapporto (Meadows et al., 2004), oggi tale tesi non è più in agenda presso gli studiosi di demografia. Questo sia per l'affermarsi della tendenza demografica recessiva sempre più consolidata, come visto, nel mondo occidentale, sia per il ridimensionamento dei dati reali rispetto alle fosche previsioni di crescita elaborate allora. Secondo stime più recenti delle Nazioni Unite, tra il 2010 e il 2015 i paesi ricchi ed industrializzati del mondo (Europa, America del nord, Australia e Nuova Zelanda, Giappone, che hanno una popolazione pari al 18% di quella mondiale) hanno fatto registrare una crescita prossima allo zero (+0,3%) mentre il 70% dei Paesi del resto del mondo ha conosciuto una crescita ancora elevata ma inferiore alle previsioni (1,1%) e la restante parte (il 12% dei paesi a sviluppo minimo) ha fatto registrare una crescita del 2,2%. La previsione tendenziale dei tassi di fecondità per il 2050 è generalmente al ribasso fino a raggiungere i 2,05 figli per donna su scala mondiale (con Asia: 1,88; Europa: 1,72; Nord America: 1,78; Sud America: 1,75; Oceania: 2,08). Per l'Africa il dato previsto è di 3,07 e si prevedono tempi più lunghi per scendere al livello degli altri continenti (ONU. World Population Prospects, 2019).

Il problema oggi su scala mondiale appare semmai un altro: comprendere quali scenari futuri possano svilupparsi in relazione alle demografie "divergenti" e "asincroniche" (Golini & Lo Prete, 2019) che vedranno sempre più contrapposti Paesi fin qui ai margini ma ancora dal grande sviluppo demografico e con popolazione molto giovane a Paesi in decisa recessione demografica e a popolazione prevalentemente anziana, e come questo potrà modificare gli assetti geopolitici del pianeta. Ad esempio si tratterà di capire se l'Europa e l'America del nord potranno continuare ad avere il ruolo predominante sin qui avuto, in un mondo nel quale la loro popolazione sarà notevolmente inferiore a quella di altri continenti (Huntington, 1996, Simon, 2009; Ceccorulli et al., 2017) oppure fino a che punto l'Europa mediterranea potrà "resistere" alla inevitabile migrazione massiccia dall'Africa. (**Tab. 2.2**)

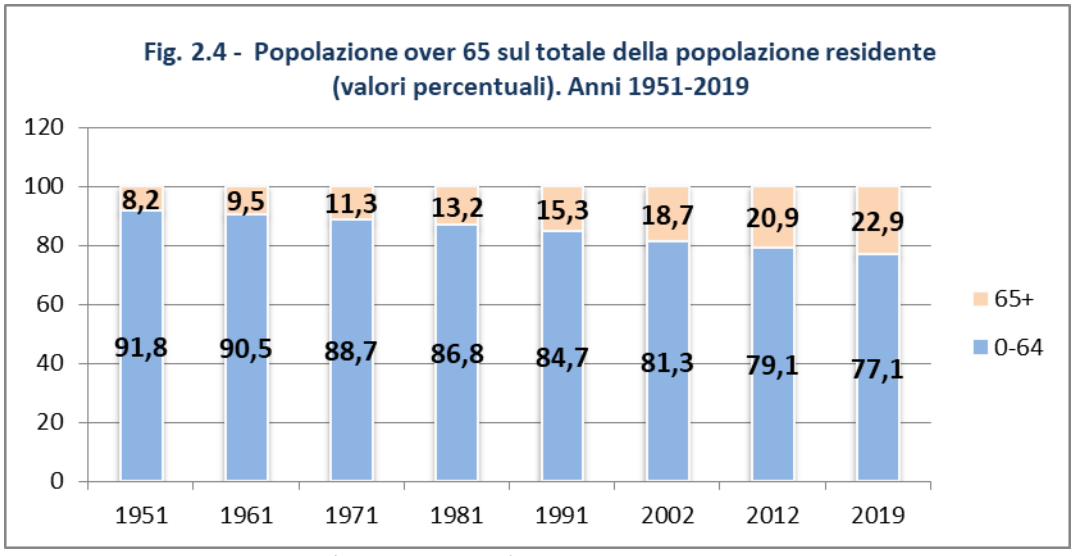
Tab. 2.2 - Previsioni andamento demografico per continenti (valori assoluti in milioni e percentuali). Anni 2020, 2030, 2050					
	2020 - valori assoluti	2020 %	2030 - valori assoluti	2050 - valori assoluti	2050 %
Oceania	43	0,5	48	57	0,6
America del nord	369	4,7	391	425	4,4
America del sud e Caraibi	654	8,4	706	762	7,8
Europa	748	9,6	741	710	7,3
Africa	1.341	17,2	1.688	2.489	25,5
Asia	4.641	59,6	4.974	5.290	54,3
Mondo	7.795	100,0	8.548	9.735	100,0

Fonte: ONU. World Population Prospects-Probabilistic Population Projections 2019

Per la società europea, e più in generale per le aree sviluppate del mondo, emergerà inoltre, in modo sempre più pressante, il problema opposto del crollo demografico, e le società occidentali si troveranno (ma questo sta già avvenendo) a dover fronteggiare nuove problematiche che verranno a crearsi a medio e lungo termine se questo andamento dovesse continuare o ampliarsi. Per questo mondo si sta passando infatti dal rischio dell'esplosione demografica a quello altrettanto drammatico dell'implosione, dal rischio del "formicaio" a quello della "desertificazione" (Guarracino, 2016).

2.2 - Gli italiani: oltre che sempre di meno anche sempre più vecchi

Al declino demografico in Italia si accompagna sempre più il dato del progressivo e costante invecchiamento della popolazione. La percentuale di over 65 sul totale della popolazione infatti è in costante aumento. Prendendo come riferimento iniziale il 1951 (anno del primo censimento post-bellico) si nota come tale percentuale sia passata dall'8,2 al 22,9. (**Fig. 2.4**)



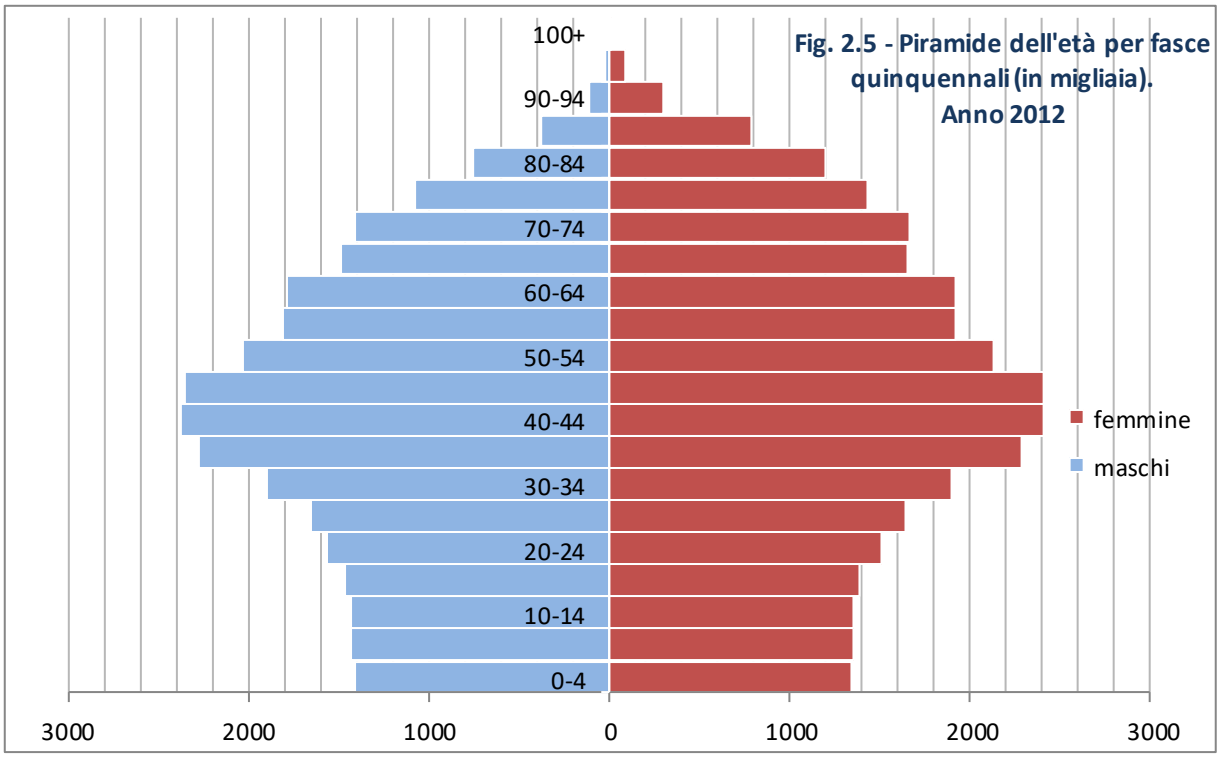
Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 1952-2019)

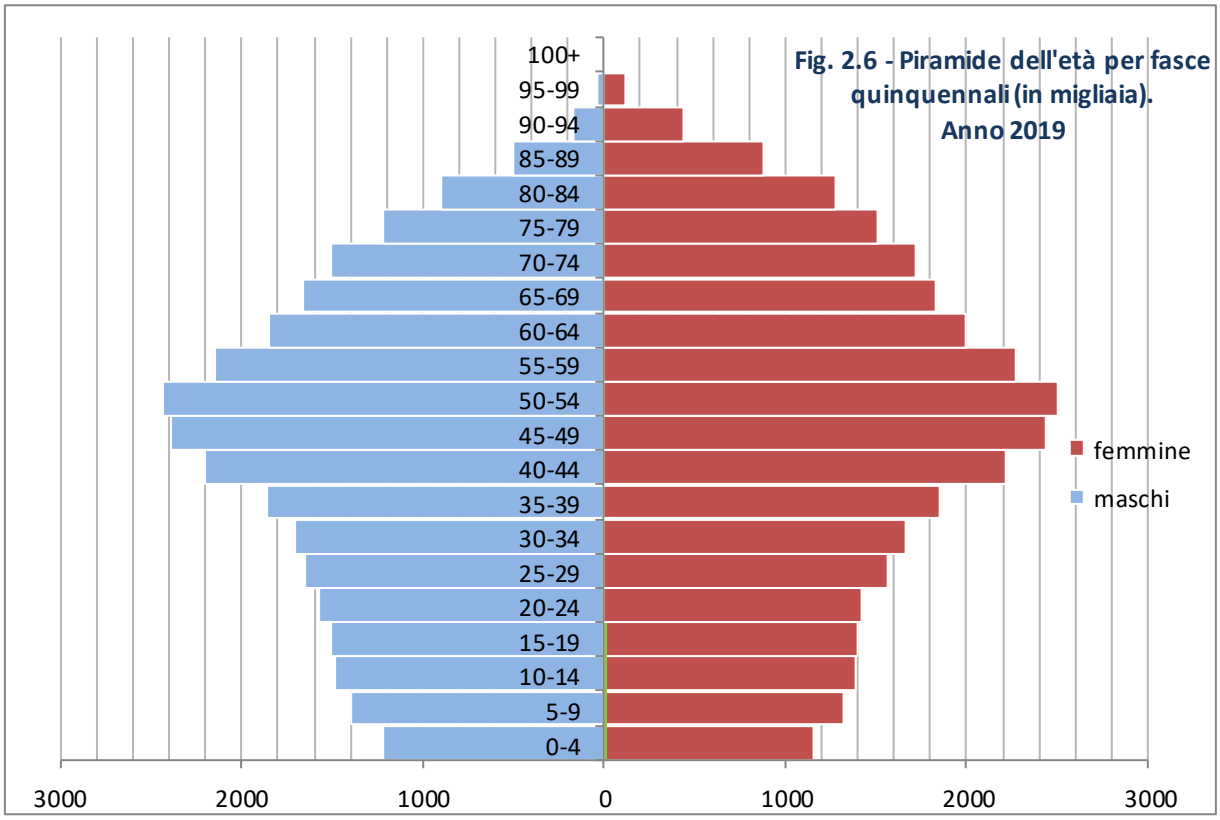
Sezionando poi la popolazione per fasce di età quinquennali emerge, in un rilevamento che ha come riferimento iniziale il 2002, non solo che gli over 65 aumentano ma anche che tale aumento si sta progressivamente spostando verso le coorti dei quinquenni più alti come confermano anche le piramidi demografiche per età che finiscono per assomigliare sempre di più a trottole. (**Tab. 2.3; Fig. 2.5 e 2.6**)

Tab. 2.3 - Distribuzione della popolazione italiana per fasce quinquennali (valori assoluti e percentuali). Anni 2002-2012-2019 (dati al 1 gennaio)

	Anno 2002		Anno 2012		Anno 2019	
Età	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
0-4	2.617.079	4,6	2.752.143	4,6	2.367.686	3,9
5-9	2.677.380	4,7	2.785.733	4,7	2.722.796	4,5
10-14	2.814.930	4,9	2.787.341	4,7	2.871.733	4,8
15-19	2.949.874	5,2	2.850.222	4,8	2.897.141	4,8
20-24	3.395.541	6,0	3.068.829	5,2	2.990.245	5,0
25-29	4.229.868	7,4	3.299.837	5,6	3.211.025	5,3
30-34	4.544.703	8,0	3.793.353	6,4	3.369.346	5,6
35-39	4.638.942	8,1	4.555.918	7,7	3.704.872	6,1
40-44	4.096.495	7,2	4.782.139	8,1	4.418.357	7,3
45-49	3.744.179	6,6	4.762.630	8,0	4.824.297	8,0
50-54	3.829.189	6,7	4.161.619	7,0	4.934.336	8,2
55-59	3.348.023	5,9	3.724.275	6,3	4.417.895	7,3
60-64	3.452.890	6,1	3.699.346	6,2	3.846.237	6,4
Tot. 0-64	**46.339.093**	**81,3**	**47.023.385**	**79,1**	**46.575.966**	**77,1**
65-69	3.073.473	5,4	3.132.885	5,3	3.490.973	5,8
70-74	2.806.332	4,9	3.079.669	5,2	3.233.852	5,4
75-79	2.276.531	4,0	2.501.983	4,2	2.728.681	4,5
80-84	1.267.135	2,2	1.943.792	3,3	2.176.582	3,6
85-89	830.535	1,5	1.173.319	2,0	1.378.964	2,3
90-94	331.701	0,6	410.027	0,7	605.564	1,0
95-99	63.392	0,1	114.118	0,2	154.508	0,3
100+	5.650	0,0	15.029	0.0	14.456	0,0
Tot. 65+	**10.654.649**	**18,7**	**12.370.822**	**20,9**	**13.783.580**	**22,9**
Totale	**56.993.742**	**100**	**59.394.207**	**100**	**60.359.546**	**100**

Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 2002-2019)

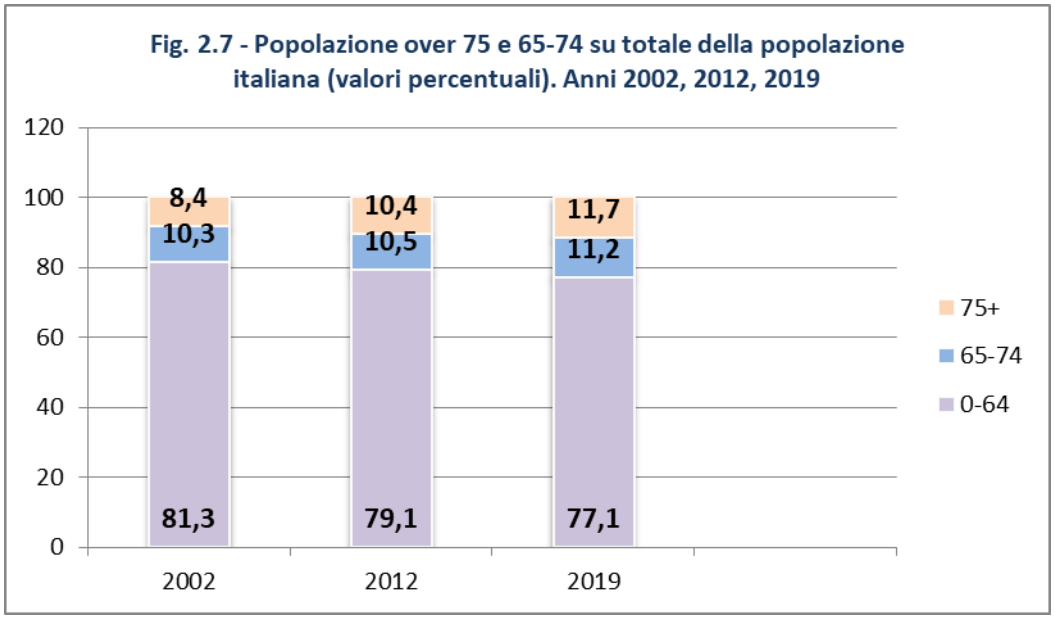




Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 2002-2019)

Le fasce più numericamente consistenti, che nel 2012 erano ancora quelle che vanno dai 35 ai 49 anni, già sette anni dopo sono diventate quelle dai 40 ai 54 mentre anche le fasce più alte sono aumentate in misura considerevole. Si tratta delle generazioni nate a partire dagli anni 60 in quello che fu chiamato il *baby-boom* italiano, che si è andato poi esaurendo. La ricaduta del *boom* in termini quantitativi grava attualmente sulle fasce mediane della popolazione ma in futuro si sposterà sempre più in alto.

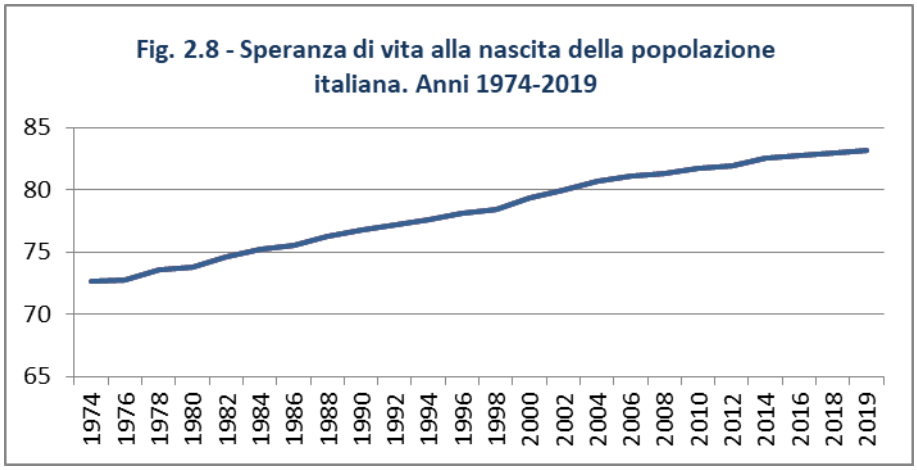
In relazione al presente lavoro è utile evidenziare la crescita, tra gli anziani, della componente over 75 (quota significativa come si avrà modo di mostrare in seguito). (**Fig. 2.7**)



Fonte: Istat. Annuari statistici (2002-2019)

L'invecchiamento della popolazione è evidenziato anche da altri indicatori. Innanzitutto la speranza di vita alla nascita, che è salita in questi ultimi anni sia per la popolazione femminile che per quella maschile. Per la prima si è passati dall'83,0 del 2002 all'85,3 del 2019, mentre per la seconda si è passati negli stessi anni dal 77,2 all'81,0.[4] (**Fig. 2.8**)

[4] Per la speranza di vita in salute, altro indicatore importante, si parlerà in un esame successivo (vedi cap. 4.1).



Fonte: Istat. Demo-Istat

Lo stesso vale per la speranza di vita a 65 anni. Un sessantacinquenne nel 2018 ha la speranza di vivere fino a 84,3 anni se è maschio e a 87,5 se femmina (contro gli 81,9 e rispettivamente 86,3 del 2002) mentre il tasso di natalità si va sempre più abbassando (7,3 per 1000 nel 2018 contro il 9,4 del 2002). Il numero medio di figli per donna non ha conosciuto sostanziali cambiamenti nel periodo preso in esame e rimane sempre di molto inferiore al tasso di sostituzione di 2 figli per donna. Di conseguenza anche l'età media della popolazione si va gradualmente innalzando. (**Tab. 2.4**)[5]

[5] Non è possibile, al momento, tracciare un bilancio definitivo sull'influenza dell'epidemia di Covid 19 sulla popolazione italiana dal punto di vista demografico e della struttura della popolazione. Al momento di chiudere il presente lavoro (15 luglio 2020) il Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità contava 34.984 deceduti a causa del cosiddetto Coronavirus. In realtà nel rapporto Istat del 2020 (pubblicato il 3 luglio) si precisa che i dati ufficiali sui decessi sono parziali in quanto si riferiscono a "persone decedute dopo una diagnosi microbiologica di positività al virus" e sono "influenzati dalle modalità di classificazione delle cause di morte" (Rapporto 2020: 81). Non si può quindi escludere che le vittime siano di più. Una modalità utilizzata dall'Istat per il conteggio delle vittime consiste nel confrontare i decessi attuali (per i primi 4 mesi dell'anno) con quelli degli analoghi periodi degli anni precedenti. Mentre per i mesi di gennaio e febbraio (quando ancora in Italia non si segnalavano casi di contagio diffuso) vi era stato un calo di decessi su scala nazionale del 6,8%, nei successivi mesi di marzo e aprile vi è stato un incremento rispettivamente del 48,6 e del 33,6. (ibid.: 82). Interessante l'incidenza per fasce di età. Per i primi quattro mesi dell'anno vi è stato un eccesso di mortalità del 52% per le fasce 70-79 e 80-89 e del 48% tra gli over 90 per gli uomini e del 31% per la fascia 70-79, del 35% per la fascia 80-89 e del 42% per le over 90 per le donne. L'Istat rileva inoltre come l'impatto di questa pandemia sulla mortalità abbia pochi esempi nel recente passato: si ebbe un incremento di mortalità consistente, di 50.000 unità su base annua, nel 1956 e nel 2015, e questo incremento fu dovuto a virus influenzali invernali (Ibid.: 84-85). Sempre l'Istat infine rileva come l'epidemia abbia un effetto negativo sull'andamento della speranza di vita alla nascita che, rispetto ai conteggi precedenti relativi al 2019, cala dello 0,87.

Tab. 2.4 – Indicatori demografici della popolazione italiana. Anni 2002-2018							
Anno	**Speranza di vita alla nascita maschi**	**Speranza di vita alla nascita femmine**	**Speranza di vita a 65 anni maschi**	**Speranza di vita a 65 anni femmine**	**Età media della popolazione**	**Quoziente di natalità per 1000 abitanti**	**Numero medio di figli per donna**
2002	77,2	83,0	16,9	20,8	41,9	9,4	1,27
2012	79,6	84,4	18,3	21,8	43,8	9,0	1,42
2013	79,8	84,6	18,6	22,0	44,0	8,5	1,39
2014	80,3	85,0	18,9	22,3	44,2	8,3	1,37
2015	80,1	84,6	18,9	22,2	44,4	8,0	1,35
2016	80,6	85,0	19,1	22,3	44,7	7,8	1,34
2017	80,6	84,9	19,0	22,2	44,9	7,6	1,32
2018	80,9	85,2	19,3	22,5	45,2	7,3	1,29

Fonte: Istat. Annuari statistici (anni 2002-2019), Dati-anziani.istat.it e Istat. Statistiche Report del 13 giugno 2017

Si è parlato giustamente di un doppio processo che ha condotto e continua a condurre a questi risultati demografici: un processo che parte dall'alto, con la diminuzione delle cause di mortalità precoce e con l'allungamento medio della vita (grazie al maggior benessere, ai progressi della medicina e al miglioramento delle cure mediche e dell'assistenza sanitaria), e di un processo "dal basso" (dovuto alla diminuzione delle nascite) (Pugliese, 2011).

La teoria della transizione dal "vecchio regime" demografico al nuovo, teoria che prevedeva un riassestamento ed una stabilizzazione finale della popolazione dopo la fase di squilibrio dovuta allo sfasamento temporale tra la iniziale diminuzione della mortalità e la finale diminuzione della natalità (transizione che per il mondo occidentale si sarebbe dovuta concludere verso la metà del XX secolo dopo gli scompensi delle due guerre mondiali) va in parte rivista e corretta. Questo perché l'equilibrio raggiunto nel secondo dopoguerra si è rivelato effimero a causa della concomitanza di tre fattori a suo tempo imprevisti: la durata media della vita che si è allungata ulteriormente e oltre ogni ottimistica previsione (al momento non si può prevedere con certezza fino a dove la speranza di vita potrà giungere)[6]; la fecondità media che è scesa sistematicamente sotto i due figli per donna e quindi ampiamente sotto il tasso di sostituzione; i cambiamenti culturali nel modo di intendere e fare famiglia che hanno investito l'Occidente.

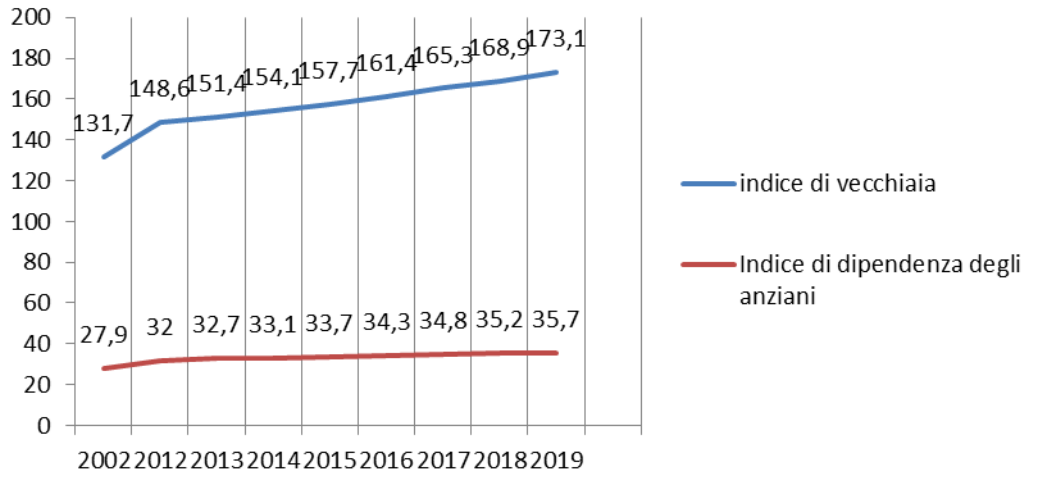
Contemporanea diminuzione della popolazione e suo progressivo invecchiamento sono proprio gli esiti di tale imprevista ulteriore sfasatura nel processo di transizione demografica. I dati combinati del calo delle nascite e del ritardo della morte costituiscono la miscela (esplosiva?) che alimenta l'invecchiamento della popolazione italiana. Il ritardo

[6] Secondo una ricerca pubblicata tempo fa su *The Lancet* per i nati a partire dal 2000 si ipotizza che, se i progressi della medicina dovessero continuare con questi ritmi, l'aspettativa di vita raggiungerà i 100 anni e più (Christensen et. al., 2009).

della morte è il frutto di quella che metaforicamente è stata definita la "sconfitta dei cavalieri dell'Apocalisse" cioè di carestie, pestilenze e guerre che nel passato avevano decimato spesso le popolazioni europee. D'altro canto il calo delle nascite è il frutto del controllo delle nascite indesiderate che si è sempre più diffuso, segnando il passaggio da una "demografia naturale" ad una "demografia controllata" (Rosina & De Rose, cit.; Golini & Lo Prete, cit.; sulle cause del declino demografico in Europa e sulla cosiddetta seconda transizione demografica nel mondo occidentale si veda: Caldwell, 1976, 1982; Coale & Watkins, 1986; Van de Kaa, 1987; Lestheaeghe, 2010).

Due altri dati contribuiscono a delineare il quadro, presente ma anche futuro, della popolazione del nostro Paese e inducono a riflettere ulteriormente. Si tratta dell'Indice di vecchiaia e dell'Indice di dipendenza degli anziani. Per il primo si va dal 131,7 del 2002 al 173,1 del 1 gennaio 2019 (vale a dire 0,6 ragazzi per ogni anziano, 3 ragazzi ogni 5 anziani). Riguardo al secondo dato si passa da un valore di 27,9 del 2002 a 35,7 del 2018 (vale a dire circa 2,8 lavoratori per anziano). (**Fig. 2.9**)

Fig. 2.9 - Indice di vecchiaia e indice di dipendenza degli anziani in Italia. Anni 2002-2019



Fonte: Istat. Annuari statistici (2002-2019). Rielaborazione

L'invecchiamento della popolazione ha naturalmente profonde conseguenze sulla vita delle società, sulla *performance* economica e produttiva dei vari Paesi, sul loro assetto finanziario, sul sistema del *welfare*, sull'assistenza sanitaria (Bloom et al., 2001, 2011; Noale, 2012; Fanti & Spataro, 2015; Barbiellini Amidei et al., 2018; Nerlich & Schroth, 2018). È uno dei principali "nuovi rischi sociali" che i sistemi di *welfare* devono affrontare (Taylor-Gooby, 2004), una "sfida", uno stimolo per gli equilibri di base dello stato sociale (Herlofston & Hagestad, 2011). Per rimanere al nostro Paese e senza ulteriori approfondimenti in quanto il tema esula dal presente lavoro, basti pensare a quanto

potrebbe aumentare l'incidenza della spesa pensionistica sui conti pubblici (RGS, 2018) e ai costi a cui si andrà incontro per il sistema sanitario e assistenziale (si veda più avanti al cap. 4). È stato calcolato che Il "*cost of aging*", da qui al 2040, vale in termini di debito pubblico aggiuntivo 37,5 punti percentuali di PIL (Golini & Loprete, cit.). Peraltro i flussi migratori, solo previsti, potranno limitare il calo demografico e il calo della della popolazione in età lavorativa e quello dei conseguenti tassi di occupazione, ma non saranno in grado di invertire il segno negativo del calo demografico complessivo (Barbiellini Amidei et al., cit.)[7].

2.3 - Ai primi (o ultimi?) posti in Europa e nel mondo

Un confronto con altri Paesi dell'UE di dimensioni simili al nostro rende ancor meglio l'idea del calo demografico dell'Italia. Mentre Germania, Francia, Regno Unito hanno conosciuto, dal 2012 al 2018, una crescita seppur lieve (il Regno Unito è il Paese che ha visto la crescita percentualmente maggiore passando da 63.705.030 a 66.435.550, +4,3), l'Italia (-1,1) con la Spagna hanno visto un calo (la Spagna è passata da 46.766.403 a 46.733.038, -0,1). Il Giappone, al di fuori dell'Europa, risulta il Paese con il calo demografico più consistente. (**Tab. 2.5**)

Tab. 2.5 - Andamento della popolazione nei principali Paesi U.E. e nel Giappone (valori assoluti e variazioni percentuali). Anni 2012, 2018

	2012	2018	%
Italia	59.685.227	60.359.546	-1,1
Francia	65.402.998	66.941.698	+2,3
Germania	80.425.826	82.914.191	+3,1
Regno Unito	63.705.030	66.435.550	+4,3
Spagna	46.766.403	46.733.038	-0,1
Giappone	127.592.657	126.443.180	-0.9

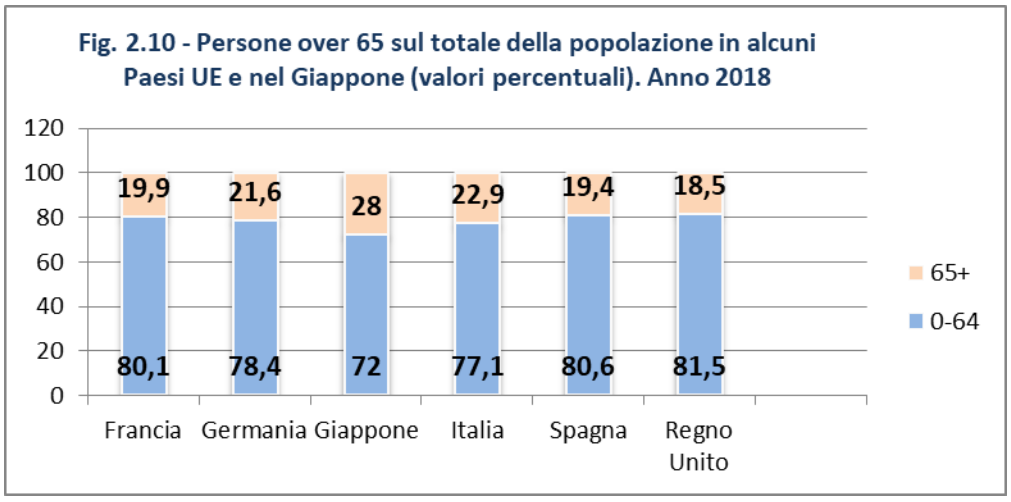
Fonte: Oecd.Stat. Historical Population

Anche il dato dell'invecchiamento, con rilevamenti decennali a partire dal 1970, evidenzia il "primato" dell'Italia che è ormai diventato il Paese più vecchio nel continente più vecchio (Golini & Rosina, cit.). Solo il Giappone presenta una percentuale di over 65 superiore a quella del nostro Paese che in questa speciale classifica precede di poco la Germania. (**Tab. 2.6 e Fig. 2.10**)

[7] Non mancano tra gli economisti coloro che intravvedono possibili risvolti positivi in questa situazione di calo demorafico e di invecchiamento della popolazione, ad esempio in relazione a una maggiore immissione delle donne nelle attività produttive, o all'inevitabile allungamento della vita lavorativa (Barbiellini Amidei et al., cit.) o alle possibilità insite nello sviluppo della cosiddetta Silver economy (Berloto & Perobelli, 2019).

Tab. 2.6 - Persone over 65 sul totale della popolazione nei principali Paesi UE, nell'UE28 e nel Giappone (valori percentuali). Anni 1970-2018						
	1970	1980	1990	2000	2010	2018
Paesi UE (28)	11,5	13,1	13,7	15,6	17,5	19,9
Francia	12,9	13,9	14,0	16,0	16,9	19,9
Germania	13,2	15,5	15,3	17,2	21,0	21,6
Italia	11,1	13,3	14,9	18,2	20,1	22,9
Giappone	7,1	9,1	12,1	17,4	23,0	28,0
Spagna	9,6	11,2	13,6	16,6	16,1	19,4
Regno Unito	13,0	15,0	15,7	15,8	16,0	18,5

Fonte: Oecd.Stat. Historical Population



Fonte: Oecd.Stat. Historical Population

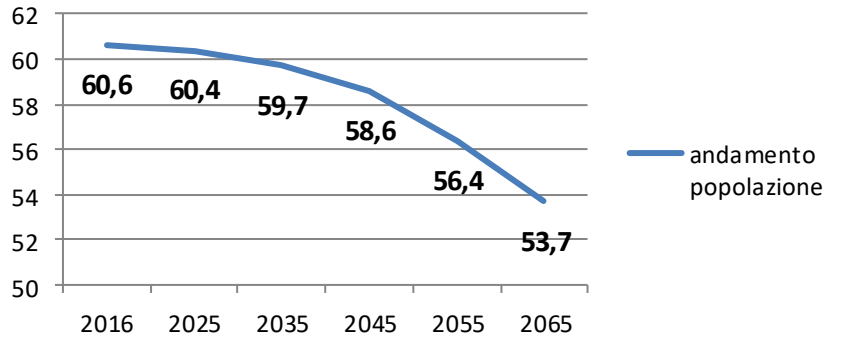
Nei Paesi più avanzati il numero degli anziani ha ormai superato quello dei ragazzi (0-14) già a partire dal 2000. In Italia questo storico capovolgimento, vero punto di svolta sul piano demografico, è avvenuto nel 1995 e il nostro Paese è stato seguito a breve da altri quali Germania, Giappone e Spagna (anno 2000).

2.4 - Le prospettive: verso un futuro sempre meno giovane

Le tendenze sin qui rilevate vedranno un consolidamento negli anni futuri. Previsioni fino al 2065, elaborate dall'Istat in un rapporto relativamente recente, indicano, pur con tutte le cautele del caso, che la progressiva diminuzione della popolazione italiana andrà ad incrementarsi. Verranno infatti confermati i saldi naturali negativi, anche se in presenza di un parziale recupero del tasso di fecondità (si potrebbe arrivare fino a 1,59 figli per donna, pur sempre di molto inferiore al tasso di sostituzione). Dopo una breve ripresa (prevista tra il 2035 e il 2039) le nascite si andranno a stabilizzare attorno alla media di 442.000 annue tra il 2055 e il 2065 mentre l'età media della popolazione raggiungerà i 50,1 anni. La speranza di vita raggiungerà i 90,2 per le femmine e gli 86,1 per i maschi e l'incidenza degli

over 65 sul totale della popolazione raggiungerà il 33,1% (Istat. Statistiche Report, 3 maggio 2018). Previsioni formulate dall'OCSE (OECD-OCSE. Population projections) evidenziano che per il 2050 la piramide dell'età assomiglierà sempre meno a una piramide e sempre di più a un rettangolo, e vedrà una prevalenza numerica delle fasce di età più alte (in particolare 70-79enni) mentre l'indice di dipendenza strutturale degli anziani salirà fino a 62,4 (vale a dire 1,6 lavoratori attivi per anziano) anche qui con l'Italia seconda solo al Giappone che salirà a 74,3, mentre la Germania si assesterà subito dopo l'Italia con 59,1. (**Figg. 2.11-2.17 e Tab. 2.7**)

Fig. 2.11 - Previsione popolazione residente in Italia in milioni. Scenario mediano. Anni 2025-2065

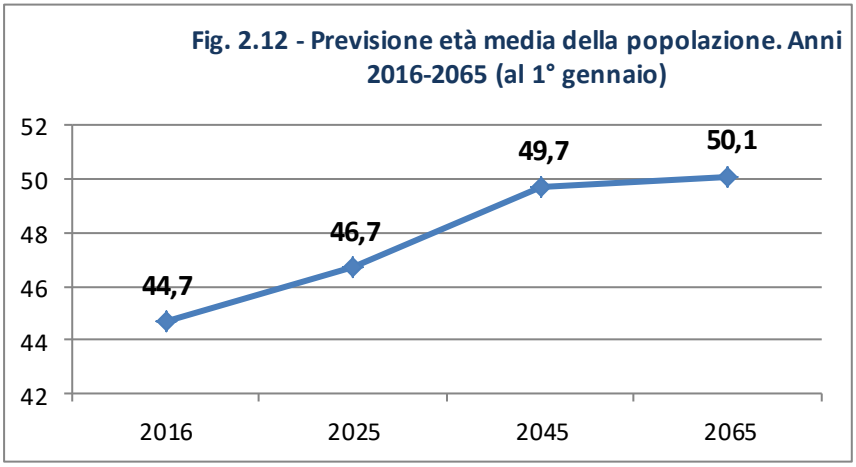


Fonte: Istat. Statistiche Report del 3 maggio 2018. Rielaborazione

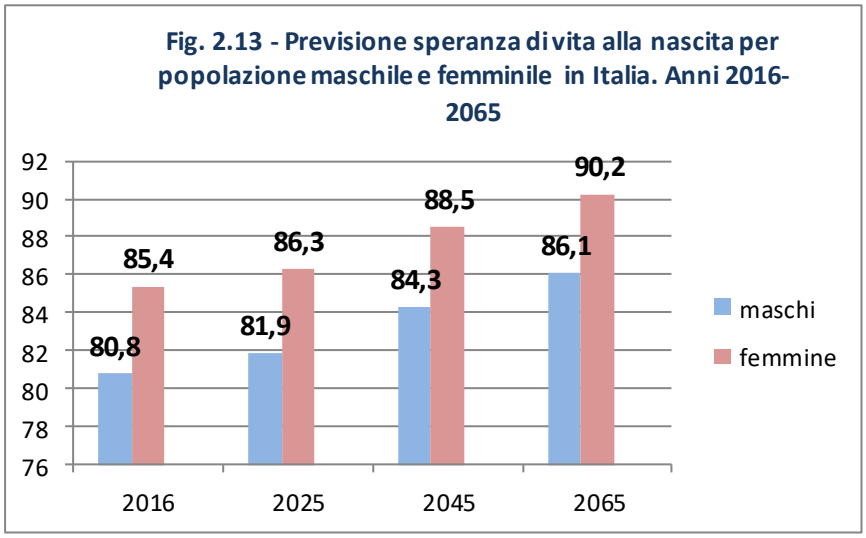
Tab. 2.7 - Saldo naturale, età media e speranza di vita della popolazione italiana. Anni 2025-2065

	2018	2025	2045	2065
Saldo naturale (in percentuale)	- 0,20 %	-3,4 %	-5,4 %	-7,4 %
Età media	45,2	46,7	49,7	50,1
Speranza di vita alla nascita (uomini)	80,9	81,9	84,3	86,1
Speranza di vita alla nascita (donne)	85,2	86,3	88,5	90,2

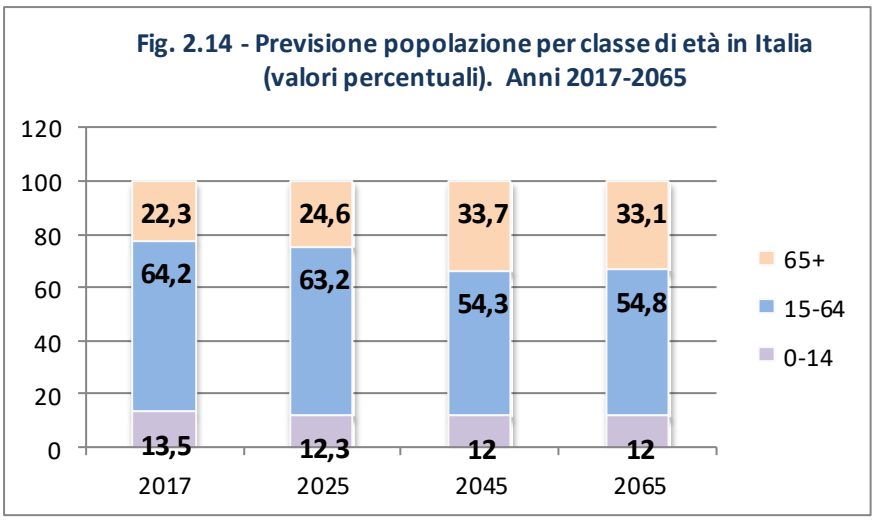
Fonte: Istat. Statistiche Report del 3 maggio 2018. Rielaborazione



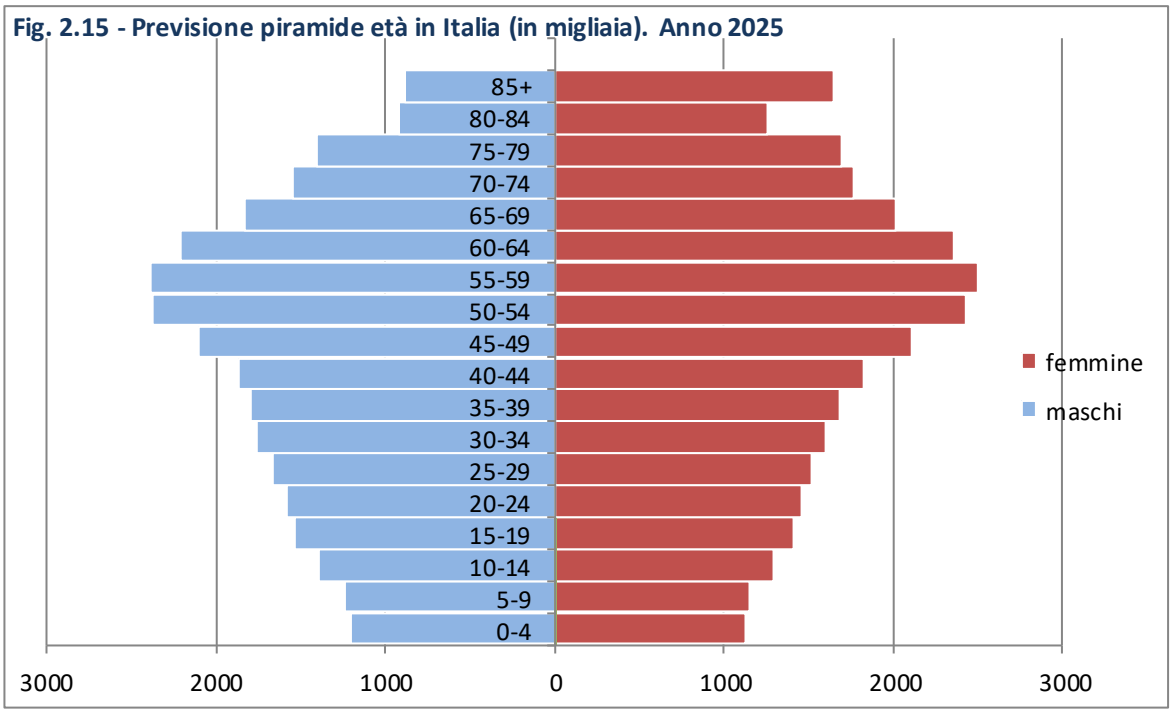
Fonte: Istat. Statistiche Report del 3 maggio 2018. Rielaborazione

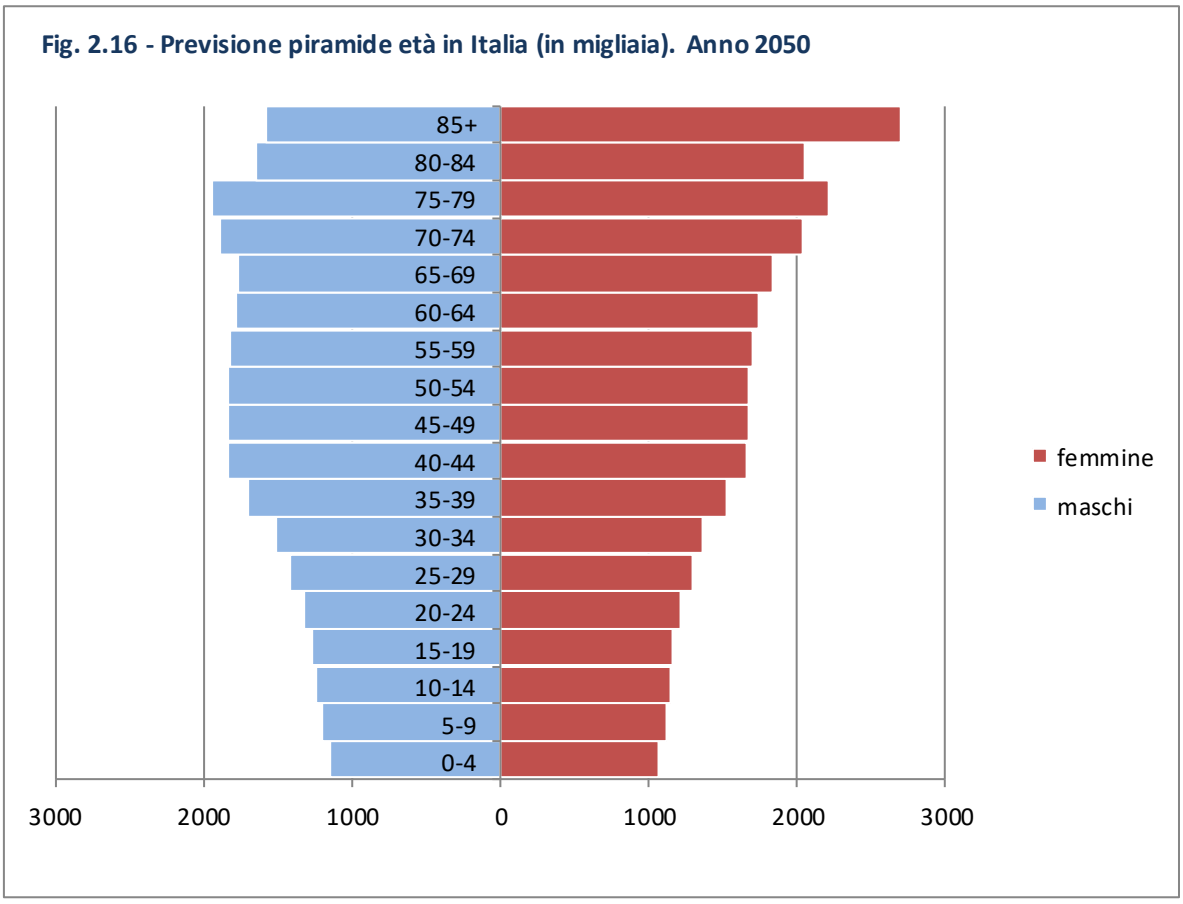


Fonte: Istat. Statistiche Report del 3 maggio 2018. Rielaborazione



Fonte: Istat. Statistiche Report del 3 maggio 2018. Rielaborazione





Fonte: Oecd.Stat. Population projections

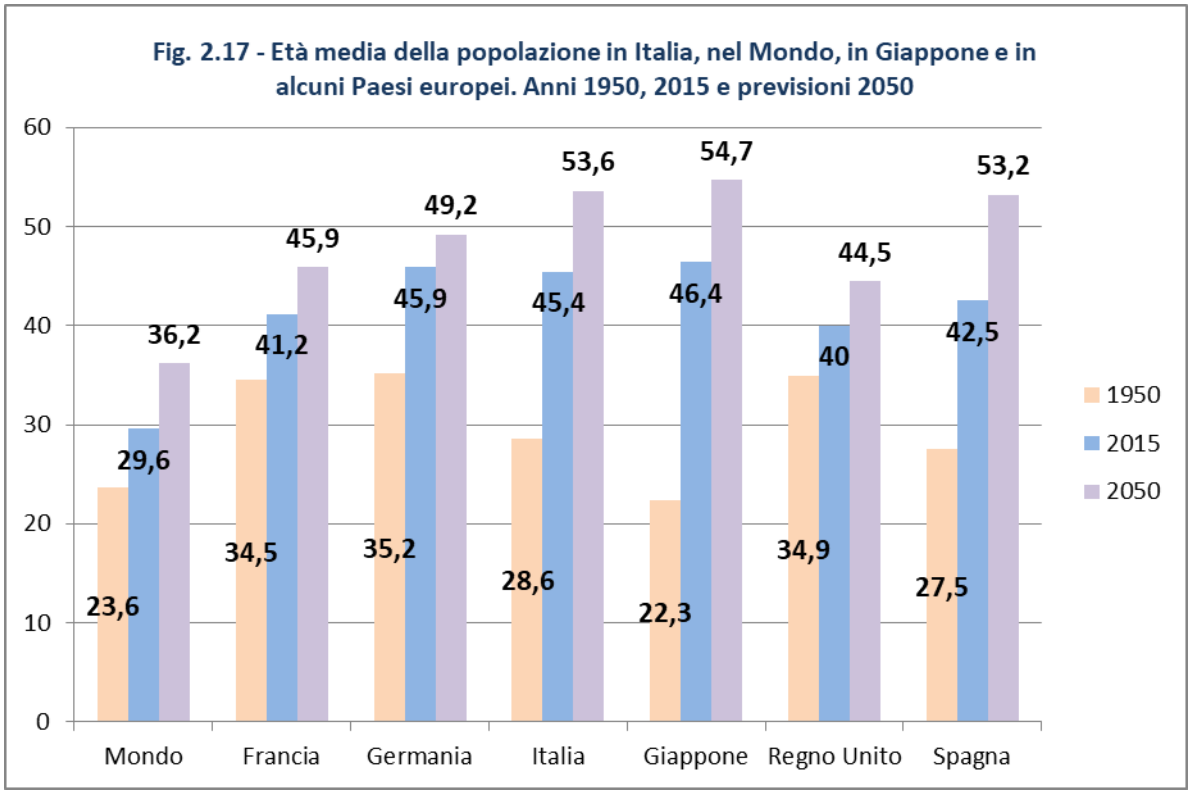
Dati sulla stessa linea, pur con qualche discordanza, emergono anche da recenti previsioni ONU che però si arrestano al 2050. Anche in questo caso si evidenzia comunque come la coorte over 65 conoscerà negli anni futuri un deciso incremento inferiore solo a quello del Giappone[8]. Per l'Italia, secondo queste stime, si raggiungerà la quota del 36% con una quota di ultraottantenni del 14,9, mentre il Giappone si assesterà al 37,7. In questo caso però l'Italia verrebbe sopravanzata dalla Spagna che raggiungerà la quota di 36,8. (**Tab. 2.8)**

Tab. 2.8 - Popolazione over 65 e over 80 in Italia, nel mondo, nel Giappone e in alcuni Paesi europei (valori percentuali). Anni 1950 e 2019 e previsioni anni 2030 e 2059

Mondo	1950	2019	2030	2050
65+	5,1	9,1	11,7	15,9
80+	0,6	1,9	2,4	4,4
Francia				
65+	11,4	20,4	24,1	27,8
80+	1,6	6,2	7,8	11,4
Germania				
65+	9,7	21,6	26,2	30,0
80+	1,0	6,9	7,4	12,8
Italia				
65+	8,1	23,0	27,9	36,0
80+	1,0	7,4	9,0	14,9
Giappone				
65+	4,9	28,0	30,9	37,7
80+	0,4	8,7	12,8	15,6
Regno Unito				
65+	10,8	18,5	21,5	25,3
80+	1,5	5,1	6,5	9,5
Spagna				
65+	7,2	19,6	25,0	36,8
80+	1,0	6,2	7,7	13,9

Fonte: UN. Department of Economic and Social Affairs. Profiles of Ageing 2019

[8] In realtà i dati Onu evidenziano un invecchiamento più marcato: prevedono infatti per il nostro Paese una percentuale di over 65 pari al 36,0% nel 2050 contro una percentuale di 33,1 prevista dall'Istat per il 2065. Stesso discorso vale per l'età media che le previsioni Onu indicano al 53,6 % nel 2050 a fronte del 50,1 previsto dall'Istat per il 2065 (Fig. 2.13, 2.15, 2.19 e Tab. 2.7). Queste discrepanze emergono riguardo agli anni terminali dell'iter previsionale e sono in qualche modo inevitabili quando si fanno proiezioni a così lunga scadenza su dati come quelli demografici che sono in parte aleatori. Non viene però intaccato il giudizio complessivo sull'invecchiamento della popolazione che è, in misura più o meno consistente, un dato ineludibile per il futuro.



Fonte: UN. Department of Economic and Social Affairs. Profiles of Ageing 2019. Rielaborazione

2.5 - La presa di coscienza del problema dell'invecchiamento su scala globale: verso una società per tutte le età

2.5.1 – Un avvio lento ma una rapida accelerazione

Il tema dell'invecchiamento della popolazione è stato oscurato a lungo, nel dibattito pubblico e all'interno degli organismi internazionali, da quello, ritenuto più pressante, della sovrappopolazione e del conseguente controllo delle nascite (si vedano ad esempio, con i loro alterni risultati, le Conferenze mondiali sulla popolazione di Bucarest, 1974, Città del Messico, 1984, e Il Cairo, 1994). Già nella Conferenza de Il Cairo, però, questo tema si era fatto strada ed, all'interno del *Programma di Azione Finale* approvato dai 179 stati partecipanti, un paragrafo (il 6c, 16-20) trattava proprio l'invecchiamento demografico come tendenza sempre più diffusa a livello mondiale. In esso si diceva:

> "[…] The steady increase of older age groups in national populations, both in absolute numbers and in relation to the working-age population, has significant implications for a majority of countries, particularly with regard to the future viability of existing formal and informal modalities for assistance to elderly people.

The economic and social impact of this 'ageing of populations' is both an opportunity and a challenge to all societies. Many countries are currently re-examining their policies in the light of the principle that elderly people constitute a valuable and important component of a society's human resources. They are also seeking to identify how best to assist elderly people with long-term support needs.

Objectives

6.17

The objectives are:

(a) To enhance, through appropriate mechanisms, the self-reliance of elderly people, and to create conditions that promote quality of life and enable them to work and live independently in their own communities as long as possible or as desired;

(b) To develop systems of health care as well as systems of economic and social security in old age, where appropriate, paying special attention to the needs of women;

(c) To develop a social support system, both formal and informal, with a view to enhancing the ability of families to take care of elderly people within the family .

Actions

6.18

All levels of government in medium- and long-term socio-economic planning should take into account the increasing numbers and proportions of elderly people in the population. Governments should develop social security systems that ensure greater intergenerational and intragenerational equity and solidarity and that provide support to elderly people through the encouragement of multigenerational families, and the provision of long-term support and services for growing numbers of frail older people .

6.19

Governments should seek to enhance the self-reliance of elderly people to facilitate their continued participation in society. In consultation with elderly people, Governments should ensure that the necessary conditions are developed to enable elderly people to lead self-determined, healthy and productive lives and to make full use of the skills and abilities they have acquired in their lives for the benefit of society. The valuable contribution that elderly people make to families and society,

especially as volunteers and caregivers, should be given due recognition and encouragement"[9].

Ancor prima, nel 1982, l'ONU, nell'Assemblea mondiale sull'invecchiamento tenutasi a Vienna, aveva definito il *Piano di Azione internazionale sull'invecchiamento* (noto anche come *Piano di Vienna*). In esso si leggeva, tra l'altro, che "il contributo spirituale, culturale e socio-economico fornito dagli anziani ha un grande valore per la società" e che "dovrebbe essere riconosciuto e promosso ulteriormente. In questa ottica le spese sostenute in favore degli anziani dovrebbero essere considerate alla stregua di investimenti che durano nel tempo". In buona sostanza si affermava il principio, universalmente condiviso in seguito nel discorso pubblico, che gli anziani non vanno considerati come un peso per la società ma come una risorsa. Si ribadiva quindi, in modo profetico, la necessità di "uno sforzo educativo specificamente destinato a rendere i giovani consapevoli dei cambiamenti che si verificano con la crescita" ed ai mass media si chiedeva "di istruire la popolazione riguardo ai processi di invecchiamento (…) così da comprendere appieno come l'invecchiamento sia un processo naturale" ed in questo si coinvolgevano anche i Ministeri della Pubblica istruzione dei vari Paesi[10]. Si trattava comunque di indicazioni che investivano anche l'aspetto culturale del problema e che aprivano alla problematica del rapporto tra le generazioni, tema che sarebbe divenuto in seguito sempre più pressante nel dibattito pubblico.

Nel 1991, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, riprendendo le indicazioni del *Piano di Vienna*, approvava una risoluzione, la n. 46 del 16 dicembre, dal titolo *Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane*, che ha costituito il quadro concettuale di riferimento per le politiche sociali dei vari Paesi nei decenni successivi[11]. Con tali principi si proponeva una sorta di decalogo dei diritti delle persone anziane imperniato intorno a 5 grandi temi valoriali (indipendenza, partecipazione, cura, autorealizzazione, dignità) che si snodavano poi in 18 direttive. Riguardo al tema dell'indipendenza si affermava in particolare che l'anziano ha diritto ad accedere a cibo, acqua, alloggio, vestiario e assistenza sanitaria adeguati (questo riferimento ai bisogni primari è dovuto al fatto che la risoluzione era rivolta a tutti i Paesi del mondo, e quindi anche a quelli poveri ed in via di sviluppo) ed alla possibilità di accedere al lavoro e ad altre fonti di reddito. Ha diritto inoltre a vivere in

[9] Reperibile su: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf (pag. 51 e seg.).

[10] Vienna International Plan of Action on Aging, reperibile su: https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf (pag. 46 e seg.).

[11] Reperibile su: https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx

ambienti sicuri, adattabili alle proprie preferenze personali nonché al mutare delle condizioni fisiche e delle capacità.

Successivamente, con la risoluzione n. 47, l'ONU ha promosso il 1999 ad "Anno internazionale degli anziani" con lo slogan "Verso una società per tutte le età"[12]. L'obiettivo di questa iniziativa era da considerarsi piuttosto ambizioso. Si trattava di avviare politiche di investimento volte a uno sviluppo individuale riguardante tutta la vita nel contesto della nuova longevità e di coordinare le conseguenze dell'allungamento della vita con altre trasformazioni della società come la globalizzazione e la rivoluzione tecnologica. Per "società per tutte le età" si intendeva una società che adegua le sue strutture e il suo funzionamento, le sue politiche e i suoi progetti alle necessità e alle capacità di tutti, dando quindi spazio alle potenzialità di tutti e consentendo alle generazioni di investire l'una nell'altra e di condividere i frutti di questo investimento. Si proponeva quindi una società multigenerazionale non suddivisa in giovani, adulti e anziani visti come compartimenti stagni tra loro non comunicanti ma al contrario come generazioni tese alla collaborazione in base a interessi comuni e mirando ad ottenere vantaggi comuni. Alle politiche degli stati si chiedeva pertanto di elaborare programmi che facilitassero il contributo delle persone anziane all'intera società e ne prevedessero un sostegno nei periodi di difficoltà e di dipendenza.

Si trattava di proposte a quel tempo certamente utopistiche (e forse in molti Paesi lo sono ancora oggi). Esse però hanno avuto il merito di promuovere una riflessione generale sul piano internazionale riguardo alla condizione dell'anziano ed ai problemi legati all'invecchiamento (Delpérée, 2000). Hanno perciò posto le basi per i successivi sviluppi sia sul piano della riflessione teorica (in particolare con la messa in agenda dei grandi temi della intergenerazionalità e della valorizzazione dell'anziano come risorsa) sia su quello della progettazione concreta da parte dei governi. E infatti nella Seconda Conferenza Mondiale sull'Invecchiamento, tenutasi a Madrid nel 2002, è stato adottato il *Piano di Azione internazionale sull'invecchiamento* (MIPAA) che ha dato continuità a quelle direttive fornendo il quadro di riferimento globale per affrontare il problema nei vari Paesi[13]. Nello stesso anno, gli stati della Regione Europea, riunitisi a Berlino, hanno adottato una strategia regionale specifica (*Regional Implementation Strategy*-RIS) per la effettiva messa

[12] Con risoluzione 25/106 del 14 dicembre 1990 (reperibile su https://undocs.org/en/A/RES/45/106) l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha istituito la Giornata Internazionale degli anziani che si celebra ogni anno il 1 ottobre su temi specifici proposti anno per anno. Tra questi ad esempio *Affrontare le sfide dell'invecchiamento* (2002) , *Povertà, donne anziane e sviluppo* (2005).

[13] Reperibile su: https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf

in opera del MIPAA. Il Piano si sviluppava intorno a dieci priorità sulle quali gli stati sottoscrittori hanno concordato di focalizzare la propria azione, nell'ambito della realizzazione del MIPAA. Le priorità erano:

1- Inserire il tema dell'invecchiamento in tutte le politiche pubbliche, allo scopo di armonizzare società e sistemi economici con il cambiamento demografico degli anziani nella società.
2- Assicurare la piena integrazione e partecipazione degli anziani nella società.
3- Promuovere una crescita economica equa e sostenibile per fronteggiare l'invecchiamento della popolazione.
4- Adattare i sistemi di protezione sociale ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze sociali ed economiche.
5- Preparare il mercato del lavoro a rispondere alle conseguenze economiche e sociali dell'invecchiamento della popolazione.
6- Promuovere un apprendimento lungo tutto l'arco della vita e adeguare il sistema educativo alle mutate condizioni economiche, sociali e demografiche.
7- Assicurare la qualità della vita ad ogni età e il mantenimento di una vita indipendente, includendo la salute ed il benessere.
8- Generalizzare l'approccio di genere nel quadro dell'invecchiamento della società.
9- Sostenere le famiglie che forniscono assistenza agli anziani e promuovere la solidarietà inter e intragenerazionale fra i loro membri.
10- Promuovere la realizzazione e il *follow up* della Strategia Regionale attraverso la cooperazione transazionale[14].

Da allora i Paesi che hanno sottoscritto questo piano, impegnandosi ad attuarlo con misure concrete, hanno avviato delle verifiche costanti e periodiche circa tale attuazione[15].

[14] Reperibile su: https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/unece-ris.pdf

[15] Si veda a titolo di esempio tra i rapporti più recenti, per l'Olanda (2016): file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/MIPAA+RIS+3rd+Review%20(1).pdf.
Per la Repubblica Ceca (2007): https://www.mpsv.cz/documents/625317/625867/Report_RIS_CzechRepublic.pdf/f64f4653-8931-31af-8237-ac9355cab280.
Per la Svezia (2011): https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/MIPAA/ChristianDemocratsSeniorAssociation_Annex1.pdf.
Per il Portogallo (2017): https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_EN.pdf.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) si è attivata sin dalla fine del secolo scorso affiancando le Nazioni Unite nel promuovere, dal punto di vista della tutela della salute psico-fisica, programmi che favorissero l'invecchiamento attivo ed il diritto di cura per le persone nel ciclo di vita anziano. Nel 1995 ha promosso *l'Ageing and Health Program* ed ha successivamente emesso, in occasione dell'Anno internazionale degli anziani" delle Nazioni Unite un documento programmatico *Ageing, exploding the myths*[16]. A seguito della Assemblea Mondiale della Sanità, tenutasi nel maggio del 1998, la Regione Europea dell'OMS ha elaborato il programma *Health 21* che, nell'ambito di una promozione generale della salute per tutti e per tutte le fasce d'età, ha incluso tra i suoi obiettivi (obiettivo 5) "invecchiare in modo sano", sostenendo la promozione della salute lungo l'intero arco della vita[17]. A questo hanno fatto seguito vari interventi fra cui il documento *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020*[18], pubblicato nel 2012, il programma *Health 2020*. *A European policy framework and strategy for the 21st century*, pubblicato nel 2013[19] e, tra gli ultimi in ordine di tempo, le *Linee Guida* del 2017, specificamente dedicate alla salute degli anziani: *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*[20]. Nel documento del 2012, tra i vari interventi proposti in quattro aree strategiche, si sottolineava l'importanza di incrementare la prevenzione, prevenendo le cadute e potenziando le vaccinazioni, nonché migliorare la qualità della cura per gli anziani, in particolare nell'assistenza domiciliare, compresa l'auto-cura, e occupandosi anche della formazione dei *caregivers* informali (Ricciardi et al, 2014).

Molti, negli ultimi decenni, sono stati gli interventi sul problema anche a livello delle istituzioni europee. Per citare i più importati, si va dalla comunicazione della Commissione Europea (in data 21 maggio 1999)[21] e dalla successiva risoluzione del Parlamento Europeo (in data 15 dicembre 2000) avente come titolo *Verso un'Europa di tutte le età - promuovere la prosperità e la solidarietà fra le generazioni*[22] nella quale si mettevano a fuoco anche i problemi relativi all'invecchiamento della forza-lavoro e alla pressione dell'invecchiamento della società sui sistemi pensionistici e previdenziali, alla

[16] Reperibile su: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66330/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf;sequence=1

[17] Reperibile su: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1.

[18] Reperibile su: file:///C:/Users/User/Downloads/5051e84ab3d95_RC62wd10-Eng.pdf

[19] Reperibile su: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

[20] Reperibile su: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;sequence=1).

[21] Reperibile su: https://docplayer.it/11378662-Verso-un-europa-di-tutte-le-eta.html.

[22] Reperibile su: https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P5-TA-2000-0593+0+DOC+XML+V0//IT&language=IT.

comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo dal titolo *La risposta dell'Europa all'invecchiamento della popolazione mondiale. Promuovere il progresso economico e sociale in un mondo che invecchia. Un contributo della Commissione europea alla seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento* (2002)[23], alla comunicazione, sempre della Commissione, dal titolo *Libro verde: Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici* (COM (2005) 0094)[24], con la successiva risoluzione del Parlamento Europeo sulle sfide demografiche e la solidarietà tra le generazioni (2005/2147). Il 14 giugno 2007 la Commissione Europea ha poi adottato il Piano d'Azione *Invecchiare bene nella società dell'informazione*[25]*,* con il quale, tra l'altro, si intendeva promuovere l'uso delle tecnologie informatiche presso la popolazione anziana.

Dal 2009 si celebra il 29 aprile di ogni anno il *Giorno della Solidarietà inter-generazionale* istituito dall'UE per promuovere il tema dell'inclusione delle persone anziane e va ricordata anche l'indizione dell'*Anno europeo dell'invecchiamento attivo, e della solidarietà tra le generazioni*, nel 2012 da parte dell'UE[26].

In una Comunicazione del 20 febbraio 2013 inoltre la Commissione Europea insiste sulla necessità di aumentare gli interventi nel settore del LTC sia con politiche di prevenzione e di *active and healthy ageing* sia nella promozione delle capacità delle persone anziane non autosufficienti di vivere in modo il più possibile autonomo, preferibilmente presso il proprio domicilio e grazie all'impego di nuove tecnologie (*Long-term care in ageing societies. Challenges and policy options. Communication from the Commission to* the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of Regions, 2013)[27]. Per dare seguito a questa serie di interventi, e ad altri successivi l'UE si è dotata di vari strumenti che prevedono anche sostegni finanziari. Tra questi si segnala, nel campo dell'innovazione tecnologica a sostegno della vita autonoma l'*Ambient Assisted Living Joint Programme – ICT for Ageing well (AAL)*,[28] che intende facilitare l'innovazione tecnologica per la realizzazione di ambienti *age-friendly* mediante il finanziamento di progetti trans-nazionali che coinvolgano imprese, centri di ricerca e organizzazioni di utenti (Maino & Razetti, 2019).

[23] Reperibile su: https://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com2002_0143_it.pdf.

[24] Reperibile su : http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/green_paper_en.html

[25] Reperibile su: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l24292&from=IT

[26] Reperibile su: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2011:246:FULL&from=IT

[27] Reperibile su: file:///C:/Users/User/Downloads/SWD_Long-term-care_en%20(4).pdf

[28] Reperibile su: https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/active-and-assisted-living-joint-programme-aal-jp

2.5.2 - Nasce l'interesse per l'ambiente urbano: le città a misura di anziano

Un tema che in questi ultimi anni ha ricevuto sempre più spazio nell'agenda delle grandi istituzioni internazionali è quello del rapporto tra longevità e urbanizzazione. L'obiettivo che si è andato facendo sempre più strada è stato quello di promuovere e garantire condizioni di vivibilità per gli anziani nelle città sempre più congestionate.

Nel 2007 l'OMS ha promosso la costituzione della rete delle città amiche degli anziani (*Age friendly cities network*). Nella Guida che accompagnava il progetto[29] si dettagliavano numerose proposte di intervento volte a favorire un pieno inserimento dell'anziano nella vita cittadina. Non si trattava tanto di grandi opere da realizzare ma di interventi di piccole dimensioni in grado però di rendere la città a misura di anziano**.** Si andava dalla tutela dell'ambiente e degli spazi verdi alla richiesta di panchine, parchi e di una pavimentazione urbana che facilitasse gli spostamenti; dalla sicurezza nella mobilità a trasporti comodi e accessibili alle persone anziane; dalla sicurezza all'accesso facilitato ai servizi; dall'adeguatezza degli alloggi all'accesso all'informazione; dalla partecipazione agli eventi e alla vita civica all'istruzione e alla cultura per la "terza età"; dalla possibilità di svolgere da parte degli anziani attività lavorative e di volontariato alla formazione per l'uso degli strumenti tecnologici ed informatici[30]. Ancora nel 2015 l'OMS, nel *World Report on ageing and health* ritornava su questi temi, sottolineando l'importanza di favorire l'autonomia delle persone anziane e la necessità di adeguare l'ambiente in cui vivono alle loro esigenze specifiche, sia a livello di ambiente urbano, sia a livello di ambiente domestico. Questo perché salute e benessere sono determinati non solo dalle caratteristiche personali, ma anche dall'ambiente fisico e sociale in cui si vive, includendo in ciò la casa, le relazioni sociali, i quartieri e le comunità[31].

A questo proposito anche l'*Agenda Onu per lo sviluppo sostenibile 2030*, sottoscritta nel 2015 dai 193 paesi membri delle Nazioni Unite, prevede all'11° obiettivo la realizzazione di "città e comunità più sostenibili", con l'intento, tra gli altri, di favorire l'accesso ai servizi alle persone in condizioni vulnerabili, ai disabili e agli anziani (11.2), con riferimento in particolare ai trasporti:

> 11.2 - By 2030, provide access to safe, affordable, accessible and sustainable transport systems for all, improving road safety, notably by expanding public transport, with special attention to the needs of those in vulnerable situations, women, children, persons with disabilities and older persons

[29] Reperibile su: https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf.

[30] Per un commento a queste proposte e per una valutazione dello stato delle cose in Italia in ordine alla realizzazione di questi obiettivi si veda il numero 1/2017 della rivista Abitare e Anziani, reperibile on line su http://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2017/03/AeA_Magazine_02.pdf

[31] Reperibile su: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

E al punto 11.7:

> 11.7 - By 2030, provide universal access to safe, inclusive and accessible, green and public spaces, in particular for women and children, older persons and persons with disabilities[32].

Ecco di seguito un quadro sintetico degli interventi prima ricordati:

Sintesi dei principali interventi dell'ONU e dell'OMS in materia di politica per gli anziani			
Soggetto e ambito	**Anno**	**Documento di riferimento**	**Contenuti principali e Linee-guida**
Onu (prima Assemblea mondiale sull'invecchiamento) Vienna	1982	Piano di azione internazionale sull'invecchiamento (Piano di Vienna)	-Anziani come risorsa per la società -Politica per gli anziani come investimento per il futuro -Lavoro per l'educazione dei giovani e promozione dell'intergenerazionalità
Onu (Assemblea Generale)	1991	Risoluzione 46 (Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane)	5 grandi obiettivi valoriali riguardanti gli anziani: -Indipendenza -Partecipazione -Cura -Autorealizzazione -Dignità
Onu (Conferenza mondiale sulla popolazione) Il Cairo	1994	Programma di azione finale	-Invecchiamento della popolazione come opportunità e sfida -Promozione della qualità della vita e della vita indipendente della popolazione anziana -Garanzia di sicurezza economica e sociale agli anziani -Cura all'interno della famiglia
Onu (Assemblea Generale)	1999	Anno mondiale degli anziani	Verso una società per tutte le età (multigenerazionalità)
Onu (Seconda conferenza mondiale sull'invecchiamento)	2002	Piano di azione internazionale sull'invecchiamento (MIPAA)	-Dare continuità alle precedenti direttive

[32] Reperibile su: https://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/

Madrid			
Onu (Stati delle Regione Europea) Berlino	2002	Regional Implementation Strategy (RIS)	10 priorità nelle politiche degli stati per gli anziani; tra queste: -integrazione, -partecipazione, sostegno economico e qualità della vita e della vita indipendente; -sostegno alle famiglie. Elementi di novità: -attenzione al mercato del lavoro e educazione permanente della persona in tutto l'arco di vita, anche anziana
Onu	2015	Agenda Onu per lo sviluppo sostenibile 2030	Realizzazione di città a misura dei cittadini più vulnerabili, disabili e anziani
Oms (Assemblea mondiale della Sanità) Regione Europea	1998	Programma Health 21	Promuovere un invecchiamento sano per tutti
Oms	2007	Progetto Age friendly cities network	Promuovere il pieno inserimento degli anziani nella vita cittadina
Oms	2012	Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020	Incrementare la prevenzione, migliorare la qualità della cura per gli anziani, in particolare nell'assistenza domiciliare
Oms (Dipartimento dell'invecchiamento e del corso di vita)	2017	Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity	Promuovere la salute degli anziani

2.5.3 – Passi indietro?

Tutti questi interventi indicano una progressiva ampia presa di coscienza, su scala planetaria, dei problemi legati all'invecchiamento delle società. In questi stessi anni tale presa di coscienza è stata accompagnata, come verrà documentato nel capitolo successivo, dall'elaborazione, sul piano della ricerca scientifica, di nuovi modelli teorici di interpretazione della condizione anziana e dalla loro conseguente applicazione nel campo

pratico dell'assistenza e della cura. Questa riflessione ha investito anche i governi e gli organi decisionali dei vari Paesi, entrando a pieno titolo nelle politiche di *welfare* di cui il LTC è diventato uno dei capisaldi. Ciò ha consentito, in molti casi, l'attuazione di riforme e la messa in atto di buone pratiche e di azioni migliorative rispetto ai rischi della condizione della popolazione anziana e questo ha prodotto un generalizzato indubitabile miglioramento di tale condizione.

Ultimamente però, anche a causa della grave crisi economica che si è abbattuta su molti Paesi in questi ultimi due decenni, l'intera politica del sostegno alle persone anziane ha dovuto fare i conti con il problema delle sempre più scarse risorse disponibili. L'intero sistema del *welfare* pubblico nei sistemi occidentali è stato rimesso in discussione e da più parti si è sollevato il dibattito circa un suo ripensamento e una sua rimodulazione o si è addirittura avviato un processo in questa direzione. L'orientamento complessivo dell'Europa sembra essere ora meno indirizzato verso la valorizzazione della risorsa anziana e più verso l'obiettivo del riequilibrio della finanza pubblica (Mirabile et al., 2008). Questi processi in taluni casi rischiano di vanificare i passi avanti compiuti in precedenza in quanto, spinti dai vincoli finanziari imposti dalla crisi, o semplicemente prendendola a pretesto (Walker, 2005), molti Paesi, hanno avviato una politica di limitazione nell'erogazione dei servizi o nell'accesso agli stessi ("universalismo limitato") oppure di deistituzionalizzazione/privatizzazione/commercializzazione dell'intero sistema della cura degli anziani che si è risolto non di rado in un ridimensionamento dello stesso (Pfau-Effinger et al., 2009; Pfau-Effinger & Rostgaard, 2011; Ranci & Pavolini, 2015; Arlotti & Ranci, 2018)[33].

[33] Si veda per un quadro generale e per la situazione in alcuni Paesi europei Ranci & Pavolini, (2013); Albertini & Pavolini, (2017); Journal of Social Service Research (2016, 42,2), in particolare Deusdad et al. (Ibid: 144-150); Greve (2017 a), Gori et al. (2015). Esempi in direzione opposta si riscontrano in Germania (Nadash et al., 2017), Svezia (Greve, 2017 b) e Finlandia (Waldhausen, 2014). Sulla situazione spagnola: Pena-Longobardo et al. (2016); per la Gran Bretagna Glendinning (2017). In Italia, in particolare, le esigenze di austerità e di contenimento dei costi si sono saldati alla tradizionale politica di interventi a breve termine di gestione emergenziale del problema a scapito di una più ampia politica a medio e lungo termine (Gori, 2018), ma sulla situazione italiana si avrà modo di ritornare.

3 - VERSO UN RIPENSAMENTO DELLA CONDIZIONE ANZIANA E DEL MODELLO DI ASSISTENZA

3.1 - Le diverse "età" dall'anziano

È ormai convinzione condivisa sia nell'ambito della letteratura scientifica sia dal senso comune che la definizione di anzianità non possa più basarsi su un dato puramente anagrafico. Non basta infatti il superamento della fatidica soglia dei 60-65 anni per essere considerati anziani, sia perché l'allungamento medio della vita e della vita in buona salute permette a persone, anche ben oltre questa soglia, di essere fisicamente attivi, sia perché questa ampia fascia di popolazione non è un tutto omogeneo ma presenta al suo interno notevoli differenze sia riguardo alle condizioni fisiche e psichiche sia riguardo agli atteggiamenti, ai comportamenti, allo stesso sentire e a tutto ciò che afferisce all'autocoscienza personale. Si tratta, non considerando le inevitabili eccezioni, di differenze raggruppabili e classificabili, per fasce d'età (i 65-75enni hanno caratteristiche diverse dai 76-85enni ecc.) ma anche qui con una certa dose di approssimazione e genericità, in quanto il percorso di invecchiamento e di indebolimento, inevitabile per tutti, avviene comunque secondo velocità e ritmi differenti da persona a persona. La pura e semplice età anagrafica quindi ci offre poche informazioni sugli anziani. Stabilire in base a questo chi sia anziano oppure no è del tutto inadeguato proprio perché non rende ragione delle obiettive condizioni di carattere fisico-sanitario di cui le persone godono nella fase più avanzata della loro vita nonché della loro complessità interiore e psicologica.

> "Nelle nostre società, la vita media si allunga e le condizioni di salute dei soggetti, a parità di classe d'età, sono sensibilmente migliorate rispetto al recente passato. Questa considerazione potrebbe giustificare, da sola, le attuali difficoltà nel forzare sotto l'unica etichetta di "anziano" la varietà di situazioni prodotte dal fatto che, a 60-65 anni, si hanno di fronte ancora molti anni di vita, parte dei quali in buone condizioni fisiche e mentali, oltre che in una situazione socioeconomica e culturale che offre concrete opportunità di rimanere a lungo attivi, anche in una fase in cui l'impegno personale si esercita al di fuori del mercato del lavoro." (Facchini & Rampazi, 2006: 67)

> "Nonostante la frequenza con la quale i termini sono utilizzati, la decisione di cosa significhi vecchiaia e quando cominci rimane problematica. Non possiamo

> presumere che sia omogeneo un gruppo che comprende un raggio di età di 40 anni […] È del tutto irrealistico che un gruppo del genere sia omogeneo sia per quel che attiene alle caratteristiche che per quel che attiene agli atteggiamenti." (Victor, citazione tratta da Pugliese, cit: 49-50)

Oltre che per le diverse condizioni fisiche, le persone anziane si differenziano tra loro per la loro storia, per altri fattori di carattere sociale, individuale, soggettivo[34]. La vecchiaia "percepita" è molto diversa da persona a persona indipendentemente dalle condizioni fisiche. Ognuno può vivere in modo diverso il proprio invecchiamento.

> "Raramente […] i cambiamenti che si osservano nel comportamento con l'età sono dovuti a un fattore solo. Piuttosto sono il risultato di molte influenze che agiscono nel corso della vita. Così come l'ambiente si modifica e lo modifichiamo, così cambia il nostro modo di invecchiare e i modi di pensare, agire e sentire circa le nostre vite." (Birren, 1990, cit. in Cesa-Bianchi, 1998: 54)

> Sul piano psicologico:

> "Non esiste la psicologia del novantenne e del centenario, ma ci sono tante psicologie quanti sono i novantenni e i centenari." (Cesa-Bianchi & Cristini, 2009)

Si può arrivare persino a dire, provocatoriamente, con Marc Augé, che la vecchiaia non esiste, che egli non percepisce di invecchiare, perché il suo corpo si logora ma la soggettività rimane giovane (Augé, 2014).

In effetti si può parlare di "diverse età" di cui l'individuo anziano è portatore: vi è un'età cronologica, una biologica, una personale, una sociale, una psicologica (Mirabile, 2011). Queste età sono collegate le une alle altre ma sono influenzate anche da fattori individuali, personali e di contesto che le rendono non del tutto coincidenti fra loro e nel nostro tempo appare sempre più evidente in particolare il *gap* tra l'età cronologica e le altre.

D'altra parte è inevitabile, dal punto di vista dello studio e della gestione della società (quindi della demografia, della sociologia, ma anche della politica per ciò che concerne le *policies* previdenziali ed assistenziali) arrivare a una categorizzazione univoca della figura dell'anziano, a stabilire una linea di demarcazione netta tra chi è da considerarsi tale e chi non lo è ancora.

In effetti la prima e più semplice definizione di anzianità è quella stabilita dalla società e dalle sue istituzioni ed è legata al momento del pensionamento e della conseguente estromissione dal mondo produttivo. È la società, con la politica previdenziale dei governi, a stabilire, infatti, quando una persona deve uscire dal mondo produttivo ed iniziare una nuova fase per la quale si può cominciare a parlare di anzianità. Questo criterio dell'età pensionabile per definire l'anzianità, seppur schematico e burocratico, è l'unico che

[34] Va ricordata anche al posizione di chi sostiene che l'idea di vecchiaia assuma connotazioni variabili nelle diverse epoche per effetto delle diverse rappresentazioni sociali che prevalgono in esse più che per le differenti condizioni fisiologiche o psicologiche (Johnson, 1998).

consente di gestire certe dinamiche sociali, la più importante delle quali riguarda, come detto, il sistema previdenziale-pensionistico. All'arrivo dell'età pensionabile si associa anche il riconoscimento da parte dello stato o dell'ente pubblico di varie agevolazioni quali tariffe a prezzo ridotto per l'accesso ai servizi sanitari e/o per l'utilizzo di mezzi pubblici, biglietti a costo contenuto per la frequentazione di musei e teatri ecc. Il raggiungimento dell'età pensionabile continua ad essere ufficialmente una sorta di "porta simbolica" (De Nardis & Alteri, 2012) che dà accesso alla vecchiaia, un periodo che, in virtù dell'innalzamento della speranza di vita, può durare alcuni decenni all'interno dei quali l'individuo può attraversare segmenti esistenziali profondamente diversi.

In ogni caso questa è una definizione che, soprattutto nel passato anche recente, era accompagnata da connotati piuttosto negativi anche perché spesso si associava nell'immaginario collettivo all'idea di malattia:

> "Il concetto di vecchiaia, la risonanza semantica evocatrice di disastri biologici che essa ingenera, è il luogo geometrico di pregiudizi e stereotipi che hanno segnato in negativo la vita di tanta gente, che finisce, suo malgrado, con l'autoavverare la profezia: la vecchiaia è una malattia." (Migliara, 2009: 371)

L'esclusione dalla vita produttiva per passare a quella improduttiva, in una società in cui il lavoro produttivo si caricava di significati non solo economici, cioè come unica ed esclusiva fonte di ricchezza e indicatore di sviluppo (Rifkin, 2005), ma anche simbolici (lavoro come unica forma di realizzazione di sé, *status symbol*), rischiava di essere comunemente percepita come una sorta di "squalifica" della persona, non ritenuta più utile al perseguimento dei fini di questa società che appariva (e appare ancora) fondata su valori come la produzione e il consumo. È la condizione che è stata definita *ageism* (Butler, 1969; Henrad, 2002) e che conduceva all'isolamento dal mondo, alla perdita di ogni ruolo sociale, a una visione omogeneizzata dell'anziano. L'emarginazione che ne derivava dipendeva proprio dalla convinzione dell'inutilità di questa categoria per la sopravvivenza complessiva del sistema (Bernardini, 2003). Tra l'altro questa forma di squalifica iniziava già a manifestarsi negli ultimi anni lavorativi quando sull'anziano al lavoro si addensavano pregiudizi negativi riguardo alle sue presunte performance decrescenti, alla difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti, ad apprendere ed utilizzare le nuove tecnologie (Nerlich & Schroth, cit.), per cui finiva per essere quello più a rischio di espulsione in casi di ridondanza della mano d'opera (Butler & Gleason 1985; Bombelli & Finzi, 2006, Lazazzara & Bombelli, 2011; Pero, 2012).

Il rischio connesso a questa sanzione sociale di improduttività finiva per essere quello di condurre ad una progressiva emarginazione/autoemarginazione dell'individuo escluso, emarginazione che poteva manifestarsi con gesti eclatanti ma soprattutto con gradualità e

nella quotidianità, una volta superata la prima fase vissuta come la conquista del "meritato riposo" dopo le fatiche della lunga vita lavorativa. Questo avveniva con più facilità se all'anziano venivano a mancare reti e contatti sociali con famigliari, parenti, amici o se si trovava ad affrontare situazioni di malattia o disabilità. Questa condizione era accompagnata dalla consapevolezza di non contare più nulla nel sistema di relazioni che la società sviluppava, e da una percezione di stanchezza, di passività. Nell'anziano si faceva strada la sottile consapevolezza che tutte le scelte importanti della vita erano state fatte ed ora non rimaneva che attendere con rassegnazione il suo corso verso la fine naturale. Si trattava della *disengagement theory* (Cumming & Henry, 1961) secondo la quale l'anzianità era un processo di arretramento progressivo dalle relazioni e dalle attività sociali, arretramento tutto sommato auspicabile a favore delle nuove generazioni che si affacciavano sulla scena sociale. Una conferma di tale dinamica emerge anche sul piano linguistico in quanto spesso le persone pensionate tendevano ancora a definirsi come ex a partire dal lavoro svolto (ex-operai, ex-insegnanti, ex-commercianti ecc.). Il tempo della vita, il cuore della vita era ancora per molti di loro in gran parte coincidente col tempo del lavoro e dell'età lavorativa ormai conclusa (Scortegagna, 2005). L'esclusione dal mondo del lavoro poteva avere un'incidenza notevole, quindi, almeno sul piano psicologico-soggettivo, in quanto accompagnata dal decadimento rispetto a un ruolo prima socialmente valutato ed economicamente vantaggioso, garantito dall'attività lavorativa, e dalla diminuzione conseguente del reddito, dall'abbassamento dello status sociale e dal senso di perdita di utilità per sé e per la società.

La situazione, da questo punto di vista, mostra ora segnali di deciso miglioramento. In questi ultimi anni sembra affermarsi un certo rovescio della medaglia in quanto comincia a farsi strada un modo nuovo di vivere il pensionamento e l'esclusione dal mondo produttivo. In molti si arriva a vedere questo periodo come un'occasione per "liberare" risorse ed energie fino ad allora convogliate nell'ambito produttivo-utilitaristico, e che ora possono essere indirizzate verso attività di altro genere, di carattere spirituale, culturale, ludico, di utilità sociale, attività comunque libere e non determinate dal ruolo che la società assegna alla persona. Ciò è reso possibile ancor di più se la persona è in buone condizioni fisiche. In tal caso il pensionamento può rappresentare non l'inizio del declino ma l'inizio di una nuova avventura in cui è possibile liberarsi dei vecchi ruoli ed effettuare nuove scelte, coltivare valori e ideali nuovi, elaborare progetti per il futuro (Bertocci, 2010). Ma per cogliere questo aspetto liberante ("tempo liberato" e non più solo tempo "libero" dal lavoro: Marcuse, 1955) connesso all'uscita dal mondo produttivo occorre un lungo percorso di educazione e di cambiamento culturale a cui ancora non sempre le persone coinvolte sono preparate e che dipende da svariati fattori, non ultimo il livello culturale e di studio. Il divenire anziano con la perdita dei ruoli sociali acquisiti richiede infatti nella persona che invecchia una disponibilità a ridefinire continuamente la propria

identità, a dismettere, anche senza eccessivi rimpianti, ruoli precedenti per assumerne altri e nuovi e questo non è facile per tutti (Santini et al., 2015).

> "Il benessere nella terza età passa veramente attraverso la riappropriazione del proprio tempo e dei propri interessi, mediante l'apertura al nuovo e all'inesplorato, alla capacità di vivere serenamente la propria età, senza rinunciare alla vitalità delle fasi precedenti." (De Nardis & Alteri, cit.: 67)

3.2 - "Dare vita agli anni": l'invecchiamento più "attivo" è già in atto

L'espressione "invecchiamento attivo" e "con successo" (Havighurst, 1963; Rowe & Kahn, 1987; Baltes, P.B. & Baltes M.M, 1990; Bengtson & Schaie, 1999), espressione che nel corso degli anni, ha conosciuto differenti sottolineature[35], è diventata nella nostra società ormai uno slogan ma conserva una sua verità: in gran parte dei Paesi dell'UE (Zaidi, 2016) l'anziano oggi vive sempre meno una resa incondizionata di fronte alla società ed all'indebolirsi delle risorse del proprio corpo[36], e in ciò è favorito dal fatto che al momento di varcare la soglia della pensione è ancora in buona salute e quindi capace di dedicarsi a svariate attività[37]. L'immagine dell'anziano come "persona seduta, a braccia conserte, e con il capo reclinato" che vive la quotidianità "in maniera sonnolenta" (Corsi & Ulivieri, 2012: 72) fa ormai parte di un passato che non torna più. Molti stereotipi legati alla figura dell'anziano come persona inattiva sul piano dell'iniziativa economica, in condizioni precarie di salute, isolata e confinata in spazi ridotti, con limitate relazioni sociali e famigliari, fondamentalmente passiva e disinteressata a ciò che lo circonda, spesso scontenta e diffidente, non rispondono pienamente al vero. O meglio si avvicinano al vero forse con il progredire dell'età (oltre i 75 anni e per molti anche dopo gli 85), col peggiorare delle condizioni di salute e in dipendenza da altri fattori quali il genere, la famiglia in cui si vive, la presenza o meno di *partner* attivi, il titolo di studio e il livello

[35] Tra le altre: "aggiungere anni alla vita e trovare soddisfazione dalla vita" (Havighurst, 1961); "capacità di attivare strategie per affrontare la vita (capacità di risposta)" (Fisher, 1992); "capacità di approdare in età avanzata a un livello di benessere fisico, sociale e psicologico che è positivo per sé e per gli altri" (Gibson, 1995); "combinazione di sopravvivenza (longevità), salute (mancanza di disabilità) e soddisfazione (felicità)" (Palmore, 1995).

[36] Il concetto di "invecchiamento attivo" fa da sfondo a gran parte degli interventi delle Nazioni Unite, dell'OMS e dell'UE che abbiamo ricordato nel capitolo precedente. Faceva la sua comparsa già nel contributo dell'OMS alla Seconda conferenza mondiale sull'invecchiamento tenutasi a Madrid nel 2002 (Active ageing: a policy framework, 2002 reperibile in:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=E884301B2CDF062EFD9606F2618C74AC?sequence=1) ed è stato ripreso dall'UE nella indizione dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo, e della solidarietà tra le generazioni, nel 2012.

[37] Come non ricordare a questo proposito anche l'iconica frase spesso ripetuta dalla scienziata pluripremiata Rita Levi Montalcini secondo la quale, riprendendo un concetto di Havighurst, occorre "dare vita agli anni e non semplicemente aggiungere anni alla vita".

culturale, la regione o il luogo in cui si vive (Demurtas et al., 2014). [38]Anche se con modalità e intensità diverse un buon numero di loro si dedica ad attività supportive nei confronti dei figli e delle loro famiglie (fanno i nonni a tempo pieno ad esempio), hanno una fitta rete di relazioni amicali ed attività di carattere ludico-culturale, sono impegnati nell'associazionismo e nel volontariato, partecipano ai corsi dell'Università della Terza Età (Mirabile et al. Cit.; Colombo, 2012; Bramanti & Boccacin, 2012; Facchini, 2012; Innocenti & Vecchiato, 2013; Rossi et al., 2014; Principi et al., 2015). Altre conferme provengono dall'Istat. Nel nostro Paese si sta progressivamente alzando il livello del titolo di studio e quindi il livello culturale degli anziani (**Tab. 3.1**), il che permette loro di arrivare con più adeguati strumenti culturali, e quindi più "preparati", ad affrontare questa fase di svolta della loro vita, rallentando così anche il processo di invecchiamento (Maccheroni, 2009). Aumenta altresì il numero di coloro che si dedicano alle attività culturali e sportive, anche se naturalmente questi progressi si manifestano maggiormente nella fascia di età tra i 65 e i 74 anni (ma in proporzione anche nelle coorti successive) (**Tab. 3.2** e **3.3**). Aumentano infine anche gli anziani che utilizzano il PC (**Tab. 3.4**), anche se non appare del tutto superato il *digital divide* che li separa dalle generazioni più giovani nell'uso pieno e consapevole degli strumenti informatici soprattutto di quelli più sofisticati e in più rapida evoluzione (NNA, 6° rapporto, 2017; Medici, 2014; Cipolla & Guarino, 2009; Buccoliero, 2010).

Tab. 3.1 - Popolazione anziana (65+) per titolo di studio (valori assoluti in migliaia e percentuali). Anni 2005, 2015, 2019

	2005		2015		2019	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Nessun titolo di studio o licenza elementare	8.024	72,1	7.540	57,8	6.630	48,9
Licenza scuola media	1.563	14,0	2.662	20,4	3.228	23,8
Diploma di qualifica professionale (2/3 anni)	194	1,7	359	2,8	501	3,7
Diploma di maturità (4/5 anni)	933	8,4	1.664	12,8	2.115	15,6
Laurea e post laurea	420	3,8	811	6,2	1.093	8,0
totale	11.134	100	13.036	100	13.567	100

Fonte: Istat. Dati-anziani.istat.it

[38] Anche l'idea di "invecchiamento attivo" può generare però stereotipi negativi se associata all'immagine giovanilistica dell'anziano magro, scattante, atletico, attento all'immagine, sempra alla moda. Questa idea di anziano naturalmente non corrisponde al vero, ma fa parte di una sorta di favola dell'eterna giovinezza (Cavazza & Malvi, 2014).

Tab. 3.2 - Attività culturali, ludiche e ricreative degli anziani (65+) per fasce di età (valori percentuali). Anni 2005-2018

	Teatro		Cinema		Mostre musei		Opera lirica e musica classica		spettacoli sportivi		Discoteche balere	
	2005	**2018**	**05**	**018**	**05**	**18**	**05**	**018**	**05**	**018**	**05**	**018**
65-74	12,4	16,5	16,0	23,9	15,1	24,6	7,2	7,6	9,8	11,7	6,9	5,3
75+	5,3	8,2	5,5	9,0	6,5	10,7	2,7	5,0	3,5	5,7	1,8	3,0

Fonte: Istat. Dati-anziani.istat.it

Tab. 3.3 - Pratica sportiva e attività motorie degli anziani (65+) per fasce d'età (valori percentuali). Anni 2005-2019

	Sport (continuativo)		Sport (saltuario)		Qualche attività fisica		Nessuna attività fisica	
	2005	**2019**	**2005**	**2019**	**2005**	**2019**	**2005**	**2019**
65-74	7,0	13,4	3,9	5,3	35,3	37,5	53,3	43,8
75+	2,1	5,4	1,3	1,8	21,8	51,3	74,1	67,5

Fonte: Istat. Dati-anziani.istat.it

Tab. 3.4 – Utilizzo del PC da parte degli anziani (65+) per fasce d'età (valori percentuali). Anni 2015-2019

età	Si		Tutti i giorni		Una o più volte a settimana		Qualche volta al mese		Qualche volta all'anno		Mai	
	2015	**2019**	**2015**	**2019**	**2015**	**2019**	**2015**	**2019**	**2015**	**2019**	**2015**	**2019**
65-74	24,4	32,9	13,0	18,8	9,7	10,4	1,3	2,2	0,4	1,5	74,6	65,3
75+	6,6	10,7	3,4	5,4	2,7	3,7	0,3	1,1	0,2	0,5	91,9	87,7

Fonte: Istat. Dati-anziani.istat.it

Riguardo all'impegno nel volontariato delle persone over 65, sempre l'Istat in una ricerca del 2014 ma riferita al 2013 (Istat. Report del 23 luglio 2014) rileva come le coorti di età più impegnate nel volontariato, sia organizzato che individuale, sono quelle dai 65 ai 74 anni (la cui intensità di impegno è in media di 26,2 ore mensili a testa) e dei 75+ (24,7) contro una media complessiva per tutta la popolazione italiana di 19,0. Il dato trova conferma anche analizzando la condizione lavorativa degli impegnati nel volontariato: i più attivi sono coloro che sono usciti dal mondo del lavoro (25,9 ore di media contro i 15,8 degli occupati e i 20,7 delle casalinghe). Tra l'altro, varie ricerche confermano come vi sia una correlazione virtuosa tra attività di volontariato a favore degli altri, condizione di buona salute percepita e elevata soddisfazione di vita (Dorfman & Moffet, 1987; Hirdes & Forbes, 1993).

A conferma di questo nuovo modo di vivere la dimensione anziana sta la percezione che di essa hanno gli anziani stessi. Una ricerca, ormai risalente al 2012 ma dai risultati

probabilmente ancora validi, contenuta nel 24° Rapporto Italia dell'Eurispes[39] evidenzia proprio questo dato: la stragrande maggioranza degli intervistati anziani (il 45,4%) considera la terza età come un'occasione per dedicarsi più a se stessi e ai propri interessi (**Tab. 3.5**).

Tab. 3.5 – Percezione che gli anziani hanno della terza età (valori percentuali). Anno 2012	
Il periodo in cui si può riposare	19,4
Un'occasione per dedicarsi di più a se stessi e ai propri interessi	45,4
Una fase di declino	27,8
Non sa	6,6
Non risponde	6,8
Totale	100

Fonte: Eurispes (2012)

Anche questa ricerca evidenzia come la diversa percezione dell'anzianità sia in relazione col livello di istruzione. Tra le persone senza titolo di studio o con livello di istruzione elementare il 43,6% la ritiene una fase di declino mentre solo il 18,4% la ritiene tale tra i laureati (ibid.).

> "Rispetto agli anziani che hanno vissuto l'esperienza dei conflitti mondiali, quelli che da oggi entrano a fare parte di questo gruppo presentano un vissuto completamente differente; una formazione culturale più elevata, una maggiore attitudine ad interagire con il territorio e con i prodotti tecnologici; aumentate capacità di essere attivi ed in miglior stato di salute; tanto che sociologi, demografi, economisti, pedagogisti, psicologi, hanno cominciato a parlare di *nuovi anziani* per enfatizzare la distanza dalle precedenti generazioni." (Baschiera, 2014: 93)

I dati italiani trovano conferma anche su scala internazionale. La Divisione Popolazione delle Nazioni Unite (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Profiles of Ageing*) in una ricerca riferita al 2013, evidenzia come le generazioni nate dopo la Seconda Guerra Mondiale stiano affrontando l'invecchiamento con risorse decisamente migliori rispetto a tutte le generazioni precedenti[40]. Questi "nuovi anziani" (*new old*) vivono in condizioni di salute migliori e sono normalmente più attivi ed indipendenti rispetto alle precedenti generazioni. Molte più persone sono abituate a prendere decisioni, ad essere coinvolte attivamente nella famiglia, nella comunità e nella vita sociale e desiderano continuare anche in età avanzata: per questo richiedono servizi di

[39] Reperibile su https://eurispes.eu/ricerca-rapporto/rapporto-italia-2012/

[40] Reperibile su https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/urban/profilesOfAgeing2013.asp

assistenza che consentano loro di farlo. In media, le persone anziane oggi hanno un livello di educazione maggiore rispetto alle precedenti generazioni[41] e sono più esperte nell'uso della tecnologia. Nella regione dell'UNECE[42], la proporzione di persone di età compresa tra 55 e 74 anni che usa un computer ed internet è aumentata notevolmente negli ultimi 10 anni, anche se a livelli molto diversi nei vari Paesi[43].

Un tempo, nel mondo arcaico e contadino, il problema di garantire un invecchiamento attivo non esisteva in quanto la persona lavorava fin quando ne aveva le energie e le possibilità e, una volta impossibilitata a lavorare, attendeva in famiglia, per un periodo relativamente breve (molto meno lungo di oggi) l'arrivo della morte. Inoltre l'anziano godeva in quelle società ancora patriarcali di un'autorevolezza e di un ruolo sociale di trasmettitore di valori che oggi ha indubbiamente perso. Rappresentava la saggezza, l'esperienza, era una sorta di modello al quale tutti si adeguavano e da cui tutti sapevano di dipendere; era "l'intermediario" col mondo in quanto portava in famiglia le notizie che apprendeva andando in città, esprimeva giudizi, imponeva comportamenti. È, questa, una considerazione in gran parte rispondente al vero, anche se la condizione dell'anziano nelle società arcaiche non va idealizzata oltre misura. Rispetto a quel tempo lontano, connesso alle società preindustriali, il dato che si è affermato sempre di più nelle società industriali avanzate è il distacco tra l'uscita dal lavoro (decretata dalla società stessa indipendentemente dalle condizioni fisiche della persona) e l'arrivo della morte, che si allontana sempre di più. Si tratta di un arco di tempo piuttosto lungo come testimoniato anche dai dati sulla speranza di vita (**Fig. 2.8**) nel quale le condizioni di salute peggiorano sì ma con una certa gradualità (**per l'Italia Tab. 4.1)**.

Tra l'altro è ormai attestato (**ibid.**) che il processo d'invecchiamento procede con l'età ma non in maniera lineare: una prima forte discontinuità avviene tra i 60-64 anni e 65-69, quando l'uscita dal mondo del lavoro si completa e presumibilmente emergono i primi problemi di salute; una seconda cesura è individuabile nel passaggio degli 80 anni. Questo

[41] Ad esempio, nel 1950 una persona di 15 anni o più riceveva 7 anni di educazione formale in Europa Occidentale, 4.7 anni nell'Europa dell'Est e 9.6 anni in Nord America e Australia. Nel 1980, la media degli anni di educazione formale per le persone di 15 anni o più è aumentata in queste regioni fino a, rispettivamente, 10.1, 8.1 e 11.8 anni (Van Zanden et al. 2014: 88 e segg).

[42] L'UNECE è la Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite. Di essa fanno parte oltre ai Paesi dell'Europa Occidentale e dell'Europa Orientale, anche Stati Uniti, Canada, Israele ed alcuni stati centro-asiatici.

[43] L'utilizzo del computer varia attualmente dal 9% delle persone tra 55 e 74 anni in Turchia a 91% in Islanda. La percentuale di persone tra i 55 e 74 anni che utilizza internet settimanalmente è ancora la più bassa in Turchia con l' 8% e la più alta in Islanda con l'85%. Le differenze regionali e nazionali nell'accesso e nell'utilizzo delle tecnologie informatiche e della comunicazione (ICT) sono significative, ma la tendenza all'aumento delle ICT è la stessa (UNECE Statistical Database, 2013).

avviene per molti, ma non per tutti, perché altri fattori intervengono a rallentare, talvolta a contrastare, quel declino: in primo luogo la struttura famigliare nella quale vive l'anziano e, soprattutto, la presenza di un *partner* in salute con il quale condividere almeno parte della giornata e degli impegni. La condizione di maggiore dipendenza, infatti, si trova nei vecchi che vivono non in coppia, ma con altri, presumibilmente figli o altri parenti: per la maggior parte, si tratta di vedove e vedovi che si appoggiano ad altri nella vita quotidiana, magari avendo adattato o addirittura abbandonato l'ambiente nel quale erano vissuti con i propri *partner* (**Tab. 4.5**). Un'istruzione elevata, uno stato di salute buono o discreto, delle condizioni economiche soddisfacenti, una sana alimentazione, l'abitudine a stili di vita salubri e la stessa percezione positiva della vita sono altri fattori in grado di rallentare i processi d'invecchiamento o, per lo meno, il processo di rarefazione dei rapporti con gli altri. Proprio questa constatazione apre una finestra di ottimismo nelle prospettive altrimenti preoccupanti d'invecchiamento della popolazione italiana. Il processo di invecchiamento dipende in buona parte dalle scelte individuali e collettive ed è possibile intervenire in modo preventivo per allontanare sempre di più il declino e allungare il tempo di vita in buona salute (Vergani, 1999; Hillman, 1999; Cesa-Bianchi & Cristini, cit; Bertocci, cit.; Pecorelli & Ivanovic, 2012). Le generazioni che entreranno prossimamente in età anziana, come visto in precedenza, saranno di certo più istruite e in condizioni di salute tendenzialmente migliori delle generazioni che ora sono anziane e vecchie.

In sintesi si può quindi concludere che non necessariamente la crescita numerica degli anziani nella nostra società comporti in proporzione una crescita del fabbisogno di assistenza, almeno per una buona fascia di età. Questo è confermato anche dall'indice della speranza di vita in buona salute (vedi cap. 4.1). Lo stile di vita salutare e attivo di molte persone anziane contribuisce a mantenerle in buone condizioni di salute e, con il giusto supporto, consente loro di vivere in maniera indipendente per un periodo molto più lungo rispetto alle generazioni precedenti.

3.3 - Invecchiamento e fragilità tra definizione clinica e definizione psicosociale

Nella letteratura scientifica, nella ricerca in campo gerontologico, sociologico e psicosociale, nella pratica geriatrica è condivisa la visione che lega la disabilità al venir meno progressivo delle *Advanced Activities of Daily Living* (AADL) cioè la partecipazione alla vita sociale, la pratica di hobbies e la cura di interessi personali, delle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) e da ultimo delle *Basic Activities of Daily Living* (BADL o anche semplicemente ADL) (Katz e al., 1963)[44]. Il raggiungimento della fase di

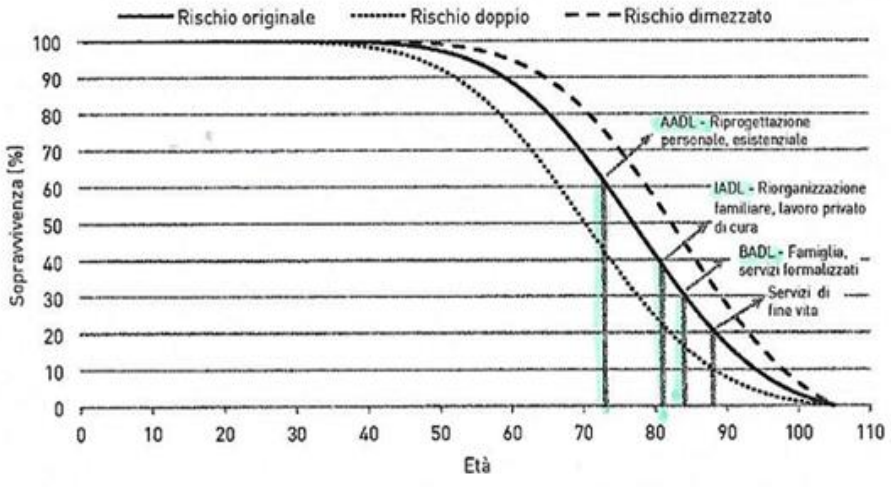
[44] Le ADL comprendono attività quali mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione, controllare l'evacuazione di feci e urine.

compromissione delle ADL attesta la condizione di totale/quasi totale dipendenza dell'anziano e fa la sua comparsa solitamente oltre gli 80 anni. Questa classificazione pur con talune critiche per la sua schematicità ed astrattezza (Porter, 1995)[45] è diventata di uso comune nella pratica geriatrica.

Per l'accertamento e la quantificazione del livello di disabilità in questa prospettiva sono state elaborate varie scale entrate poi in uso stabile nella pratica diagnostica: la scala di Lawton e Brody per le IADL (Lawton & Brody, 1969), la scala di Barthel per le ADL (Mahoney & Barthel, 1965). Successivamente alla loro prima formulazione sono state proposte integrazioni, miglioramenti, rielaborazioni più complesse di tali scale (ad es. Granger et al. , 1979; Morris et al., 1999) che però non ne hanno minato la sostanza.

Giunco (2014) ha raccolto in un grafico il processo di progressivo indebolimento della capacità dell'anziano ed il tipo di interventi che questo indebolimento richiede. Il grafico illustra la curva di sopravvivenza, le limitazioni della vita quotidiana, i processi di cambiamento richiesti alla persona anziana e alla sua famiglia e l' intersezione con la rete dei servizi che devono essere attivati per far fronte a questo progressivo indebolimento. (**Fig. 3.1**)

Fig. 3.1 - Curva di sopravvivenza, limitazioni della vita quotidiana, processi di cambiamento e intersezione con la rete dei servizi



Fonte: Giunco, 2014

[45] Eileen Porter (1995), partendo dalle ricerche elaborate in campo filosofico da Edmund Husserl, ha proposto un approccio fenomenologico alle disabilità basato non solo sul rilevamento delle capacità operative ma anche sull'esperienza vissuta (e quindi percepita) dalle persone. Questo metodo è stato proposto non in alternativa ma ad integrazione del metodo proposto da Katz che comunque ne rimane il punto di partenza ineludibile.

Come si vede l'età in cui mediamente inizia la compromissione delle AADL e che richiede una riprogettazione della vita dell'anziano è poco oltre i 70 anni. La compromissione delle attività strumentali, che richiede un inizio di lavoro di cura e quindi anche una riorganizzazione della vita famigliare dell'anziano e di coloro che si occupano di lui, inizia all'incirca verso gli 80 anni. Qualche anno dopo sopraggiunge la fase della totale dipendenza (compromissione delle BADL) per la quale si attivano in gran parte servizi assistenziali più formalizzati. Quello che il grafico evidenzia è soprattutto la gradualità di questo processo, che non procede per salti (solo raramente questo può avvenire e in seguito ad eventi clinici acuti: Gill et al., 2006), ma con un decorso lento che comporta un cammino di progressivo adattamento all'avanzare dei limiti, sia da parte della persona interessata, sia da parte della sua famiglia e di coloro che la assistono, che sono chiamati ad una costante riprogettazione della loro vita in relazione a questo. Come si vedrà più avanti è a partire da questo che si può porre seriamente il problema di una nuova forma di assistenza e anche di residenzialità. La dinamica di evoluzione della disabilità riflette la complessità del processo e la correlazione reciproca tra eventi precipitanti (cadute, ospedalizzazione, cambiamenti nel nucleo familiare) e fattori di rischio.

Se sul concetto di disabilità vi è un'opinione scientifica ormai condivisa, più ampio e non ancora del tutto risolto pare il dibattito circa la fase intermedia che porta dalla piena efficienza fisica alla disabilità e per la quale si utilizza il termine di fragilità (*frailty*). Su questa e sul suo *assessment* non esiste ancora un consenso universale in ambito scientifico e la sua definizione non è tuttora accettata in modo univoco in letteratura. Essa si carica di significati diversi a seconda dell'ambito di indagine in cui viene utilizzata e questi significati non paiono facilmente sovrapponibili (Marcon et al., 2009). Nel campo della ricerca gerontologica ad esempio, esso risulta connesso a forme di disabilità, alla compromissione delle condizioni cliniche ed al rischio conseguente per la persona di andare incontro ad eventi sfavorevoli e traumatici. Nell'ambito della ricerca sociologica e psicosociale invece esso si lega maggiormente alla difficoltà di mantenere ed espletare nel tempo attività e performance, anche relazionali, prima abituali. In realtà si tratta di una dicotomia, quella tra i livelli clinico e psicosociale, solo apparente in quanto, come lo sviluppo della ricerca sta progressivamente evidenziando, tali livelli si saldano sinergicamente.

Sul piano biomedico, in campo geriatrico la fragilità è vista come una "sindrome fisiologica caratterizzata da una riduzione delle riserve funzionali responsabili della capacità di adattamento (resilienza) agli *stressor* interni o ambientali" (Fried et al., 2004); è una sindrome dinamica di aumentata vulnerabilità, causata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Guralnik, 1995) e che comporta un più o meno lento declino delle funzioni di organi ed apparati, con risultati negativi sulle prestazioni funzionali (immobilità, ospedalizzazione, fino alla mortalità precoce). Essa, pur facendo parte delle sindromi

geriatriche, non coincide necessariamente con il normale invecchiamento e non ne è conseguenza inevitabile anche perché non si trova solo nelle persone anziane: può esistere infatti anche negli individui di età inferiore ai 65 anni, in particolare tra quelli con multimorbilità. Anche se la fragilità condivide meccanismi fisiopatologici con l'invecchiamento, non è quindi sovrapponibile ad esso e non tutti gli individui invecchiando diventano fragili. Essa è correlata ma distinta dalla disabilità e dalla comorbilità (Giunco, cit.). Oltre il 60% delle persone fragili non hanno malattie croniche (Palummeri & Bianchi, 2019)

Gli strumenti diagnostici della fragilità concepita secondo questo modello partono dall'accertamento della presenza nell'anziano di almeno tre *items* su una base di cinque, tutti collocabili sul piano prevalentemente fisico:
-perdita di peso (4,5 Kg. nell'ultimo anno);
-affaticabilità persistente (fatica in almeno 3 giorni/settimana);
-riduzione della forza muscolare;
-ridotta attività fisica;
-riduzione della velocità del cammino (più di 7 secondi per percorrere 5 m su percorso noto)
Con la presenza in numero minore si parla di pre-fragilità (Fried et al., 2001).
Questo strumento diagnostico, elaborato in base ai dati del *Cardiovascular Health Study*, confermati dal *Women's Health and Ageing Studies* (Bandeen-Roche ed al., 2006) ed ampiamente validato, è quello più utilizzato sul piano clinico-pratico anche per la sua facile applicazione. Tuttavia ha il limite di non prendere in considerazione le funzioni cognitive e le capacità mentali (è "unidimensionale"). Per questo Rockwood ha proposto un modello concettuale più complesso che si basa sulla valutazione dell'accumulo dei deficit di natura funzionale e clinica. Si tratta di prendere in considerazione più di 70 variabili per arrivare a determinare un Indice di Fragilità (*FI-Friality Index* o *FICGA-Frialty Index based on a standard Comprehensive Geriatric Assessment*) basato su valutazioni multidimensionali. Alla base di questa diversa modalità di approccio sta una visione della fragilità concepita come "stato di disorganizzazione caotica dei sistemi fisiologici che può essere stimato valutando lo stato funzionale, le malattie, i deficit fisici e cognitivi, i fattori di rischio psicosociale e le sindromi geriatriche" (Rockwood, 2006, 2007). Il FI viene elaborato raggruppando le informazioni ricavate, come detto, da più di 70 attività e ambiti: cognitività, umore, motivazione, comunicazione, mobilità, equilibrio, ADL, continenza sfinterica, nutrizione, comorbilità e risorse sociali e altro. In base a questo indice si elabora una scala di fragilità scandita in sette punti, predittiva sia della istituzionalizzazione che della mortalità e quindi capace di integrare la diagnosi di fragilità con quella di vera e propria disabilità e dipendenza (**Box 3.1**)

Box 3.1 - Clinical frailty scale		
1	**Very fit**	Robusto, attivo, motivato, si muove regolarmente; particolarmente attivo fra i coetanei
2	**Well**	Senza malattie attive, ma meno robusto e partecipativo rispetto alla categoria 1
3	**Well (ma con malattie croniche in trattamento)**	Sintomi ben controllati rispetto alla categoria 4
4	**Apparently vulnerable**	Non dipendente ma con problemi che lo rallentano
5	**Midly frail**	Limitata dipendenza per le IADL
6	**Moderatly frail**	Necessità di aiuti sia nello svolgimento delle IADL che delle ADL
7	**Severely ill**	Completamente dipendente (questa categoria comprende anche il paziente terminale)

Fonte: Canadian Study of Health and Aging (in Rockwood, 2005)

Rispetto agli indicatori identificati dalla Fried, la metodologia proposta da Rockwood, già validata, sembra più complessa ma anche più precisa nella diagnosi. Secondo gli ideatori, essa consente, come detto, di definire con maggior precisione e in maniera predittiva gli esiti avversi.

Le ricerche avviate da Rockwood si inseriscono in un filone di indagine, da tempo in corso negli Stati Uniti (Rubenstein et al., 1984), imperniato intorno alla valutazione multidimensionale della condizione dell'anziano (VMD). La VMD, partendo dalla convinzione che la fragilità è una condizione integrata e multidimensionale in cui interagiscono molteplici domini (biologico, funzionale, psicologico, sociale), esplora i vari campi: salute fisica, stato cognitivo, stato psico-emozionale, stato funzionale, situazione socio-economica, ambiente di vita, ma anziché descrivere staticamente ciò che non funziona nell'anziano vuole arrivare a una comprensione dinamica che rende evidente il positivo, le sue capacità funzionali ancora attive, per fornire gli elementi fondamentali per un piano di cura individuale, nel quale gli interventi siano commisurati ai bisogni reali della persona (McCormick, 1986 Dickinson & Young, 1990). Con questo tipo di intervento si supera l'approccio meramente diagnostico alla condizione dell'anziano fragile, dominante nel campo della geriatria fino agli anni 70, per arrivare a una comprensione più completa e per formulare piani di cura più adeguati. Le sperimentazioni nell'unità geriatrica diretta da Rubenstein ed in altre (Stuck et al., 1993; Rubenstein et al.,1995; Reuben et al., 1995; Pilotto et al., 2006) hanno dimostrato che il ricorso a piani di trattamento fondati sulla VMD hanno ridotto significativamente la mortalità, l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione, con un minor decadimento dello stato funzionale e una riduzione dei costi assistenziali[46]. Il mondo scientifico internazionale ha ormai raggiunto la

[46] La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia ha pubblicato a sua volta le *Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi* (Ferrucci et al., 2001) che ha

convinzione che la VMD (come punto di accesso a tutti i servizi sociosanitari) unitamente al conseguente piano di assistenza individuale che ne deriva, costituisce l'elemento specifico e fondante dell'assistenza continuativa integrata alla persona. Dal punto di vista tecnico la VMD richiede non solo il perfezionamento degli strumenti diagnostici settoriali (De Lepeleire et al., 2009; Gobbens et al., 2010a e 2010b; Sourial et al., 2010; Fulop et al. 2010; De Vries et al. 2011) ma di arrivare a una sintesi tra le varie scale di misurazione utilizzate nei differenti campi di indagine, integrandole tra loro (Bernabei et al., 2008). È necessaria quindi una integrazione tra i vari strumenti diagnostici, andando oltre la semplice esecuzione di batterie di test utili a leggere in modo separato le diverse variabili di funzionalità puramente descrittive, ma difficilmente collegabili tra loro, per giungere a rappresentazioni sintetiche, confrontabili che permettano una diagnosi eziologica, con la quale giungere a una progettazione di interventi per obiettivi individualizzati e a pianificare l'azione delle diverse professionalità. Si tratta di un'operazione complessa, non sempre di facile e rapida esecuzione (Foroni et al., 2006; Pilotto & Ferrucci, 2011) ma necessaria.

Il sistema di sintesi più in uso e validato per la VMD è il sistema RAI (Resident Assessment instrument) o Inter-RAI, su scala internazionale (In Italiano VAOR), reso obbligatorio nelle *Nursing Homes* americane ed adottato anche in Italia da diverse regioni (Landi, 2011; Falsiroli, 2014; Bernabei, 2015). L'introduzione di questo sistema di valutazione ha ridotto la percentuale di ospedalizzazione ed ha favorito il risparmio economico (Mor, 1997).

Cercando quindi una sintesi riguardo al concetto di fragilità si può arrivare ad individuare i seguenti fattori che concorrono a definirla, fattori riconducibili a variabili fisiche, picologiche e ambientali (Chattat, 2004):

-la riduzione delle riserve funzionali per la quale l'anziano non è più in grado di sostenere sforzi eccessivi e limita la possiblità di condurre una vita autonoma;

-i disturbi veri e propri a carico dei vari apparati corporei;

-le condizioni sociali di isolamento, mancanza di risorse economiche e di servzi di supporto e di assistenza e contesti ambientali non attrezzati.

La fragilità si situa quindi su tre livelli, tra loro interconnessi (Cavazza & Malvi, 2014):

-vi è una fragilità clinica, costituita dalla presenza di più patologie anche degenerative, dal dolore cronico, dalla necessità di frequenti ricoveri ospedalieri e nei pronto-soccorso e del ricorso continuo a farmaci;

---

dato una sistematizzazione a tutto il percorso di ricerca sul tema e alla sua applicazione diagnostica nel nostro Paese.

-vi è una fragilità funzionale caratterizzata da difficoltà di deambulazione, paura e rischio di cadute (Murphy et al., 2002; Scheffer et al., 2008), difficoltà di alimentazione e di alimentazione corretta (Morley et al., 1999; Kaganski et al., 2005; Van Nes et al., 2005; Sorensen at al., 2008; Norman et al., 2008), limitazioni sensoriali, incontinenza (Lekan-Rutledge, 2004);

-vi è infine una fragilità "sociale" e relazionale con difficoltà di rapporti, isolamento, mancanza di reti di supporto, povertà economica. In quest'ultimo caso si parla anche di "vulnerabilità sociale", in quanto si associano le caratteristiche della persona alla situazione o al contesto in cui si trova a vivere, che influenza in senso negativo la capacità dell'individuo di adattarsi, resistere o reagire agli *stress* e agli eventuali episodi negativi (Wisner, 2004; Greco, 2013; Cacioppo & Cacioppo, 2014; Lara, 2019).

Il concorso di queste fragilità genera nell'anziano un'ulteriore condizione di paura che lo rende sempre meno capace di tollerare eventi avversi anche di piccola entità e di reagire ad essi, aumentandone così gli effetti negativi.

3.4 - Fragilità e disabilità: dalla diagnosi alla prevenzione

Pur con le criticità e le fluidità definitorie ancora presenti, soprattutto sul piano della diagnosi e della pratica clinica, questi modelli teorici consentono tuttavia di mettere a fuoco alcuni punti fermi. Innanzitutto esiste un rapporto di correlazione tra fragilità e disabilità. La fragilità rappresenta uno stato d'instabilità e di rischio di perdita o di riduzione funzionale, una sorta di "equilibrio precario" delle condizioni di vita che aumenta la vulnerabilità della persona esponendola al rischio di una progressione sfavorevole verso la disabilità; la disabilità indica invece la vera e propria perdita di una funzione (Campbell & Buchner, 1997). Tra queste due condizioni può esistere un rapporto biunivoco di causa-effetto: l'una è al tempo stesso causa ed effetto dell'altra (Fried et al., 2004). In ogni caso la persona fragile presenta un maggiore rischio di disabilità o addirittura di morte in conseguenza di eventi stressanti anche di lieve entità. In secondo luogo, e questo emerge da ricerche anche in ambito psicosociale e della psicologia dell'invecchiamento, occorre guardare alla fragilità non solo dal punto di vista sanitario e clinico, ma anche dal punto di vista della condizione globale della persona, risultante da molteplici fattori anche di ordine psico-sociale (Markle-Reid & Browne, 2003)[47]. Il concetto di fragilità ha in questo caso il merito di allargare l'approccio all'invecchiamento dalla dimensione esclusivamente

[47] In ambito psico-sociale e in particolare nella psicologia dell'invecchiamento e della teoria del ciclo di vita (*Life Span Developmental Psychology*) la letteratura evidenzia non solo la presenza nelle condizioni di fragilità di una riduzione delle risorse fisiche e psichiche ma anche "una continuità di esperienza e di sviluppo conoscitivo" e di strategie di adattamento (*coping*) in modo attivo alle condizioni imposte dalla vita quotidiana (Fonzi, 2008; Cristini & Cesa-Bianchi, 2008).

sanitaria, quindi dall'accertamento delle disabilità sul piano medico-organico, a quella della qualità complessiva della vita, della salute in senso ampio, ed anche del contesto sociale in cui l'anziano è inserito. L'importante innovazione introdotta da questa classificazione è infatti che essa analizza lo stato di salute degli individui ponendolo in relazione con l'ambiente circostante[48] e giungendo alla definizione di disabilità, intesa come una condizione di salute all'interno di un ambiente più o meno sfavorevole[49]. Pertanto, ciò che sembra sempre più evidente oggi è che la fragilità non rappresenta più una pertinenza dei soli geriatri ma invece richiede nella definizione e nella gestione dei piani di cura il coinvolgimento di specialisti di una sempre più ampia gamma di specialità mediche e sociali.

Il passaggio da un approccio centrato sulla malattia, cioè sul sintomo al momento della sua manifestazione, ad uno centrato sulla persona nella sua globalità consente non più soltanto di curare il sintomo ma di prendere in carico l'anziano nella sua totalità aiutandolo ad attivare tutte le risorse che possono essere messe in campo per prevenire la disabilità o rallentarne l'avanzamento (Bergman et al., 2007; Barbani, 2014). Studiare e mappare la fragilità degli anziani nel loro contesto permette di intervenire tempestivamente sulle singole situazioni che possono mettere a rischio la persona e di fronteggiare preventivamente gli eventi critici, programmando interventi di gestione o di trattamento anticipato del soggetto fragile con azioni proattive, multidisciplinari, incentrate sia sulla persona sia sull'ambiente circostante e aventi l'obiettivo di rafforzare le capacità individuali di *self care,* così da ridurre la fragilità e il ricorso a servizi sanitari e assistenziali più costosi (Falasca, P. et al., 2011). La fragilità è infatti una condizione dinamica che, a differenza della disabilità, non è irreversibile. Può essere prevenuta, ritardata, attenuata, accompagnata, addirittura "curata". Tende ad aumentare con il passare del tempo, ma la sua evoluzione può essere suscettibile di interventi prima dell'inizio di esiti avversi, perciò è importante individuare i possibili fattori modificabili sottesi alla fragilità ed attivare azioni

[48] Appare infatti chiaro che, estremizzando il discorso, una persona definibile fragile in un determinato contesto, lo è in misura minore se collocata in un altro contesto (Giunco, cit.).

[49] La definizione di non autosufficienza adottata anche dal nostro Ministero della Salute si basa su quanto espresso con la certificazione *International classification of functioning, disability and health (ICF)*, approvata nel 2001 dall'OMS, che afferma che "disabilità e non autosufficienza sono le definizioni più comuni per indicare la condizione delle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto di altri".
(Ministero della Salute, 2013, Assistenza a persone disabili e non autosufficienti, disponibile online:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=163&area=Servizi_per_persone_o_situazioni_speciali
Si veda anche: https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1
E anche: https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1
Per la checklist si veda https://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1)

preventive e proattive (più utili rispetto a semplici interventi riparativi e reattivi). Fra i fattori che sono stati associati alla fragilità e sui quali si può intervenire preventivamente giocano un ruolo chiave, come detto, la malnutrizione (Dominguez Liga & Barbagallo, 2017; Veronese et al., 2018), la scarsa attività fisica, (Taylor et al., 2004; Turner et al., 2017; Capodaglio et al., 2018; Rodriguez-Gomez et al., 2018; Hopewell et al., 2018; Ayenigbara, 2020)[50], la scarsa stimolazione cognitiva anche connessa all'attività fisica (Kraft, 2012; Ng et al., 2015; Gajewski & Falkenstein, 2016; Lan et al., 2019), l'isolamento sociale (Pinquart & Sörensen, 2000; Jones at al., 2003; Charles & Carstensen, 2009; Cacioppo et al., 2010; Cacioppo & Cacioppo, 2014; De Leo & Trabucchi, 2019; Ardemagni et al., 2020). Una precoce identificazione di questi fattori è fondamentale per massimizzare le opportunità di intervento. Ad esempio un anziano con problemi di malnutrizione può essere aiutato da diete adeguate, uno con difficoltà di deambulazione o a rischio cadute può vincere queste difficoltà se inizia a vivere in una casa priva di ostacoli e barriere o se dotato di mezzi meccanici di movimento ecc. Comprendere le dimensioni di ordine biologico e quelle di ordine psico-sociale può favorire quindi l'attivazione di interventi socio-sanitari integrati, nei quali, tra l'altro, la persona anziana non è più un *target* solo passivo da accudire e assistere ma, al contrario, può assumere un ruolo attivo e di protagonista. In sostanza si passa da un accostamento all'invecchiamento inteso in funzione prevalentemente accertativa del deficit a uno imperniato sulla funzione preventiva.

3.5 - Le stime sulla presenza di fragilità e disabilità nella popolazione anziana

Come difficile è determinare la presenza in una persona di disabilità e fragilità, allo stesso modo risulta difficile quantificare il numero di persone con queste caratteristiche sia in valori assoluti che in percentuale sul totale della popolazione anziana. Studi non recentissimi attestano come la disabilità nella popolazione di età media superiore ai 70 anni si assesti mediamente intorno al 20-30% (Gill, 2010) e, secondo una ricerca del *Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study* (Brayne et al., 2006), essa è un fenomeno complesso e che si manifesta con gradualità e progressività (il suo spettro va da un grado molto lieve a uno molto grave e non è un fenomeno "tutto o nulla").

Riguardo alla fragilità, le stime sono rese più difficili e complesse a causa dei differenti modelli teorici e sistemi di misurazione utilizzati. In ogni caso essa si presenta e si incrementa in prevalenza con l'avanzare dell'età. I fattori più frequentemente associati alla fragilità - comorbilità, ridotta capacità funzionale, disabilità e disagio socio-economico (isolamento, povertà) - si manifestano infatti con più frequenza sopra i 75 anni, così come

[50] Tra l'altro vari studi attestano che l'inattività fisica è fattore di rischio per le malattie cardiache (Canadian Fitness and lifestyle research Istitute, 1997), neoplasie (Baumann & Owen, 1999), diabete (Krista, 2000), obesità (Starling, 2001)

l'incidenza di alcune malattie (anche se la relazione tra fragilità e poli-patologia non è comunque del tutto univoca)[51]. Vari studi confermano questo dato. Nella ricerca coordinata da Linda Fried (cit. 2001) è stata rilevata una prevalenza di fragilità del 7% negli over 65 (con maschi al 4,9% e femmine al 7,3%)[52] e del 30% negli over 80. In due studi condotti utilizzando scale di valutazione analoghe, il primo, più datato, in Spagna (Jürschik Gimènez, 2001) ha fatto riscontrare prevalenze dell'8.5% e del 10,5% rispettivamente negli over 65 e negli over 75, il secondo in Francia (Ávila-Funes, 2008), ha evidenziato un dato del 7% sul totale degli over 65. Un analogo studio sull'invecchiamento condotto in Toscana, nella regione del Chianti (Cesari et al., 2006) mostra una prevalenza dell'8,8% tra gli over 65. Dati superiori emergono in uno studio multidisciplinare comparato tra 10 paesi europei dove la prevalenza di fragilità negli over 65 tocca la media del 17,0% (con disparità notevoli tra i vari stati: si va dal minimo della Svizzera con il 5,8% al massimo della Spagna col 27,3%; l'Italia raggiunge il 23%) (Santos-Eggimann, 2009).

Interessante è rilevare come la condizione della fragilità come sindrome sia fluida, abbia una durata inferiore a quella di altre patologie e sia, entro certi limiti, reversibile: nello studio di Gill (2010 cit.) si è riscontrato che in un anno e mezzo i soggetti definiti fragili secondo gli indicatori della Fried, tornano nel 23% dei casi a uno stadio definibile di pre-fragilità, a fronte di un 13% di soggetti che muoiono. Questo avviene perché con determinati supporti la fragilità può diminuire (si pensi ad esempio alla deambulazione). Su un tempo di osservazione esteso a quattro anni, la situazione s'inverte: i soggetti che migliorano la propria condizione scendono al 12,9%, mentre sale al 20,1% la percentuale di persone che muoiono. Da tutti questi dati emerge come anche la fragilità rappresenti un processo dinamico e, a causa di ciò, sia possibile individuare dei margini di intervento, dei "periodi finestra" (Giunco, cit.), nei quali agire mediante interventi di prevenzione o di sostegno adattativo, in particolare nelle fasi di pre-fragilità, prima che diventino disabilità conclamate. Questo getta una nuova luce sulle politiche di assistenza e *long-term care* che non possono più basarsi solo su rilevamenti statici del bisogno e su criteri meramente socioeconomici. L'assenza di una soglia sicura di discriminazione fra persone che richiedono assistenza e altre che non la richiedono, rende infatti complesso definire i

[51] Secondo la ricerca coordinata da Linda Fried (2001, cit.) solo il 9,7% di persone con comorbilità risulta fragile mentre viceversa il 67,7% dei fragili presenta una multimorbilità. Questi risultati suggeriscono che la fragilità potrebbe non essere causata dagli stessi meccanismi alla base delle malattie croniche; oppure, potrebbe esserne influenzata solo quando queste hanno raggiunto uno stadio avanzato (Gill & Gahbauer, 2008).

[52] Questo dato si spiega col fatto che le donne, rispetto agli uomini, hanno meno forza e meno massa magra, vivono più spesso da sole e sono per questo più esposte a un impoverimento della dieta. Altre ragioni che possono motivare questa relazione riguardano le differenze nell'attività fisica e nelle performance. Tendenzialmente inoltre, gli uomini anziani mostrano un maggior tasso di mortalità rispetto alle donne, che manifestano invece un maggior tasso di morbilità e disabilità (Giunco, cit.).

criteri operativi per l'accesso ai servizi di LTC, al contrario di quanto tendono a fare le politiche di intervento misurate su criteri esclusivamente socioeconomici che classificano le persone anziane come autonome o dipendenti *tout court*, senza alcuna via di mezzo. L'accento viene posto in questo caso sulla necessità di superare la pratica della precoce medicalizzazione del soggetto anziano e di creare servizi non limitati alle situazioni più gravi. Al contrario i servizi vanno indirizzati verso le persone fragili o con gradi di disabilità che variano da lieve a moderato e che sono in progressiva evoluzione. In tal modo si supera la visione dicotomica e statica che contrappone autonomia e dipendenza verso una prospettiva di intervento assistenziale che sia legata al tempo della vita e al percorso reale di invecchiamento della persona.

3.6 - Verso la definizione dell'anzianità come percorso: l'anziano nella prospettiva della cultura dell' "arco di vita"

Tutto quanto detto conferma come l'anzianità non sia più concepibile come una condizione o uno status ben definito, dai confini cronologici e dai caratteri chiaramente delimitati, ma piuttosto come un percorso, dai tratti fortemente individuali, che parte da una fase iniziale in cui sono presenti ancora una totale autonomia ed un ricco bagaglio di relazioni sociali per arrivare, attraverso varie fasi di durata variabile, a una totale dipendenza e ad una generale assenza di relazioni sociali.

A tale proposito si parla ormai comunemente, anche in ambito scientifico, di "terza" e "quarta età"[53] oppure di "anziani" e "grandi anziani" o "vecchi". Il discrimine tra le due fasi è piuttosto "plastico" e non definibile in maniera univoca anche perché attiene alla diverse condizioni dell'individuo oltre che alle condizioni socio-ambientali in cui vive. In genere, ma anche qui per semplificare, si parla di inizio della terza età a partire dall'esclusione dal mondo del lavoro e dell'arrivo dell'età pensionabile, mentre la quarta età arriva quando si è in presenza di una dipendenza ormai quasi totale e del venir meno delle forme anche più elementari di relazioni sociali. I "grandi anziani" presentano caratteristiche peculiari come un maggiore isolamento, condizioni fisiche e biologiche decisamente indebolite e usurate e una certa fine dell'indipendenza, e si collocano al limite del passaggio tra fragilità più consistente e disabilità conclamata. Convenzionalmente, sul piano anagrafico, si parla

[53] All'inizio degli anni 70 già la scrittrice francese Simone de Beauvoir nel libro in cui descriveva la condizione degli anziani nella società borghese del tempo, aveva utilizzato, fin nel titolo, l'espressione "terza età". La prima importante codificazione in ambito sociologico della differenza tra "terza" e "quarta età" si deve però allo studioso inglese Peter Laslett che parla della terza età come dell'età della realizzazione personale a cui si aggiunge una "quarta età" come l'età della dipendenza e della decadenza fisica (Laslett, 1992). Da questa definizione si evidenzia come la terza età sia vista come una fase ancora di piena attività mentre l'inizio della riduzione di attività si sposta verso la quarta età (si veda anche Laslett, 1998). Il merito di Laslett è stato quello di aver svincolato la riflessione sulle età della vita dal rigido scansionamento del tempo cronologico.

ormai del 75° anno come discrimine tra le due fasi ma anche questa quota anagrafica si va spostando verso gli 80 anni proprio grazie ai progressi medici più recenti. All'interno di queste due "macro-fasi" possiamo poi individuare vari livelli intermedi in cui si manifestano graduali e parziali stati di dipendenza che però convivono con capacità attive ancora valide. Per questo è opportuno parlare di definizione "plastica" o "mobile" di anzianità.

Nella direzione di una differente e più complessa definizione cronologica va proprio il pronunciamento della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria che nel suo 63° Congresso Nazionale tenutosi nel 2018 ha spostato a 75 anni la soglia oltre la quale si può considerare anziana una persona, almeno nei Paesi economicamente sviluppati, alzando l'asticella dell'età anziana a una soglia più corrispondente alle attuali aspettative di vita in questi Paesi. È infatti ormai assodato che un 65enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un 40-45enne di 30 anni fa e un 75enne quella di un individuo che aveva 55 anni nel 1980 (SIGG, 2018)[54]. Eurostat attribuisce ormai il concetto di morte prematura ai decessi che avvengono prima dei 75 anni (Giunco, 2019; MEV, 2019). Tutte le indagini nel campo indicano che in Italia l'aspettativa di vita è aumentata di circa 20 anni rispetto alla prima decade del 1900 e che una buona parte della popolazione tra i 60 e i 75 anni è in discreta forma e priva di malattie per l'effetto ritardato dello sviluppo di malattie e dell'età di morte (**Tab. 4.1)**.

A questa mutata comprensione della vecchiaia danno un contributo notevole le ricerche nel campo della psicologia evolutiva. In questo ambito, a partire dagli anni 80, si è sviluppata la teoria dell' "arco di vita" o *Life-span Development* (Baltes & Reese 1984; Baltes 1987) cui fanno riferimento i fautori di nuovi modelli di assistenza alternativa e di residenzialità leggera. Queste ricerche hanno messo in luce come lo sviluppo ontogenetico della persona non sia relegato solo al momento dell'infanzia o dell'adolescenza, come sosteneva nei suoi studi Jean Piaget (1955, 1966) ma vada esteso a tutto l'arco della vita, che quindi non va più concepita in termini di fase di crescita (età infantile e giovanile), maturità (età adulta), che godrebbe perciò di una sorta di primato sulle altre età, e declino (vecchiaia), con quest'ultima ridotta a una sorta di periodo residuo che non ha più nulla di significativo da dare, un "non-periodo" vuoto in attesa della morte. La vita, secondo queste acquisizioni, si sviluppa al contrario attraverso un'organizzazione continua e flessibile di varie fasi o stadi, caratterizzati da una notevole variabilità individuale; è all'interno di ognuno di questi stadi che vi sono momenti di crescita, di crisi e di declino, intesi come processi congiunti[55]. Pur con momenti di discontinuità, che per alcuni autori sono i

[54]Su: https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf

[55] L'avvio di questo filone di ricerca è ascrivibile agli studi di Erik Erikson (1950; 1982) che nei suoi scritti parla di 8 differenti età della vita dell'uomo, ciascuna caratterizzata da un conflitto bipolare in relazione

momenti che segnano il passaggio da una fase alla seguente (Levinson et al., 1978)[56], in ogni fase è comunque presente una continuità attiva e adattativa, rispetto alle diverse condizioni imposte dalla vita quotidiana, con il relativo sviluppo conoscitivo. La terza età, nella visione di Schaie (1977) sarebbe lo stadio caratterizzato dalla diminuzione della complesità e flessibilità cognitiva dell'individuo, ma anche dall'aumento della capacità di adattarsi ai cambiamenti biologici ("stadio della reintegrazione") mentre per Erikson (1982) è l'età del conflitto tra integrazione e disperazione. La saggezza consiste, in tale prospettiva, nell'accettazione della propria identità e della propria storia di vita cioè nell'integrazione. Per Baltes & Baltes (1990) nell'età anziana avviene un processo di selezione, ottimizzazione e compensazione: il soggetto sceglie determinate conoscenze e attività sulle quali concentrare le proprie energie, cerca di mantenere in queste attività una sufficiente qualità delle prestazioni, controbilancia la perdita di alcune abilità con il ricorso alla propria riserva di risorse o con aiuti esterni. La sottolineatura è in ogni caso posta sulla plasticità, cioè la disposizione al cambiamento della persona e questa, tra l'altro, non è ristretta ad un unico periodo di vita ma ne è la caratteristica complessiva. Ciascun individuo, a qualsiasi età, cerca di reagire ed adattarsi ai propri cambiamenti fisici, emotivi, intellettuali ma anche sociali e ambientali. E sviluppa per questo la proprie capacità di apprendere. Può sviluppare nuovi comportamenti e modificare o rifiutare quelli vecchi (Breeuwsmaa, 1993; Fonzi, 2008; Cristini & Cesa-Bianchi, 2008; Boyd & Bee, 2009).

Lo sviluppo psicologico è co-determinato da fattori interni, familiari e ambientali, e assume forme diverse in funzione delle varie condizioni di vita storiche, sociali, culturali. Si evidenzia sempre di più, per queste ragioni, l'esigenza di un approccio interdisciplinare di ricerca in cui vengano privilegiati gli aspetti di reciproca interazione tra le variabili in gioco. I processi evolutivi sono compresi entro il quadro emotivo-cognitivo e relazionale del

---

all'adattamento all'ambiente sociale. Questi conflitti sono propulsori della dinamica evolutiva in quanto la loro risoluzione positiva apre al passaggio allo stadio successivo e si traduce in un esito favorevole in termini di sviluppo evolutivo. Nella prima infanzia ad esempio il conflitto è tra fiducia e sfiducia; nella vecchiaia (oltre i 65 anni) è tra integrazione (cioè un'accettazione dei limiti che la vita ha imposto all'individuo) e disperazione (cioè senso di fallimento per quanto realizzato nella propria esistenza). Importante è l'apertura in queste ricerche alla dimensione sociale in quanto il fattore sociale è considerato positivo (non un ostacolo) proprio in ordine alla costruzione della personalità. Anche la storia di vita del soggetto e del contesto culturale e storico in cui egli vive, entrano in gioco nel processo di formazione della personalità.

[56] Daniel Levinson (1978) parla di alternanza tra momenti di stabilità e momenti di transizione caratterizzati da scelte che aprono a una nuova struttura di vita. Queste scelte costituiscono la componente principale della struttura di vita e sono compiute in relazione sia al vissuto passato, al presente ed al futuro ma anche alla dimensione sociale. Il primo ambito in cui avviene questo compito evolutivo è il nucleo famigliare.

soggetto (psicologia evolutiva), entro il contesto a cui il soggetto appartiene (ricerca sociologica), all'interno delle dinamiche del gruppo familiare (psicologia della famiglia)[57].

L'esito di queste ricerche nel campo delle tematiche dell'invecchiamento è che tale periodo non è più concepito come il tratto terminale e declinante della vita, ma viene visto come una fase con contenuti e finalità proprie, in cui l'uomo può ancora realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e della comunità. L'invecchiamento è definibile come un processo in costante divenire che ciascuno affronta attingendo al proprio vissuto, alle proprie relazioni, alla propria "plasticità evolutiva". L'anziano non è più, anche dal punto di vista della psicologia evolutiva (e non solo della ricerca gerontologica) da considerarsi come una categoria standardizzabile e nel contesto di una visione dell'esistenza umana vista come suddivisa in momenti chiusi in se stessi, a frammenti, come "compartimenti stagni" tra loro non comunicanti e conclusi. Al contrario è un *unicum* che procede con continuità e sviluppo graduale (salvo naturalmente gli eventi traumatici). La cultura dell' "arco di vita" supera quindi la prospettiva "adultocentrica" (Luppi, 2015) e rifiuta la visione ghettizzante della vecchia gerontologia (Predazzi, 2013) che parcellizza l'esistenza in "nicchie generazionali". Concepire la vita parcellizzandola in momenti esistenziali distinti porta allo sradicamento della persona da sé e dal suo passato.

Anche nel campo della ricerca sulla demenza e l'Alzheimer si sono sviluppati negli ultimi decenni percorsi che riconoscono nell'anziano affetto da queste patologie una presenza ancora attiva, comunicativa e adattativa. Si tratta di ricerche che hanno avuto interessanti applicazioni in campo clinico-pratico nella strutture residenziali destinate a queste tipologie di anziani e che ha portato a un generale miglioramento e svecchiamento della vita di tali strutture e delle pratiche di assistenza che vi venivano condotte.

In questi ambiti di ricerca si valorizza la relazione di cura e il ruolo terapeutico che questa può avere, non solo nel dare risposta al bisogno ma anche nel promuovere il benessere dell'anziano, sottolineando il valore dell'approccio empatico ed accogliente nei suoi confronti anche quando si trova in condizioni più deboli e compromesse. L'anziano è visto come una persona che può avere una propria vita e proprie relazioni e che va valorizzato nelle sue abilità residue, per quanto minime, e non invece considerato per le sole sue capacità compromesse. Per citare le più significative tra queste ricerche, almeno quelle in ambito anglosassone e italiano, si va dal "Conversazionalismo" di Lai (1993, 2000) che diventa metodo dialogico con l'anziano, al metodo Validation di Feil (Feil & De Klerk-Rubin,

[57] Gli studi sull'incidenza della vita famigliare nello sviluppo delle fasi della vita dell'uomo sono stati portati avanti in particolare da Haley (1973) e McGoldrick (McGoldrick & Carter, 1986; McGoldrick, 1989; McGoldrick et al., 1993).

1982; 1993)[58], dalle fondamentali ricerche di Kitwood sulla demenza (Kitwood & Bredin, 1992; 1997), al progetto *GentleCare* di Moyra Jones (1996, Jones et al., 1999), alla "teoria dell'attaccamento" di Bowlby (1969, 1973, 1980), alla *Reality Orientation Therapy* di Taulbee e Folsom (Taulbee & Folsom, 1966) che si basa sull'*empowerment* dell'anziano con demenza che deve essere messo nelle condizioni di riorientare e ricollocare se stesso rispetto alla propria storia di vita, alla condizione attuale e all'ambiente in cui si trova, potenziandone l'autostima e il coinvolgimento sociale (Bianchin & Faggian, 2006; Holloran-Hitzel & Bressler-Richardson, 1996).

In particolare in Italia, nell'ambito di molte RSA e di centri-diurni, a partire dagli anni 2000 è ampiamente seguito il progetto dell' "Approccio Capacitante" (Vigorelli, 2012), che mira a consentire agli anziani, qualunque sia la loro capacità cognitiva, di esprimere il massimo delle loro potenzialità e si basa sul riconoscimento e la valorizzazione delle "competenze elementari" presenti anche nelle persone più fragili. Tali competenze sono: la competenza a parlare (cioè a produrre e scambiare parole indipendentemente dal loro significato) e a comunicare mediante linguaggio verbale e non verbale, la competenza emotiva (cioè a provare emozioni, a condividerle e a riconoscerle negli altri), la competenza a contrattare, la competenza a decidere anche in presenza di deficit cognitivi o di ridotta libertà decisionale.

Negli Stati Uniti una profonda riflessione è stata avviata in coincidenza con la transizione da un modello assistenziale improntato sull'approccio medico-manageriale, con attenzione all'efficienza, alla standardizzazione del servizio e all'ottimizzazione dei costi (con strutture intese come luoghi chiusi, regolati da rigide routine e con il personale con funzione più di controllo che di supporto) a uno sociale-umanistico che mette al centro la persona dell'anziano e non più la struttura. Questa riflessione ha portato a un cambiamento della cultura della cura per anziani (*Culture Change Movement*) (Coons & Mace, 1996). Questo nuovo modello culturale si delinea secondo seguenti assunti (Calkins, 2002):

-rispetto dei bisogni e desideri individuali dell'anziano;

-rispetto delle fasi della vita sia dell'anziano che degli operatori;

-supporto alle opportunità di progettualità personale, in una prospettiva di crescita permanente;

[58] Alla base di questo approccio vi sono alcuni assunti di base: riconoscere l'unicità e il valore di ogni persona anziana; ogni anziano in condizioni di fragilità va accettato per come è, senza la pretesa di cambiarlo; non ci sono spiegazioni razionali dietro ai comportamenti di persone con demenza ma bisogni umani non espressi; i sentimenti negativi espressi ed accolti in maniera empatica diminuiscono, mentre quelli ignorati aumentano (Babins, cit.; Day, cit.; Touzinsky cit.; Benjamin, cit.)

-realizzazione di continui e produttivi contributi alla comunità di riferimento ed incoraggiamento di scambi significativi con essa e con la famiglia;

- ristrutturazione dei ruoli dell'equipe e delle relazioni tra membri dell'equipe e ospiti.

Emerge in questa prospettiva oltre all'attenzione per l'*habitat* umano in cui la vita si svolge (compresi anche contatti con piante, animali e le relazioni intergenerazionali) lo sviluppo di relazioni interpersonali rilevanti, allo scopo di raggiungere il massimo di qualità della vita sia per gli ospiti che per gli operatori (l'*Eden alternative* di Thomas, 2006; la *Person-Directed culture* di Brune, 1995). In quest'ottica di cura, basata sui bisogni e i desideri individuali della persona, assume importanza anche l'attenzione ai processi decisionali che sono impostati in modi che invogliano sempre egli anziani alla presa di decisione attraverso comunicazioni trasparenti, capaci di creare la comprensione empatica necessaria a una relazione di autentica reciprocità. Ciò porta a ridurre le misure di medicalizzazione e contenzione e a promuovere uno stile organizzativo imperniato sul dialogo tra i vari membri della struttura, in modo da ridurre distanze, iperburocratizzazione, verticalità nelle relazioni non più sbilanciate dalla parte del medico, dell'operatore sanitario o del terapeuta (Bettelheim, 1974; Coppo, 1996; Censi, 2008; Olcese, 2015).

L'idea forte comune a tutti questi tipi di approccio, in vario modo connessi alla riflessione sulla *Life-Span Development*, è riconoscere una forma attiva presente nell'anziano, che non è più solo un paziente passivo da custodire e accudire, ma conserva, seppur con determinati limiti, una sua identità che si può ancora esprimere e valorizzare. Questo tipo di approccio, tra l'altro, migliora la qualità della vita all'interno delle strutture assistenziali e il rapporto stesso tra operatori, *caregivers* famigliari e anziani assistiti, fa aumentare il senso di soddisfazione e di adeguatezza della cura, consente agli operatori di sperimentare relazioni serene e positive con gli anziani assistiti, vincendo quel senso di frustrazione che invece emerge di fronte all'inefficacia del rapporto di cura tradizionale basato sul modello negativo del paradigma standard della demenza[59]. Questo generale miglioramento nella qualità del rapporto di cura porta a ridurre quei comportamenti involontari di coercizione, fretta e superficialità (oggettificazione, invalidazione, infantilizzazione, esclusione ecc.) nel trattamento degli anziani, messo in alto a volte dagli operatori, comportamenti favoriti anche da ritmi di lavoro poco sostenibili e da vincoli regolamentativi che incombono sulla vita delle strutture assistenziali. Si tratta degli effetti di quella "Psicologia Sociale Maligna" di cui parla Kitwood e che si rivelano poco rispettosi dell'individualità della persona con demenza e della sua dignità (Kitwood & Bredin, 1992).

[59] Questo tipo di approccio, creando un clima di relazioni positivo riduce il rischio di *burn out* per gli operatori causato dalle sollecitazioni emotive provocate dal costante contatto con situazioni di sofferenza e dalla sperimentazione della incapacità di farvi fronte che genera senso di impotenza e di mancata realizzazione personale e professionale (Maslach, 1982; Norman & Redfern, 1997; Gallucci, 2004).

Questa rivoluzione nel modo di comprendere la fragilità, la disabilità, la demenza e l'intero percorso di vita dell'anziano non solo interroga chi si occupa direttamente del settore e le strutture assistenziali adibite a ciò ma investe l'intera società chiedendo ad essa oltre che un ripensamento complessivo della forma-assistenza, anche una più vasta riflessione sui valori e gli ideali umani su cui è costruita, e sulla strutture che sono espressione di questi valori (strutture lavorative, strutture abitative, relazioni interpersonali ecc.).

> "Per alcuni aspetti, diventare fragili è la sorte inevitabile che attende molte persone nelle fasi più avanzate della vita. Accettare questa realtà nella pratica assistenziale significa semplicemente riconoscere la verità della nostra vulnerabilità e interdipendenza, così spesso fortemente negate. Perciò l'assistenza alle persone con demenza non deve consistere in un'osservazione relativamente passiva del disfacimento psicologico di un uomo o di una donna anziani. Può diventare un modello esemplare di vita interpersonale, un simbolo di come si può attualizzare il nostro essere umano." (Kitwood & Bredin, cit.: 29-31)

La cultura dell' "arco di vita" applicata all'età anziana con tutte le implicazioni di cui abbiamo parlato sopra, comporta lo sviluppo di tre idee-guida:

-il concetto di variabilità riguardo agli anziani, che non sono una coorte di individui uguali ed omogenei, dai bisogni omologati: in base al percorso di vita di ognuno, alle diverse biografie oltre che alle diverse condizioni di fragilità, si richiedono interventi diversi e articolati;

-il concetto di plasticità degli interventi: se l'invecchiamento è un percorso dinamico e non statico allora anche gli interventi a supporto devono essere continuamente adattabili, capaci di accompagnare le varie fasi di età e le varie fragilità che di volta in volta emergono, come delle protesi che variano in continuazione col variare delle condizioni; tali interventi poi non possono essere mai costrittivi o prevaricanti sull'evoluzione individuale dell'iter esistenziale della persona anziana;

-l'idea dell'intergenerazionalità: l'affronto dei problemi dell'anzianità coinvolge l'intera società nella sua globalità; ad essa è chiesto di mettere in campo tutte le risorse della rete delle relazioni informali e di prossimità. Oltre al *caregiving* famigliare e al serio lavoro degli operatori delle nuove professioni di cura domestica, è di fondamentale importanza la solidarietà intergenerazionale di vicinato. Questo è il punto realmente innovativo e, per certi versi, rivoluzionario, di questo nuovo approccio al problema del divenire anziano oggi. (Predazzi, cit.).

3.7 - Un breve excursus sul tema della solidarietà intergenerazionale e dell'isolamento generazionale nella società

Il tema del rapporto intergenerazionale è oggetto di ampio dibattito, a più livelli e con svariate implicanze, tra gli specialisti. Ancor più ampia è la sua diffusione sugli organi di stampa e nei mezzi di comunicazione, dove però spesso prevalgono toni ideologicamente allarmistici e tutto sommato retorici. Si parla di "conflitto generazionale", di giovani il cui futuro è negato dagli anziani "avidi" che assorbono tutte le risorse altrimenti destinate a loro, di anziani che distruggono il pianeta, ignorando i "diritti" delle future generazioni, di famiglie all'interno delle quali si vive uno scontro drammatico tra padri e figli, oppure di anziani abbandonanti dai figli al loro destino. Si tratta di idee spesso non fondate su base empirica, semplificatorie o ingigantite rispetto alla realtà, una sorta di "mito" (Arber & Attias Donfut, 2000; Achembaum, 2004), che alimenta una "battaglia simbolica" spesso funzionale alle battaglie politiche in corso nei vari Paesi (relativamente agli Usa, Williamson et al., 2003).

Il problema della comprensione e della valutazione del livello di solidarietà intergenerazionale nella nostra società rimane comunque complesso e di non semplice soluzione perché i parametri valutativi utilizzati per tale analisi sono ancora piuttosto incerti. Se per intergenerazionalità si intende una coesione sociale tra generazioni, occorre poi stabilire che cosa si intende per coesione e che cosa si intende per generazioni. Inoltre bisogna evitare il rischio, nell'affronto del problema, di muoversi nella logica dicotomica dei due estremi: o, da una parte, i rapporti sono improntati sulla solidarietà o, dall'altra, sono improntati sul conflitto. In realtà (Bengtson & Oyama, 2007) queste due dimensioni sono tra loro interconnesse, sono implicite nel "contratto" tra le generazioni (non si dà l'una senza l'altro), e alimentano la dialettica tra innovazione e tradizione che porta alla crescita delle società. Reciprocità e solidarietà sostengono le relazioni tra generazioni, anche se non disgiunte da interessi e utilitarismi (Donati, 2002). Nel conflitto alcuni problemi non saranno mai risolti mentre altri si ricomporranno in una nuova forma di solidarietà, e in ogni caso col tempo la qualità generale delle relazioni è destinata a migliorare (come accade, nella dinamica evolutiva della persona, rispetto al conflitto con gli adulti che caratterizza la fase adolescenziale e che è funzionale alla crescita del ragazzo stesso). Per questo si parla, come nuovo paradigma, di "ambivalenza intergenerazionale" e tale ambivalenza non è più da vedersi come un limite ma come un passo di maturazione verso uno stato migliore di rapporti (Luescher & Pillemer, 1998; Luescher, 2002; 2012). Applicare il paradigma dell'ambivalenza intergenerazionale alle problematiche economiche legate al futuro del *welfare* (ma anche a quello della sostenibilità ecologica del pianeta: non c'è differenza), porta a spostare l'accento dal tema dell'iniquità generazionale (cioè l'idea che ciò che gli adulti/anziani di oggi consumano è sottratto alle generazioni future per cui il problema è ridistribuire le risorse per riequilibrare la situazione) a quello della

"interdipendenza generazionale" cioè a vedere le generazioni come gruppi di attori legati tra loro da relazioni di reciprocità per cui i guadagni di un generazione non sono necessariamente raggiunti a spese di altre e che tra le diverse fasce d'età vi sono interessi comuni piuttosto che concorrenti (Williamson et al., 1999). Questo induce a una visione più fiduciosa nell'evoluzione futura della coesione tra le componenti della società sia a livello macrosociale (i rapporti nella società tra coorti di differenti fasce d'età) sia microsociale (i rapporti tra persone di diversa età all'interno di nuclei più piccoli di convivenza quali ad esempio le famiglie) (Bengtson & Oyama, cit.) . È vero che i *trend* demografici e culturali in corso nelle società avanzate (allungamento della vita, cambiamenti nelle strutture per età delle popolazioni e quindi peggioramento degli indici di dipendenza strutturale degli anziani, cambiamenti culturali che hanno riguardato il modo di concepire la famiglia, immissione sempre più consistente delle donne nel mondo del lavoro) fanno emergere criticità e problematiche nuove che richiedono una maggiore attenzione al problema, ma è altrettanto vero che il conflitto tanto paventato non si presenta nei termini così drammatici con i quali spesso viene enfatizzato e non sembra, dai dati fattuali, che si prospetti per il futuro un significativo scontro generazionale: la solidarietà tra le generazioni rimarrà alta, soprattutto a livello microsociale e il timore di un declino della solidarietà all'interno delle famiglie, con anziani abbandonati al loro destino, è infondato. Molti studi dimostrano che, pur con percorsi diversi e lievi differenze, ad esempio tra Paesi del nord Europa e Paesi di area mediterranea, dove vi sono diverse tradizioni legate a differenti culture riguardo alla co-residenza tra giovani e anziani[60], (Billari, 2004; Tomassini, et al., 2004; Hank, 2007; Saraceno, 2008b), la forza delle famiglie come unità di supporto sociale intergenerazionale rimane ancora viva: gli anziani intrattengono ottime relazioni, ricevono e offrono assistenza, ad esempio come nonni nell'accudimento dei nipoti o, nei casi di crisi, con aiuti economici alle famiglie dei figli grazie ai loro redditi pensionistici o ai risparmi accumulati che quasi ovunque sono discreti, anche se va detto che sembra siano le generazioni anziane ad investire più sui giovani che non viceversa e che dimostrino in ciò un maggiore spirito di sacrificio (Giarrusso, et al., 1995). All'interno dei nuclei famigliari il senso di obbligazione famigliare (Finch & Mason, 1990) è ancora molto diffuso; i rapporti sembrano ancora improntati su un mix di pietà filiale, reciprocità, altruismo e interesse personale (aspettative individuali per il proprio futuro) e le persone continuano a credere in un processo ciclico di aiutare ed essere aiutati che investe tutta la vita e questo è predittivo del comportamento di cura nei confronti delle componenti fragili della famiglia (Finley, et al., 1988; Rossi & Rossi, 1990; Lee, et al.,

[60] La prevalenza di co-residenze di genitori anziani con i loro figli è più bassa nei Paesi scandinavi e nei Paesi Bassi, più alta nei Paesi mediterranei e dell'Europa sud-orientale mentre i Paesi dell'Europa centrale si situano a un livello intermedio (Dykstra, cit.).

1994; Stein, et al., 1998; Klein Ikkink, et al., 1999; Daatland & Herlofson, 2003; Gans & Silverstein, 2006).

Un'inchiesta promossa dall'UNECE (Dykstra, 2010) mostra che al quesito se i figli devono assumere responsabilità di cura per i genitori nel bisogno, in una scala da zero a quattro come accordo massimo, Paesi come Russia, Bulgaria, Romania e Ungheria si avvicinano al 3,5, mentre i Paesi Bassi si avvicinano al 2,5. Alla successiva domanda se i figli devono adattare il loro lavoro per aiutare i loro genitori, sempre in una scala da zero a quattro, l'Ungheria si avvicina al 3, la Russia supera il 2,5 mentre il dato più basso riguarda la Francia (poco meno di 1). In entrambi i casi non vi sono rilevazioni che riguardano l'Italia. Il tutto con differenze minime nelle risposte tra le fasce 18-54 e 55-80 anni. Anche il trasferimento di soldi, oltre che quello del tempo, tra membri delle famiglie non co-residenti, è a buoni livelli anche se tende ad essere inferiore per i Paesi di area nordica, rispetto a quelli mediterranei (Ogg & Renaut, 2006; Albertini, et al., 2007; Haberkern & Szydlik, 2010).

Se sul piano valoriale, quindi, la solidarietà intergenerazionale non sembra essere messa in discussione dagli attori in gioco (giovani e anziani)[61], il problema, per il mondo occidentale e per il nostro Paese in particolare, è piuttosto di natura demografica, in quanto le famiglie tendono ad essere di dimensioni sempre più ridotte e "deprivate verticalmente"; in esse i figli sono sempre di meno e più anziani e il numero dei nipoti si riduce drasticamente. Oppure aumenteranno i problemi legati alla progressiva crisi dell'istituto matrimoniale, con "legami recisi", famiglie divise e ricomposte, allargate, monoparentali, con figli legati a un solo genitore o, per contrasto, a molteplici figure genitoriali (Saraceno, 2008a; Dykstra, cit.; Pugliese, cit.; De Leo & Trabucchi, cit.). Questo porterà, più che a un conflitto generazionale, a un "isolamento generazionale", soprattutto riguardo agli anziani. Il rapporto Istat 2018 con dati relativi al 2015 e al 2016 (Istat, 2018) rileva come il 38,3%

[61] Diverso e più complesso è il caso del mondo del lavoro: qui il problema sembra porsi con più urgenza e gravità, in quanto l'anziano è ancora troppe volte messo ai margini della fase produttiva, a vantaggio di chi è più giovane, perchè ritenuto meno produttivo e soprattutto incapace di aggiornarsi nelle nuove tecnologie; perciò viene licenziato o accompagnato in forme di prepensionamento in caso di esuberi del personale, e la sua competenza tecnica e umana non è sempre valorizzata (Bombelli e Finzi, cit.; Lazazzara & Bombelli, cit.; Pero, cit.; Barabaschi, 2015). D'altro canto però, in altre situazioni e contesti, sono i i giovani che faticano ad immettersi nel mondo lavorativo, occupato da lavoratori anziani. Da questo punto di vista, anziani e giovani sono sulla stessa barca, almeno nel nostro Paese. Per parafrasare il titolo di un celebre film, l'Italia non è un Paese per vecchi, ma neanche per giovani. È a questo livello quindi che può sorgere un problema di conflittualità, è qui che si dovrà operare anche se il compito non sarà facile: quali prospettive di invecchiamento, più o meno attivo, avranno persone che durante la loro vita lavorativa non hanno avuto la possibilità di costruirsi un minimo di sicurezza sul piano reddituale? E come garantire un invecchiamento attivo a persone espulse troppo presto dal mondo del lavoro quando erano ancora nel pieno delle loro risorse?

ormai degli over 75 nel nostro Paese viva da solo e il 40% di questi non ha parenti e amici a cui riferirsi in caso di bisogno. Saranno questi fattori, soprattutto, a mettere in discussione la persistenza della solidarietà intergenerazionale.

La coesione intergenerazionale rischia di essere messa in pericolo inoltre dalla diffusione del pregiudizio, dalla propaganda retorica, dalla non conoscenza, dalle *fake* news, dalla mentalità individualistica che sta avanzando. Anche le ricerche empiriche disponibili confermano questo rischio e la necessità di intervenire per sconfiggere i pregiudizi e favorire la conoscenza reciproca tra generazioni. Un'indagine condotta dall'UE nel 2012 in occasione dell'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra Generazioni rilevava come circa il 17,7 % della popolazione UE27 ritenesse esserci forti tensioni tra giovani e anziani con punte superiori al 25% in Ungheria, Lussemburgo e Romania (in questa speciale classifica l'Italia si poneva poco sotto al 20% e quindi sopra la media europea). Tuttavia la causa di tali tensioni era ritenuta essere la mancanza di conoscenza reciproca. Quasi due terzi (63,8%) della popolazione dell'UE27 di età pari o superiore a 15 anni, infatti, ha convenuto che giovani e anziani non avessero sufficienti opportunità di incontrarsi e lavorare insieme in associazioni e iniziative della comunità locale e più della metà riteneva che le politiche dei governi potessero fare di più in questa direzione. Lo stesso sondaggio ha rilevato come solo il 13,3% della popolazione dell'UE27 (di età pari o superiore a 15 anni) fosse d'accordo con l'affermazione che gli anziani rappresentano un onere per la società, mentre ben il 61,6% era in forte disaccordo (tra l'altro la percentuale dei concordi sale fino al 25% circa proprio tra gli over 65). Riguardo alla discriminazione in base all'età nell'UE27, più del 50% ritiene che sia inesistente o rara (tra l'altro anche qui significativamente la percentuale sale tra i giovani). La medesima indagine cita un sondaggio relativo al 2007 secondo il quale quasi una persona su dieci (9,6%) di età pari o superiore a 65 anni nell'UE27 si sentiva esclusa dalla società. È significativo il fatto che questa percentuale risultasse solo leggermente superiore ai tassi registrati per le altre fasce di età, anche se la percentuale più bassa, seppur di poco, di persone che si sentivano escluse veniva registrata tra i 18 ei 34 anni (8,0%) (Eurostat, 2012: 113-119). Un'indagine correlata dell'Eurobarometro sui 27 Paesi UE, relativa al 2011, evidenziava come l'89% degli europei dai 15 anni in su sosteneva che fosse giusto creare posti di lavoro per i giovani nel settore dell'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti, mentre il 59% degli intervistati sosteneva la tesi che si dovesse spingere i lavoratori over 60 a rimanere nel mercato del lavoro per trasmettere le proprie conoscenze ai giovani (il 37% si diceva però contraria) (Eurobarometro, 2011: 22). La distanza tra generazioni d'altra parte emerge da un'indagine più recente (Censis, Fondazione HPNR, 2016) in realtà come caratteristica di tutta la società italiana. In questo caso sono i giovani tra i 18 e i 34 anni a rifiutare rapporti con persone di altre generazioni, sia nel tempo libero, che nel lavoro, mentre gli anziani appaiono più aperti al rapporto intergenerazionale nella misura di 9 su 10.

Questi dati, apparentemente anche contraddittori, pur con tutta la cautela con cui simili indagini vanno prese, rivelano il fatto che semmai il problema delle "barriere generazionali" non riguarda solo uno strato della società o una fascia di popolazione che viene esclusa dal resto, ma sia un rischio diffuso tra più fasce, quasi la "cifra" su cui si sta costruendo la nostra società. Una società in cui le "barriere generazionali" si saldano a un individualismo sempre più diffuso e proposto come valore, come mezzo di autorealizzazione e di successo nella vita (Baumann, 1999; De Leo & Trabucchi, cit., Augé, 2019). Più che un conflitto aperto si rischia di creare una società di persone sole che non dialogano tra loro e non sanno più incontrarsi. Questo è il rischio a cui l'intera società sta andando incontro, una società sempre più chiusa dove vige un ignorarsi a vicenda tra generazioni e gruppi sociali, quasi fossero dei compartimenti stagni, ognuno ripiegato sulla propria identità (Remotti, 2010). E gli anziani rischiano di essere le vittime principali di questa società. Il problema è quindi fondamentalmente quello della mancanza di conoscenza reciproca che si accompagna (causa ed effetto contemporaneamente) alla mancanza di relazioni. E questo genera equivoci, incomprensioni e soprattutto pregiudizi di cui spesso, come detto, gli anziani, più di altre categorie, sono ancora vittime. Questo stato di cose di contro fa emergere la necessità di una cura intergenerazionale dei rapporti come antidoto alla deriva individualistica della società.

> "L'intergenerazionalità appare sempre più come uno strumento per ricreare il tessuto sociale, come una forma costruttiva, perché duratura, di solidarietà, a livello di quartiere, di istituzioni, di gruppi di giovani o di pensionati. E' un percorso che dà significato, che abbatte i pregiudizi e che può essere applicato e sviluppato in ambiti diversi." (Everarts, 2000: 195)

E di fronte alle difficoltà delle famiglie a svolgere la funzione di integrazione e coesione sociale che ha tradizionalmente svolto, diventa importante la solidarietà intergenerazionale di vicinato, come complemento di quella famigliare (ibid.)

3.8 - L'habitat intergenerazionale come banco di prova della cultura dell' "arco di vita"

Questo però richiede un approccio di carattere generale e ad ampio raggio che tenga conto di vari fattori tra i quali, non ultimo, quello dell'abitare. Ogni altro approccio risulterebbe inadeguato se non arrivasse ad affrontare quest'ultima questione capitale. Se infatti si pensasse che l'intergenerazionalità si costruisce solamente organizzando o promuovendo iniziative rivolte agli anziani per creare occasioni di socialità, di partecipazione, di formazione culturale e tecnologica, di svago e intrattenimento con o alla presenza dei giovani, certamente si offrirebbe un contributo positivo sul piano della conoscenza reciproca ma l'affronto complessivo del problema risulterebbe ancora

inadeguato[62]. Questo è ciò che viene fatto comunemente, anche nel nostro Paese, con le politiche per gli anziani delle varie amministrazioni pubbliche, con iniziative indubbiamente interessanti e che in gran parte raccolgono il gradimento delle persone anziane ma che non risolvono il problema alla radice. Tra l'altro questo genere di iniziative sono rese sempre più di difficile realizzazione a causa delle crescenti difficoltà finanziarie delle amministrazioni locali. L'incontro tra generazioni non si può nemmeno ridurre alla semplice organizzazione ad esempio all'interno degli istituti di momenti di animazione proposti agli ospiti. Sarebbe molto riduttivo:

> "un intervento inutile in una situazione già dolorosa."(Everarts , cit.: 196)

Questo incontro deve avvenire nel quotidiano e non essere riservato a momenti isolati, per quanto belli e significativi ma che costituirebbero ancora dei "momenti-ghetto".

Il progetto di realizzare una società intergenerazionale se non trova una adeguata concretizzazione che vada fino a toccare le radici della convivenza sociale finisce per essere uno slogan per anni internazionali senza incidere sulla sostanza del problema. Può tradursi sul piano pratico nel cercare di creare rapporti tra le generazioni nell'ambito del lavoro e dell'apprendimento formale e informale, in quello delle attività del tempo libero (volontariato e *caregiving*), dell'utilizzo delle infrastrutture (Masi et al., 2011; Poscia, et al., 2018), ma è ancora troppo poco. Si deve raggiungere il livello della residenzialità e ciò richiede un cambiamento nell'intero modo di concepire l'*habitat* urbano, un cambiamento che tenga conto non solo degli anziani ma di tutte le generazioni in dinamico sviluppo (Gualano et al., 2018). L'*habitat* è il vero banco di prova della cultura dell'arco della vita ed è a questo livello che si gioca il futuro di una vera ed effettiva intergenerazionalità.

[62] Si riferisce qui, a titolo di esempio di buone pratiche, l'interessante progetto TOY-Together Old & Young, finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Lifelong Learning Programme (LLP)–Grundtvig, promosso dall'International Child Development Initiative (ICDI), ed attuato in sette Paesi europei tra il 2012 e il 2014. Questo progetto ha coinvolto bambini dagli zero agli otto anni e anziani sopra i 65 anni, in laboratori sulla comunicazione, sulla tutela ambientale, sulla creazione artistica ecc. (in Italia questi laboratori sono stati realizzati a Lecco, Paderno d'Adda, Roma e Orvinio). L'esito è stato ampiamente positivo (Cortellesi & Kernan, 2016) ma non sfugge, a parere dello scrivente, ad alcuni limiti, da quello di essere una iniziativa estemporanea, fine a se stessa, o al più un "progetto-pilota", a quello di mettere in relazione vecchi e bambini, in una sorta di ghetto separato dalla società, di ridurre gli anziani a un ruolo di animatori per bambini (è il rischio di tutti gli anziani quando finiscono per adattarsi al ruolo di "nonni" che la famiglia o la società attribuisce loro), di ridurre il tema dell'intergenerazionalità alla gestione del tempo libero. Per una conoscenza più ampia di progetti simili a questo: Vagli & Ciucci, 2019.

La *charity* britannica Beth Johnson Foundation, che si occupa tra le altre cose di invecchiamento attivo e di integrazione sociale, nelle sue linee guida per la pratica intergenerazionale del marzo 2011[63] aveva indicato un percorso in sette livelli attraverso cui giungere a una piena integrazione delle persone anziane all'interno di una comunità. In questo percorso il livello più basso è costituito dalla semplice conoscenza dell'esistenza degli anziani, senza alcun contatto diretto. I livelli intermedi sono costituiti da attività saltuarie o periodiche che favoriscano l'incontro e la conoscenza tra le generazioni. Il livello più avanzato è però quello che investe tutta la comunità: si tratta dell'*Intergenerational community settings*. A questo livello i valori della interazione intergenerazionale sono stabilmente inseriti nella dinamica sociale. Si parla di "comunità sviluppate come contesti intergenerazionali", con strutture, scuole, parchi, luoghi di ritrovo pensati e progettati per tutte le età (ibid.: 5). È un programma che, al tempo, rivelava una consapevolezza nuova del problema e che è all'origine di interessanti esperimenti anche negli Stati Uniti[64], ma che sembra però ancora mancare di un deciso riferimento alle problematiche dell'abitare. Si parla di strutture facilitanti, di luoghi di incontro per persone di tutte le età, di comunità attrezzate in tal senso, ma non si giunge ancora a parlare esplicitamente di abitazioni intergenerazionali, di quartieri per residenti di tutte le età che vivano fianco a fianco e che possano entrare facilmente in rapporto nella semplicità del vivere quotidiano.

La consapevolezza di questo livello del problema si sta però facendo strada progressivamente a livello internazionale sia nella pratica che nella riflessione teorica. Negli Stati Uniti, si è partiti negli anni 80 dalla elaborazione di programmi di interventi intergenerazionali intesi come attività per aumentare la cooperazione, l'interazione o lo scambio tra le generazioni nelle scuole, nelle organizzazioni comunitarie, nelle comunità di pensionamento, negli ospedali, nei luoghi di culto e in altri contesti, (secondo un modello simile a quello esposto prima della BJF) per poi arrivare a prendere consapevolezza della necessità di un affronto più profondo, fino alla progettazione di ambienti e luoghi di vita, "siti intergenerazionali", in cui convivono più generazioni che ricevono servizi e

[63] A Guide to Intergenerational Practice (2011) reperibile su:
http://www.ageingwellinwales.com/Libraries/Documents/Guide-to-Intergenerational-Practice.pdf

[64] Si tratta delle *Intergenerational Communities*, città o comunità che fanno della pratica intergenerazionale il loro obiettivo primario, promuovendo programmi e pratiche che accrescono la cooperazione, l'interazione e lo scambio tra persone di diverse generazioni, le incoraggiano a condividere i loro talenti e risorse e le sostengono nelle relazioni a vantaggio sia loro che dell'intera comunità. Esempi di queste pratiche sono attività di insegnamento e di tutoring di anziani nelle scuole, organizzazione di momenti ricreativi comuni, attività di volontariato condivise, esperienze artistiche e musicali che coinvolgono giovani e anziani ecc. Esempi in tal senso si trovano in vari stati degli Usa (Texas, Iowa, Oklahoma, California ecc.) Si veda su questo https://www.aarp.org/content/dam/aarp/livable-communities/old-learn/civic/americas-best-intergenerational-communities-aarp.pdf. Si tratta di esperienze profondamente diverse da quella delle newtowns mono generazionali di cui si parlerà più avanti.

interagiscono attraverso attività pianificate o informali" (Kaplan, et al. 2002; Kaplan, 2004). In Europa sono in atto da tempo molteplici realizzazioni che vanno in tale direzione (quartieri, centri residenziali, agglomerati urbani, spazi pubblici, esperienze di *housing* sociale e *co-housing* ecc. progettati e realizzati secondo tali scopi) e di cui si darà conto più avanti (vedi cap. 4).

Quello dell'*habitat* gerontologico emerge quindi come un tema centrale, una sorta di "cartina di tornasole" delle concezioni ideologiche, delle scelte di politica sociale e assistenziale nei confronti degli anziani e di tutta la parte "debole" della società. È su questo terreno, in questo ambito che la "cultura dell'arco della vita" gioca tutte le sue potenzialità (Predazzi, cit.). Si tratta di attuare un ripensamento complessivo della dimensione dell'abitare sociale, un ripensamento progettuale che vada nella direzione di un abitare per tutte le età, un *universal design* o *design for all* pensato da Mace (1998; Young & Pace, 2000) per le persone disabili ma estendibile anche agli anziani (Bosia 2017; si veda anche SUPSI, 2010 che riporta ampie esemplificazioni) - e non concepito solo per una determinata categoria di persone (l'adulto nel pieno della sua efficienza fisica in funzione del quale tutte le strutture sono pensate, a cui si debbono poi aggiungere, come dei ghetti, appendici appositamente dedicate ai bambini, agli adolescenti, agli anziani, ai grandi anziani, ai disabili, ai malati di Alzheimer ecc.)[65] ghetti che potrebbero essere sempre più efficienti ma rimarrebbero pur sempre ghetti, che si devono poi far convivere con progetti mirati di inclusione con il centro vitale del tessuto urbano per colmare un *gap* di isolamento creatosi in origine.

Non è quindi a valle che si risolve il problema della convivenza tra generazioni ma a monte nella progettualità iniziale del tessuto urbano. Occorre pensare a città e quartieri adeguati a tutte le età, con strutture (a cominciare dalle abitazioni e dai quartieri, per arrivare ai passeggi, ai parchi, ai percorsi pedonali, alla localizzazione dei servizi e alla loro accessibilità, ai luoghi di ritrovo, di socialità e di divertimento, agli spazi culturali) usabili dalla popolazione infantile, dalle famiglie con bambini, dall'adulto in piena efficienza fisica, dal disabile, dall'anziano con gradi diversi di dipendenza e fragilità. Sul piano progettuale

[65] Il tema dell'abitare sociale (*social housing*) è tornato di attualità negli ultimi anni nel nostro Paese, dove invece in passato, non trovava molti riscontri a causa della diffusione della proprietà abitativa. La crisi economica, unitamente alla speculazione edilizia, hanno reso più difficile l'acquisizione della casa in proprietà per alcune fasce di popolazione, per cui si è riacceso il dibattito sulla politica dell'abitare. Per *social housing* si intende generalmente "l'insieme delle attività atte a fornire alloggi adeguati, attraverso regole certe di assegnazione, a famiglie che hanno difficoltà a trovare alloggio alle condizioni di mercato perché incapaci di ottenere credito o perché colpite da problematiche particolari" (in http//www.housingeurope.eu/, citato in Bronzini, 2014). Nel dibattito relativo a questo tema ben si inserisce la riflessione sulle nuove forme di residenzialità per gli anziani.

questo significa un ripensamento complessivo dell'*habitat* urbano i cui obiettivi principali sono:

-arrivare a creare luoghi abitativi dove convivano, pur nel rispetto della privacy, persone e nuclei di età diversa;

-riformare le dimensioni delle unità abitative in quanto condomini di grandi dimensioni non favoriscono la conoscenza tra gli abitanti (Scott Hanson & Scott Hanson, 2015; Gresleri, 2007a); riadattare le unità abitative non idonee, abbattendo barriere architettoniche e altri ostacoli che possano impedire la vita normale di persone fragili (Ahrentzen & Tural, 2015; Kamin et al., 2016); realizzare abitazioni modificabili e adattabili plasticamente alle varie età della vita;

-integrare edifici che ospitano servizi per specifiche fasce d'età (ad es. scuole materne e luoghi di ricovero per anziani);

-integrare abitazioni indipendenti e centri di assistenza medica; garantire sistemi di protezione, monitoraggio e tele-assistenza;

-migliorare la qualità degli spazi *outdoor* (questo è fondamentale per la costruzione del senso di appartenenza alla comunità), dotare questi spazi di attrezzature idonee e sempre ben tenute;

-utilizzare tutti gli strumenti della tecnologia per facilitare le comunicazioni (questi strumenti purtroppo ancora oggi sono sottoutilizzati dagli anziani e rischiano di aumentare il divario tra loro e le generazioni più giovani);

-facilitare i movimenti e gli spostamenti; rendere accessibili a tutti tutte le parti della città, in particolare i luoghi commerciali, di svago e culturali.

Questa riprogettazione urbana implica anche un ripensamento della collocazione delle residenze e degli istituti per anziani che non possono essere istituti-ghetto posti lontano o isolati rispetto ai centri di vita della città o del paese, luoghi "dimenticati" per i "dimenticati" (Olcese, 2015), ma al contrario vanno collocati in luoghi dove vive la comunità, la quale deve avere facile accesso agli spazi offerti alla vita degli anziani, che possono diventare spazi per la vita di tutta la comunità, anche dei giovani e dei bambini.

Si tratta in buona sostanza del progetto delle *Age friendly cities* di cui si è già parlato, che però rischia di essere ancora dentro una logica in qualche modo settoriale se si limita a proporre singoli interventi adattativi di luoghi e spazi e non giunge fino a un ripensamento generale dell'abitare urbano. Questo progetto può essere considerato dal punto di vista teorico solo come un primo passo verso una città per tutte le generazioni anche perché le città non devono essere "amiche" solo degli anziani ma di tutte le generazioni.

Tenuto conto di tutto quanto detto, appare inadeguata anche la risposta data al problema dalle cosiddette "*newtowns* monogenerazionali", sorte a partire dagli anni 50 negli Stati Uniti e diffusesi successivamente anche in alcuni Paesi europei quali Francia e Spagna. Si tratta di villaggi costruiti in aree gradevoli, dal clima mite, e paesaggisticamente belli (in California, Florida, Arizona ecc. negli Stati Uniti, sulla Costa Brava e sulla Costa del Sol in Spagna, in Provenza e in costa Azzurra in Francia), destinati unicamente ad accogliere anziani al termine della fase lavorativa, con abitazioni e comunità su misura per loro (Amendola, 2011). In questi villaggi (in Europa non sono in realtà villaggi costruiti ex-novo ma piuttosto nicchie ed *enclave*, realizzate all'interno di territori fortemente urbanizzati) gli anziani possono trascorrere serenamente gli anni ancora attivi della loro vita, avendo garantite sicurezza, protezione sociale, assistenza medica, la possibilità di una vita di relazioni. Si tratta in realtà di un mondo in miniatura costruito a misura di anziano ma che, al di là delle realizzazioni pratiche che, ad esempio negli stessi Stati Uniti non sempre sono state all'altezza delle aspettative per limiti e carenze progettuali oltre che per problemi di tipo economico (Stroud, 1995), non sfugge al dubbio di rappresentare una sorta di ghetto per quanto dorato, dove gli anziani sono rinchiusi e isolati dal resto della società.

Una logica settoriale dell'abitare, come è anche questa, non si concilia con la nuova idea dell' "arco di vita" di cui tutte le età sono parte integrante a pieno titolo. Oltretutto, anche in termini semplicemente economici, una politica dell'abitare urbano che ignori le acquisizioni della riflessione sul nuovo *habitat* intergenerazionale e proceda così a compartimenti stagni, con rigide separazioni di campo per utenze, funzioni, classi di età, è alquanto dispendiosa e comporta enormi dispersioni di risorse, garantendo per giunta risultati inadeguati sul piano della valorizzazione e della soddisfazione delle persone.

> "L'invecchiamento non è un incidente sociale cui provvedere con interventi speciali: è tempo di concepire strutture e servizi per tutti che concettualmente contengano già nel momento progettuale la vecchiaia come evento costitutivo del cammino esistenziale stesso e quindi contestuale alla progettazione di case, comunità, automobili, ascensori, computer, cinema, piscine, frigoriferi, vespasiani, biblioteche, giardini pubblici…" (Predazzi et al., 2000: 14)

Questo cambio di prospettiva progettuale può avere conseguenze rilevanti dal punto di vista dell'anziano e delle altre categorie "deboli" e va incontro a una esigenza fondamentale, che condivide con ogni persona, quella della libertà di scelta del luogo in cui vivere, in quanto vengono rimossi tutti gli ostacoli che la rendono difficile, rendendo fruibili tutti gli spazi che gli sono utili (naturalmente oltre a quello dell' *habitat* esistono altri ostacoli da rimuovere per arrivare alla piena libertà di scelta e sono ostacoli legati alla disponibilità economica, alle condizioni famigliari e parentali e alle condizione di salute) (ibid.).

Il box seguente elenca in sintesi i principi-guida di una politica dell'*habitat* per anziani nell'ambito della cultura dell' "arco di vita" elaborati da Predazzi. (**Box 3.2**)

Box. 3.2 – Principi-guida di una politica per l'habitat degli anziani nell'ambito della cultura dell'arco di vita	
Eventail	Garantire ai più anziani la scelta tipologica più ampia possibile tra le soluzioni abitative e le opzioni di protezione in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali.
Habitat pad	Utilizzare soluzioni abitative intermedie, adeguatamente attrezzate, come piattaforma strutturale su cui appoggiare le diverse forme e strategie di home care.
Lifespan	Adeguare alloggi e supporti sanitari alla persona nella sua abitazione, con soluzioni in grado di accompagnarla per un arco ampio della sua vecchiaia, piuttosto che costringerla alle migrazioni attraverso strutture a diverso grado di intensità assistenziale.
Architettura globale	Progettare gli spazi di socialità e i servizi secondo una visione globale, i cui elementi fondanti sono rappresentati da multigenerazionalità e integrazione urbana.
La Rete	Valorizzare nelle politiche sociali le risorse delle reti informali e le risorse strutturali, la convergenza sull'obiettivo delle competenze pubbliche, no-profit e private, le sinergie di prossimità e le economie di scala per realizzare politiche sociali.

Fonte: Giunco et al., 2013

In questo modo si può attivare una intergenerazionalità nel quotidiano e continuativa, come modalità di impostare la vita nella/della società, non estemporanea, ed episodica e, ultimamente, improduttiva.

3.9 - Un ripensamento anche delle case per anziani. Verso forme di residenzialità leggera

Segnatamente alla questione anziana occorre un ripensamento complessivo delle forme di residenzialità; non basta ripensare e, per così dire, "umanizzare" le case di riposo per gli anziani; occorre fare di più:

> "L'iniziativa sociale non può essere limitata ad una rivisitazione di servizi per anziani, ma deve essere riletta in una logica globale di coinvolgimento di tutte le generazioni. […] La transizione dell' "alloggio per anziani" alla "casa per tutti agibile anche agli anziani" può segnare un passaggio epocale nell'architettura sociale." (Predazzi et al. cit.: 15).

Riguardo alle residenze per anziani queste dimore devono essere non un luogo dove il tempo è sospeso in attesa della fine della vita, ma un luogo dove la vita dell'intera società scorre ancora e dove l'anziano possa sentirsi nel pieno di essa. Dal punto di vista dell'anziano poi è importante che lui possa "sentirsi a casa propria" anche quando non risiede più nella sua abitazione d'origine (anche perché spesso la necessità porta a doverla

lasciare definitivamente). Questo può succedere se il suo nuovo domicilio diventa un luogo che mantenga le caratteristiche di una casa di abitazione (e non quella di un ospedale o una casa di cura) e dove possa sentirsi accolto e vivere relazioni sociali soddisfacenti. Si tratta quindi di favorire, anche attraverso l'insediamento abitativo, dei legami relazionali stabili e soddisfacenti anche in luoghi diversi dalla propria abitazione d'origine. Questo nuovo modo di concepire l'*habitat* per l'anziano è sicuramente di aiuto nel vincere il suo isolamento, nel prevenire un "cattivo invecchiamento".

È in questo nuovo tipo di residenza che è possibile ripensare l'intergenerazionalità.

> "Se la residenza per anziani è chiamata da ghetto assistenziale a diventare a tutti gli effetti "luogo di vita" la presenza intergenerazionale, cioè la riproduzione della naturale, vitale, compresenza delle generazioni, costituisce un elemento irrinunciabile per la tutela del patrimonio umano e sociale dell'ospite e la collocazione stessa della residenza nella comunità sociale. " (Predazzi et al., cit.: 200-201)

Ma tale intergenerazionalità si realizza a più livelli. Innanzitutto, come già accennato, a livello di integrazione territoriale delle strutture abitative. Esse devono essere accessibili, ben integrate nella rete relazionale e di servizi sociali, culturali, sanitari, commerciali (con rapporti continuativi e non estemporanei con le istituzioni scolastiche del territorio ad esempio) e, possibilmente, nella rete relazionale di origine degli anziani (il paese, il quartiere dove vivono parenti e conoscenti). È il contesto urbano la tela di fondo su cui inserire il discorso delle abitazioni per anziani. Inoltre tali strutture devono essere polifunzionali, cioè devono essere fruibili e in grado di offrire servizi non solo agli anziani ma a tutta la popolazione in generale. Che siano cioè luoghi di vita per tutti (ad esempio ospitando al loro interno *kinderheim*, negozi, aree gioco per i più piccoli, uffici per l'espletamento di pratiche burocratiche e amministrative ecc.). Il fatto che poi, come già ampiamente detto, esistano forme e gradi diversi di fragilità e di dipendenza dà ancor più valore all'esigenza di sperimentare forme di residenzialità assistita intermedie e variegate ("residenzialità leggera") rispetto, da una parte, alla vita nel proprio domicilio privato, con i rischi e i pericoli che comporta, e, dall'altra, all'istituzionalizzazione in una casa di riposo che porta alla definitiva marginalizzazione della persona e talvolta alla sua totale depauperazione di identità.

Le caratteristiche progettuali di queste nuove forme di residenzialità sono quelle di essere strutture di dimensioni più contenute, con una forte caratterizzazione domestica, cioè che abbiano le caratteristiche di un'abitazione e non di un ospedale, che facilitino il mantenimento o la creazione di contatti sociali e che siano orientate e predisposte a sostenere le persone nelle varie fasi dell'invecchiamento, da quelle indipendenti a quelle

con un livello di vita più assistito, che soprattutto offrano sicurezza. In tali strutture la cura dell'aspetto relazionale risulta quindi più sviluppata e centrale[66]. Queste caratteristiche consentono agli ospiti di mantenere la loro identità, di non sentirsi espulsi dalla vita sociale e da quelle relazioni che danno senso all'esistenza.

A fronte di queste nuove acquisizioni appare evidente come le tradizionali "case di riposo" per anziani (generalmente le RSA-Residenze Sanitarie Assistite) risultino ormai inadeguate pur se inevitabilmente necessarie per le famiglie e gli anziani che si trovino in determinate condizioni. Esse conservano la loro funzione per ospitare anziani in condizione di quasi totale dipendenza ma non sono certamente adatte ad ospitare persone in condizioni di fragilità e che conservano gradi intermedi o iniziali di dipendenza.

Il modello delle case di riposo ha una lunga storia: alle sue origini vi sono le istituzioni custodialistiche dell'800 - orfanotrofi, ospizi per poveri e caserme, carceri e ospedali psichiatrici) - istituzioni definite "totali" in quanto inglobano in esse l'intera esistenza di chi ne è ospitato (Goffman, 1961). A partire dagli anni 60 gli studi su questo genere di istituzioni si sono concentrati soprattutto su quelle carcerarie (Foucault, 1975) e per malattie mentali (Jones, 1962, Foucault, 1963, Basaglia & Basaglia-Ongaro, 1968) ma le caratteristiche evidenziate per questo particolare tipo di istituzioni valevano anche per quelle per anziani: esclusione/separazione/segregazione dalla vita esterna per le persone istituzionalizzate, controllo costante degli "ospiti", organizzazione regolamentata in modo rigido, autoritario e dall'alto della vita interna. Un tempo le case di riposo si presentavano fatte su modello delle caserme militari, con camerate e grandi cortili e pochi servizi, per persone bisognose solo di un tetto e di un pasto caldo. Garantivano la semplice custodia e sopravvivenza dell'anziano ospite, con livelli di cura e di assistenza ridotti al minimo[67]. Erano sostanzialmente un modo per non far morire per strada chi non aveva più altre prospettive di vita davanti a sé che non la morte e che non aveva persone vicine che si occupassero di lui. Queste strutture non solo isolavano l'ospite rispetto alla società esterna ma erano a loro volta isolate rispetto al mondo esterno. Erano luoghi per dimenticati, che divenivano spesso anche luoghi dimenticati in quanto la vita che vi si svolgeva non aveva più alcun rapporto con la vita esterna e i suoi modelli (Olcese, cit.), dei "non-luogo", cioè luoghi anonimi, impersonali, senza storia (Augé, 1992).

[66] È questo che spiega la pertinenza dell'utilizzo della parola *habitat* per indicare tale tipo di residenzialità, come ripetutamente ribadito nell'intervista rilasciataci da Marco Predazzi e da noi ampiamente riportata più avanti.

[67] Questo livello minimale e impersonale di assistenza era attenuato dall'atteggiamento caritatevole e di benevolenza verso l'anziano garantito dal personale religioso (e, quando non religioso, laico ma mosso da principi filantropici), in quanto molte di queste istituzioni erano legate alla Chiesa, a congregazioni religiose o a organizzazioni filantropiche laiche.

Negli anni 60 del secolo scorso questo modello assistenziale per anziani ha assunto caratteristiche più sanitario-ospedaliere, secondo l'identificazione *tout court* della vecchiaia con la malattia. Gli edifici erano realizzati con camere affacciate su lunghi corridoi e con la centralità data a infermerie e ambulatori medici con salotti e salottini che sembravano sale d'aspetto di ambulatori. Ancora negli anni 90, almeno nel nostro Paese, esse conservavano queste caratteristiche:

> "Basti pensare, oltre ai locali medici e infermieristici, alla quantità di servizi igienici, vuotatoi e lavapadelle rispetto alle diverse necessità della popolazione odierna, per l'80% portatrice di presidi per incontinenza o cateteri vescicali. Oppure, alla quantità di palestre offerte a persone totalmente dipendenti e con potenziale riabilitativo ridotto o assente." (Giunco, 2016).

L'ampio percorso della ricerca scientifica documentato in precedenza, che ha portato alla fine dell'identificazione vecchiata=malattia e all'affermarsi della cultura dell' "arco di vita", fa capire come ormai anche questo tipo di istituzioni sia da considerare superato e che occorrono invece nuovi modelli abitativi che valorizzino la domiciliarità, la socializzazione ma anche l'intimità degli ospiti e che quindi si configurino come appartamenti con una maggiore attenzione agli spazi privati e privato-sociali, con una netta separazione tra luoghi di vita e locali di cura o di servizio proprio per ridurre negli anziani ospiti la percezione di essere in una condizione di malattia.

4 - LO STATO DI SALUTE DEGLI ANZIANI E DEL LTC IN ITALIA

4.1 - Il forte divario tra sessantacinquenni e ultraottantenni

Una recente indagine Istat sulle condizioni di salute, fragilità e dipendenza della popolazione anziana in Italia anche in rapporto con gli altri paesi dell'UE, pubblicata nel 2017 ma riferita all'anno 2015, mette in luce in maniera ampia ed esaustiva la condizione delle persone over 65 nel nostro Paese. Se la speranza di vita oltre i 65 anni per la popolazione italiana è superiore di un punto percentuale alla media del paesi UE (18,9 per gli uomini e 22,2 per le donne contro 17,9 e rispettivamente 21,2), ben diverso è il caso per la speranza di vita in buona salute. Questa si presenta ai livelli più bassi in Europa soprattutto per quanto riguarda la popolazione femminile. Per l'Italia si ha un dato di 13,7 anni per gli uomini e 14,3 per le donne (contro i 14,4 e rispettivamente 15,8 in Europa). È comunque un dato che conferma il fatto che la condizione di buona salute degli anziani si avvicina ormai in media agli 80 anni. Per quanto riguarda la speranza di vita senza limitazioni per l'Italia si ha un dato di 7,8 per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte di un 9,4 della media europea per entrambi i sessi. Qui si evidenziano due dati: che la vita in buona salute può coesistere con talune limitazioni e che riguardo a queste ultime la differenza di genere è quasi scomparsa (Istat. Statistiche Report, 26 settembre 2017).

Riguardo alla presenza di malattie e di limitazioni nelle persone suddivise per fasce di età i dati mostrano un graduale e progressivo peggioramento man mano che si passa dai 65 agli 80+ anni. Le persone tra 65 e 69 anni che presentano almeno una patologia cronica grave sono il 30,8%. La quota quasi raddoppia tra gli ultraottantenni (59,0%). Il 37,6% delle persone tra 65 e 69 anni riporta almeno tre patologie croniche, a fronte del 64,0% degli ultraottantenni. Nel caso delle limitazioni motorie, l'incremento delle prevalenze è ancora più rilevante, passando dal 7,7% tra 65-69enni al 46,5% tra gli over80. Le limitazioni sensoriali (gravi difficoltà nella vista o nell'udito) passano dal 5,1% al 29,5%, con una quota complessiva di anziani pari al 5,6% che mostra gravi difficoltà di vista o cecità e il 12,2% con gravi difficoltà di udito o totale sordità. Tra le donne si osservano maggiori prevalenze di multicronicità e comorbilità (55,2% contro 42,4% degli uomini) e limitazioni motorie (28,7% contro 15,7%) e sensoriali (17,0% contro 12,7%); maggiore invece la prevalenza di malattie croniche gravi per gli uomini (46,4% contro 43,4%)[68]. (**Tab. 4.1**)

[68] La multicronicità o comorbilità si ha quando la persona è affetta da tre o più delle seguenti malattie: asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio; malattia coronaria o angina pectoris; ipertensione; altre malattie del cuore; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi; patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra

Tab. 4.1 - Condizioni di salute delle persone over 65 in Italia, per classi di età e sesso (valori percentuali). Anno 2015

Classe Di età	Almeno una malattia cronica grave			Multicronicità (3 o più malattie)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 +	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 +	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Fonte: Istat. Statistiche Report del 26 settembre 2017 (dati al 2015)

Per limitazioni motorie si intendono difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure a salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto. Le limitazioni sensoriali sono costituite dalla difficoltà a vedere con o senza occhiali oppure a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici[69]. Il Report dell'Istat del 27 aprile 2020, relativo alla popolazione over 75 al 1 gennaio 2019, riporta la quota del 43% delle persone 75+ che dichiarano 3 o più patologie croniche (48,1 tra le donne e 33,7 per gli uomini), anche se l'elenco dettagliato riportato nel glossario finale presenta un numero inferiore di patologie rispetto a quelle elencate nel report del 2017 e forse è a ciò che si devono i dati discordanti. La percentuale complessiva, sempre nel report più recente, sale al 47% tra gli over 80 (Istat. Statistiche Report, 27 aprile 2020).

Interessante è anche la rilevazione della tipologia di malattie e limitazioni motorie e sensoriali divise per sesso e rapportate ai dati UE (**Tab. 4.2**). Da essi emerge che nelle donne anziane è più elevata la prevalenza di artrosi (58,4% contro 34,1% degli uomini), patologie lombari (38,8% contro 26,6%) o cervicali (33,9% contro 21,8%), depressione (14,7% contro 7,5%). Negli uomini anziani è maggiore la prevalenza per infarto del miocardio (8,7% contro 3,8% nelle donne), bronchite cronica ed enfisema (13,7% contro 11,8%). Le differenze di genere si riscontrano anche nella media dell'UE28: per le patologie croniche emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni) e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni, in particolare per l'artrosi. La

natura; cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica; problemi renali; insufficienza renale cronica; depressione; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; Parkinsonismo; altra malattia cronica (Istat, Report, 2017).

[69] I criteri adottati nell'indagine Istat per la determinazione della fragilità differiscono evidentemente da quelli da quelli indicati dagli studi di Linda Fried (vedi sopra cap. 3.3).

versione italiana dell'indagine europea sulla salute consente anche di stimare la presenza di patologie croniche maggiormente legate al processo di invecchiamento, come l'Alzheimer e le demenze senili che raggiungono, complessivamente, il 10,2% tra le ultrasettantacinquenni.[70]

Tab. 4.2 - Presenza delle principali malattie croniche e di gravi limitazioni motorie per classi di età e sesso, in Italia e nei Paesi UE (valori percentuali). Anno 2015

Malattie croniche e limitazioni funzionali		65-74			75+		
		M	F	MF	M	F	MF
Artrosi	Ue 28	27,1	44,5	37,0	32,6	50,7	43,4
	Ita	34,1	58,4	47,9	43,1	67,1	57,5
Patologia lombare	Ue 28	30,7	39,8	35,9	33,0	42,8	38,8
	Ita	26,6	38,8	33,5	28,9	42,5	37,1
Patologia cervicale	Ue 28	19,6	29,2	25,0	20,6	29,7	26,0
	Ita	21,8	33,9	28,7	23,1	34,6	30,0
Diabete	Ue 28	19,3	16,6	17,8	20,8	18,7	19,6
	Ita	19,2	16,9	17,9	21,6	20,1	20,7
Incontinenza urinaria	Ue 28	12,8	16,6	15,0	18,9	22,6	21,1
	Ita	13,9	15,4	14,7	20,5	23,1	22,1
Bronchite cronica, enfisema	Ue 28	10,2	8,9	9,5	12,8	10,3	11,3
	Ita	13,7	11,8	12,6	19,2	14,6	16,4
Depressione	Ue 28	5,8	11,1	8,8	6,5	12,4	10,0
	Ita	7,5	14,7	11,6	9,5	16,9	13,9
Infarto del miocardio	Ue 28	6,5	3,4	4,7	8,3	4,5	6,0
	Ita	8,7	3,8	6,0	10,3	5,4	7,3

Fonte: Istat. Statistiche Report del 26 settembre 2017 (dati al 2015), dati selezionati

Riguardo alle attività di cura della persona (ADL) la presenza di patologie cronico-degenerative e il relativo dolore che esse provocano condiziona notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani e comporta una progressiva riduzione nell'autonomia. L'11,2% di loro infatti (1 milione e 400mila persone) presenta gravi difficoltà in almeno un'attività. Si tratta in gran parte di ultrasettantacinquenni (1 milione e 200mila, circa uno su cinque degli over 75). L'attività quotidiana di cura personale nella quale gli anziani sono meno autonomi è fare il bagno o la doccia da soli (10,3%), seguito da sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (7,3%), vestirsi e spogliarsi (7,3%), usare i servizi igienici (6,5%) ed infine mangiare da soli (3,6%). Quasi il 7% degli anziani presenta gravi

[70] La lista delle malattie croniche gravi comprende: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno, parkisonismo, Alzheimer, insufficienza renale cronica (Istat Report 2017 - Glossario).

difficoltà in tre o più attività e tale quota sale al 12% tra gli ultrasettantacinquenni (**Tab. 4.3**).

Tab. 4.3 - Persone 65+ con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) divisi per sesso e fasce d'età (valori percentuali). Anno 2015

Gravi difficoltà nelle ADL	Maschi			Femmine			Totale		
Fasce d'età	65-74	75+	totale	65-74	75+	totale	65-74	75+	Totale
Tipo di attività									
Farsi il bagno o la doccia	2,2	11,7	6,6	3,2	21,8	13,2	2,7	17,8	10,3
Sdraiarsi o alzarsi dal letto/sedersi e alzarsi da una sedia	1,7	8,7	5,0	2,4	14,7	9,0	2,1	12,3	7,3
Vestirsi e spogliarsi	1,7	8,9	5,0	2,0	15,1	9,1	1,9	12,6	7,3
Usare i servizi igienici	1,4	7,8	4,3	1,6	13,7	8,1	1,5	11,4	6,5
Mangiare da soli	1,1	4,1	2,5	1,0	7,3	4,4	1,1	6,0	3.6
Numero di attività									
Una	0,6	3,2	1,8	1,3	6,5	4,1	1,0	5,2	3,1
Due	0,3	1,3	0,8	0,6	2,1	1,4	0,5	1,8	1,1
Tre o più	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2

Fonte: Istat. Statistiche Report del 26 settembre 2017 (dati al 2015)

Riguardo alle limitazioni nelle attività strumentali di tipo domestico (IADL), la stima è che complessivamente il 30,3% degli anziani (circa quattro milioni) ha gravi difficoltà nel loro svolgimento; dopo i 75 anni la quota aumenta a quasi 1 anziano su 2 (47,1%). Le difficoltà maggiori riguardano le attività domestiche pesanti (29,8% degli anziani). Seguono attività come fare la spesa (17,0%), svolgere attività domestiche leggere (15,0%) e poi le altre, gestire le risorse economiche e le attività amministrative (13,5%), preparare i pasti (11,5%). Quote inferiori di anziani invece riferiscono gravi difficoltà nel prendere le medicine (8,5%) e usare il telefono (7,3%). Le donne evidenziano più difficoltà degli uomini sia nelle attività di cura della persona (14,1% donne contro 7,3% uomini) (**Tab. 4.3**) sia nelle attività domestiche (37,9% donne contro 20,4% uomini) (**Tab. 4.4**). Rispetto agli altri paesi dell'area UE le differenze maggiori si hanno tra gli ultrasettantacinquenni (grave ADL: 19% Italia, 14,9% UE; grave IADL: 47,4% Italia, 39,2% UE). Ciò però può essere in parte dovuto alla presenza in Italia di una quota di ultraottantenni più elevata (6,5% contro 5,3% nella

Ue) e in parte alla minore quota di anziani istituzionalizzati che si riscontra in Italia rispetto ad altri Paesi (ad esempio è dl 3,3% in Germania e del 2% in Italia)[71] e la ricerca UE di riferimento non prende in considerazione la popolazione istituzionalizzata. Infine mentre in tutti i Paesi europei si rileva un netto svantaggio femminile nella progressiva perdita di autonomia, in Italia, come in Spagna, le percentuali sono superiori sia nella cura della persona (14,2% Italia contro 10,8% della media UE) sia nelle attività domestiche (38,3% donne Italia contro 31,6% donne in media UE).

Tab. 4.4 - Persone 65+ con gravi difficoltà nelle attività domestiche (IADL) divisi per sesso e fasce d'età (valori percentuali). Anno 2015

Gravi difficoltà nelle IADL	Maschi			Femmine			Totale		
Fasce di età	65-74	75+	totale	65-74	75+	totale	65-74	75+	Totale
Tipo di attività									
Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti	8.0	34,1	19,7	15,8	54,9	36,8	12,3	47,3	29,8
Fare la spesa	3,9	18,2	10,4	6,1	35,4	21,8	5,1	28,8	17,0
Svolgere attività domestiche leggere	4,7	20,0	11,7	4,9	27,7	17,2	4,8	24,9	15,0
Gestire risorse economiche e attività amministrative abituali	3,2	15,0	8,6	4,6	28,2	17,2	4,0	22,9	13,5
Preparare i pasti	4,0	15,5	9,2	3,0	21,6	12,9	3,5	19,4	11,5
Prendere le medicine	2,2	11,4	6,5	1,9	17,0	10,0	2,0	14,8	8,5
Usare il telefono	1,5	10,8	5,8	1,6	14,5	8,5	1,6	13,0	7,3
Numero di attività									
Una	4,2	11,9	7,8	9,0	17,5	13,6	6,8	15,3	11,1
Due	1,4	4,2	2,7	2,3	8,2	5,5	1,9	6,6	4,3
Tre	0,6	3,9	2,2	1,7	5,9	3,9	1,4	5,1	3,2
Quattro e più	2,9	13,3	7,7	3,5	24,5	14,8	3,2	20,1	11,7
Gravi difficoltà in almeno una attività domestica (IADL)	9,2	33,3	20,4	16,6	56,1	37,9	13,1	47,1	30,3

Fonte: Istat. Statistiche Report del 26 settembre 2017 (dati al 2015)

Particolarmente grave, rispetto alla riduzione di autonomia, è la condizione degli anziani che vivono soli. Di essi il 43,2% presenta gravi difficoltà nell'attività di cura della persona (quasi il 10% in più rispetto agli anziani che vivono in coppia con o senza i figli). In un confronto di genere risultano in netto svantaggio le donne che, per il 52,6%, vivono sole pur in presenza di grave compromissione dell'autonomia. Gli uomini la contrario, nella

[71] OECD, Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

stragrande maggioranza vivono la loro situazione di compromissione in coppia e sono quindi potenzialmente assistiti dai *partner*. (**Tab. 4.5**)

Tab . 4.5 - Persone over 65 con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) o nelle attività domestiche (IADL) suddivise per sesso, classe di età e tipologia famigliare (valori percentuali). Anno 2015

Contesto famigliare	Gravi difficoltà nelle ADL			Gravi difficoltà nelle IADL			Totale popolazione anziana		
	65-74	75+	Totale	65-74	75+	totale	65-74	75+	Totale
Maschi									
Solo	5,9	22,8	19,6	13,0	27,1	23,7	13,3	22,0	17,3
Coppia senza figli	39,1	52,7	50,1	46,8	52,1	50,8	51,6	57,2	54,2
Coppia con figli	29,4	13,9	16,9	26,8	11,2	15,0	26,2	12,6	19,9
Altre famiglie	15,2	5,6	7,5	8,2	5,6	6,3	6,4	4,4	5,5
Membro aggregato	10,3	4,9	5,9	5,2	3,9	4,2	2,5	3,9	3,1
totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Femmine									
Solo	33,3	55,3	52,6	31,2	55,0	50,2	23,7	50,6	38,2
Coppia senza figli	32,1	17,0	18,9	37,1	18,8	22,5	44,7	25,4	34,3
Coppia con figli	6,2	2,0	2,6	10,5	3,3	4,8	14,0	4,4	8,9
Altre famiglie	14,8	10,4	10,9	12,1	11,1	11,3	11,2	9,9	10,5
Membro aggregato	13,5	15,3	15,1	9,0	11,8	11,2	6,4	9,7	8,2
totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totale									
Solo	23,0	46,6	43,2	25,2	47,1	42,5	18,8	39,2	29,1
Coppia senza figli	34,8	26,5	27,7	40,3	28,2	30,8	48,0	38,0	42,9
Coppia con figli	15,0	5,2	6,6	15,9	5,6	7,8	19,8	7,7	13,6
Altre famiglie	15,0	9,1	9,9	10,8	9,6	9,8	8,9	7,7	8,3
Membro aggregato	12,3	12,5	12,5	7,7	9,6	9,2	4,6	7,4	6,0
totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Istat. Statistiche Report del 26 settembre 2017 (dati al 2015)

L'indagine continua rilevando come le condizioni di salute, anche nell'avanzare dell'età, sono migliori per i possessori di titolo di studio e di reddito più elevato, confermando con ciò l'influenza che le disuguaglianze culturali e socio-economiche hanno nel determinare le differenze nello stato di salute. Il principale indicatore di salute, la speranza di vita, varia infatti in base al variare del titolo di studio: un laureato ha una speranza a 65 anni di 20

anni (22,9 per le donne) mentre per un possessore solo di licenza elementare la speranza è di 17,8 (21,6 per le donne). Analoghe se non maggiori sono le differenze rispetto alla presenza di cronicità e di limitazioni motorie. Rispetto alle condizioni economiche la multicronicità ad esempio si attesta al 55,7% nel primo quinto di reddito (il livello più basso) mentre giunge al 40,6 % nell'ultimo. Ampi divari si confermano anche rispetto alla riduzione di autonomia nelle ADL (13,2% contro 8,8%) e nelle IADL (35,7% contro 22,0%) (Istat. Statistiche Report, 26 settembre 2017: 7 e segg.). Un fenomeno tipicamente italiano è la grande differenza territoriale. I dati peggiori riguardo alle condizioni di salute sono rilevati nel Sud (e anche tenendo conto che la maggior percentuale di anziani ricoverati nei presidi residenziali è al Nord, il *gap* territoriale rimane consistente) (Ibid: 9).

Un ultimo dato emergente dalle rilevazioni del report dell'Istat riguarda l'accesso all'assistenza ospedaliera e il consumo dei farmaci da parte degli anziani. Rispetto a questi i livelli nel nostro Paese sono inferiori alla media europea. L'Italia è all'ottavo posto nei tassi di ricovero dei Paesi UE e, riguardo al consumo dei farmaci prescritti, il 65,7% degli anziani in Italia ne fa ricorso contro l'82,2% della media dei paesi UE. La differenza aumenta in maniera consistente rispetto ai farmaci non prescritti, che non vengono percepiti come essenziali ed inoltre probabilmente hanno costi maggiori (15,4% contro il 31% dei paesi UE). La percentuale dei ricoveri per gli anziani sale del 150% rispetto alla media per coloro che sono affetti da malattie croniche e del 200% per coloro che hanno una grave riduzione di autonomia nelle ADL. Più avanti si avrà modo di segnalare come il ricovero ospedaliero sia sempre più usato dagli anziani come forma di assistenza in alternativa a quella domiciliare e a quella residenziale in condizioni di emergenza[72].

Sotto questo aspetto, però, il dato più drammatico riguarda la quota di anziani che rinuncia all'assistenza sanitaria (visite mediche, analisi cliniche e diagnostiche, prestazioni dentistiche, farmaci costosi ecc.) per problemi economici, lunghezza eccessiva delle liste d'attesa o difficoltà di accesso con i mezzi di trasporto. Questa rinuncia, nel 2015, ha riguardato il 12,5% degli over 65 e anche qui con prevalenza femminile (13,5% contro l'11,1 degli uomini). I dati aumentano nel Mezzogiorno e nelle aree più densamente popolate del Centro-sud. (Ibid: 14-15)[73]

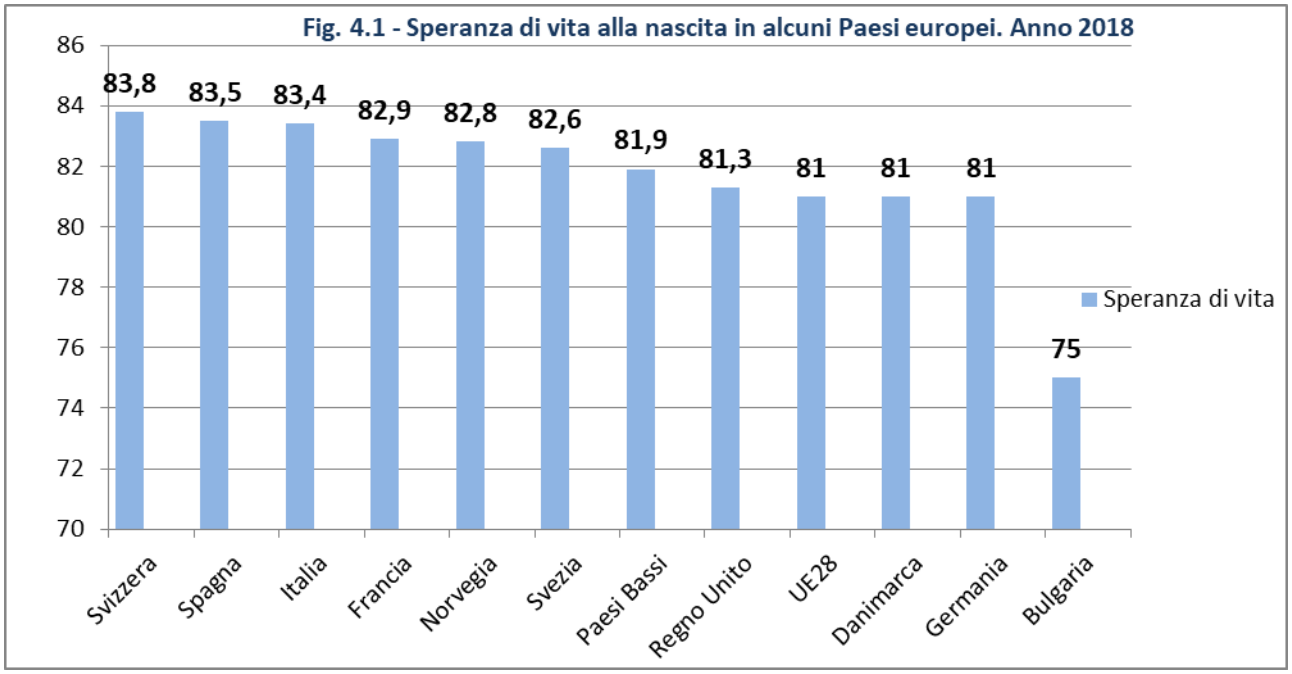
Riguardo alle reti di sostegno il dato emergente dall'indagine è che il 25% di anziani (uno su quattro) ha la percezione di poter contare su una solida rete di sostegno sociale (la percentuale sale al 27,2% tra gli ultra-settantacinquenni) mentre il 18% dichiara di ritenere

[72] Si veda più avanti nota 79.

[73] Un'analoga inchiesta, condotta nel 2010 da parte della SIGG, su dati ASL relativi al biennio 2006-2008 confermava come con l'avanzare dell'età e col passaggio dai 65 agli 85 anni, le visite mediche di controllo e le prescrizioni farmacologiche degli anziani si dimezzavano drasticamente e la spesa pro-capite del SSN passava da 1.016 a 453 euro l'anno (SIGG, Fondazione Sanofi-Aventis, 2010).

scarso tale supporto (anche qui la quota sale al 18,5 tra gli ultrasettantacinquenni), senza evidenziare rilevanti differenze di genere. La situazione è più grave per le persone sole: tra esse sono gli uomini che avvertono un maggiore senso di abbandono rispetto alle donne (24,7 rispetto al 20,2). Complessivamente il 58% degli anziani con gravi difficoltà nelle ADL vorrebbe ricevere un aiuto o un supporto maggiore, con prevalenza degli uomini (64,3 contro il 55,6). La percezione di uno scarso supporto sociale è più forte nelle aree più densamente popolate del nord e del sud; mentre al centro e nelle isole è maggiormente percepita nelle aree scarsamente o mediamente popolate. (Ibid: 10-11)[74]

Il rapporto annuale dell'Istat del 2020, imperniato in gran parte sull'analisi degli esiti della pandemia da Covid 19, offre interessanti indicazioni circa la speranza di vita nel nostro Paese raffrontata a quella degli altri Paesi europei. In relazione alla speranza di vita alla nascita l'Italia, con 83,4 anni, si pone al terzo posto dopo Svizzera e Spagna (**Fig. 4.1**)



Fonte: Eurostat, in Istat. Annuario 2020, dati selezionati. Il dato riguardante l'Italia è leggermente diverso da quello riportato nella fig. 2.8 che proviene dalla banca dati Istat

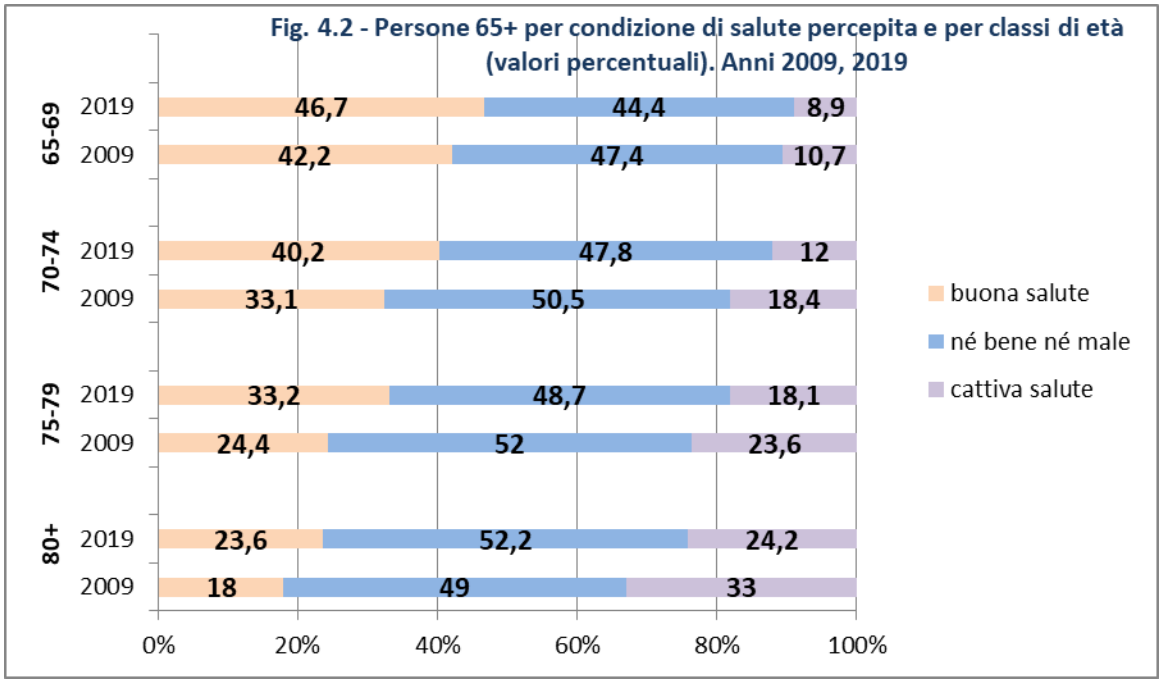
Anche i dati riguardanti la speranza di vita a 80 anni sono incoraggianti perché l'Italia con 10 anni si pone al quarto posto in Europa (al primo la Francia con 10,8). Meno positivi sono

[74] Questi dati sono ottenuti mediante l'indicatore OPSS (Overall Perceived Social Support), condiviso a livello europeo. Esso si basa su tre quesiti miranti ad accertare quante persone l'intervistato sente vicine in caso di difficoltà, il grado di attenzione ricevuto dalle persone intorno e la possibilità di aiuto pratico da parte dei vicini di casa. Esistono altre scale di misurazione del grado di solitudine ampiamente utilizzate, tra queste la Lubben Social Network Scale che misura l'adeguatezza della rete di supporto informale negli aspetti sia quantitativi che qualitativi (Lubben & Gironda, 2004) e la De Jong-Gierveld Scale che si basa, tra gli altri, sul numero di persone a cui ci si può rivolgere in caso di bisogno (De Jong-Gierveld & Van Tilburg, 2010).

invece i dati riguardanti la sopravvivenza in buona salute. Qui il nostro Paese scende al 5° posto per la speranza di vita senza limitazioni alla nascita con 66,2 anni per i maschi, dopo la Svezia (al primo posto con 73,2 anni), Malta, la Spagna e l'Irlanda, pur mantenendo un vantaggio di 2,7 anni rispetto alla media europea. Per le donne, invece l'Italia si colloca al 6° posto, con 2,4 anni in più rispetto alla media.

Riguardo poi alla speranza di vita in buona salute ai 65 anni questa è aumentata negli ultimi 10 anni passando da 5,6 del 2009 a 7,3 nel 2019 (in sostanza al raggiungimento dei 65 anni gli uomini hanno davanti a sé ancora più del 40% del tempo di vita rimanente da trascorrere in buona salute, le donne il 30%). Anche la speranza di vita senza limitazioni ai 65 anni ha fatto registrare miglioramenti: la popolazione a 65 anni ha guadagnato infatti oltre un anno nella speranza di vita in assenza di limitazioni (da 8,8 nel 2009 a 9,9 nel 2019). A 80 anni, un uomo può aspettarsi di vivere senza limitazioni nelle attività quasi 4 anni e circa altri 5 anni con limitazioni; per le donne, gli anni senza limitazioni a 80 anni sono 3,4 e circa altri 7 saranno da vivere con probabili limitazioni nelle attività. Rispetto al passato anche recente, gli anni di vita guadagnati hanno comunque posticipato il tempo da trascorrere con limitazioni.

Anche l'analisi della condizione di salute percepita negli ultimi 10 anni rivela significativi miglioramenti. La quota degli ultraottantenni scontenti per il proprio stato di salute è scesa a circa il 25%. (**Fig. 4.2**)



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana. Anni 2009, 2019 (dati selezionati). Istat. Rapporto 2020

Permane qui una differenza di genere in quanto le donne che si dichiarano in buona salute nel 2019 sono il 21% (contro il 28 degli uomini) e quelle che si dichiarano in cattiva salute

sono il 26% (il 21 tra gli uomini) ma si deve tener presente il numero maggiore di donne in valori assoluti rispetto agli uomini in questa fascia di età. Il dato degli anziani maschi over 80 con tre o più patologie croniche è sceso nel 2019 al 38,8% (era il 43,2 nel 2000) (Questi dati non sono immediatamente raffrontabili con quelli riportati nella tab 4.1 relativa al 2015, in quanto in quella tabella i dati si riferivano alla popolazione over 75). Si rileva invece un lieve aumento per le donne (da 50,3% a 52,4%). Circa la metà degli ultraottantenni lamenta gravi difficoltà motorie (il 53,2% tra le donne e il 35,2% tra gli uomini). Le difficoltà uditive colpiscono circa un ottantenne su cinque, quelle visive il 7% degli uomini e il 13,7 delle donne.

L'ultimo dato interessante riguarda le limitazioni nelle ADL. Gli ultraottantenni che non presentano problemi riguardo a queste attività sono il 57% dei maschi e il 40% delle donne. L'autonomia nelle ADL è gravemente compromessa per circa un milione di over 80 (i 3/4 dei quali sono donne). Sono invece 2,3 milioni (il 59% degli over 80) coloro che soffrono limitazioni riguardo alle IADL con una differenza anche qui tra uomini e donne (uomini il 45,3% e donne il 68,1%).

4.2 - Un breve excursus sul sistema LTC in Italia

Prima di procedere oltre nel lavoro si rende necessario un breve excursus riguardo alla situazione complessiva del sistema assistenziale LTC in Italia in questi ultimi anni. Ciò allo scopo di delinearne le caratteristiche principali e le linee evolutive, enuclearne le cifre ed individuarne le criticità, anche se muoversi in questo campo è estremamente difficile per tre ordini di ragioni: i dati disponibili sono parziali, non sufficienti, non sempre forniti con tempestività (in alcuni casi non sono recentissimi); sono eterogenei per fonte ed anno di riferimento; sono disomogenei per oggetto di rappresentazione e per perimetro di analisi. Per questo motivo gli analisti del settore devono fare un lungo lavoro di ricomposizione di un *puzzle* eterogeneo, ricomposizione che non sempre porta a risultati univoci (Fosti & Notarnicola, 2018).

Fatta questa premessa ed entrando in merito all'argomento, è un fatto ormai consolidato che il modello prevalente di assistenza nel nostro Paese è quello della domiciliarità. Il confronto in termini numerici fra assistenza domiciliare e residenzialità infatti è a tutto vantaggio del primo modello. Approssimativamente vi fanno ricorso più di 2 milioni di anziani per i vari servizi istituzionalizzati, a cui va aggiunto, con dimensioni difficilmente quantificabili, l'intervento delle badanti e il lavoro dei *caregivers* famigliari. Gli anziani assistiti nelle strutture residenziali sono invece poco più di 285.000 (dati riferiti al 2016). (**Tab. 4.14**)

Rispetto all'Europa l'Italia si colloca tra i Paesi col più basso numero di anziani ricoverati nelle strutture residenziali. La media continentale si aggira infatti intorno al 5% con quote

più elevate nel nord Europa in Paesi quali Belgio, Svezia, Paesi Bassi oltre alla Francia, e quote più basse registrate nel sud Europa (Grecia, Spagna, Portogallo oltre all'Italia, che si attesta intorno al 2%) (Pesaresi, 2007). Anche nei Paesi a più alto sviluppo di residenzialità si sta però ultimamente invertendo la rotta con una riduzione del numero degli anziani assistiti nelle strutture residenziali sia in termini assoluti che percentuali (ibid.). In Paesi quali Austria, Francia, Danimarca, Germania, Svezia si sta andando verso forme di *deistitutionalisation* mediante lo sviluppo di servizi di comunità (*community based services*) alternativi ai ricoveri residenziali tradizionali. Il fenomeno in questi Paesi è il risultato di specifiche politiche tese a contenere i costi dell'assistenza e a favorire una migliore qualità della vita dell'anziano presso il proprio domicilio soprattutto in ordine al fatto che i servizi residenziali di tipo tradizionale si caratterizzano per una rigida separatezza della persona dalla propria comunità e di conseguenza per una limitazione nei suoi diritti fondamentali. In Italia questo fenomeno, che pure si sta evidenziando nella forma di una "rifamilizzazione del *care*" (Trifiletti, 2011; Gori & Rusmini, 2015), non è l'esito di decisioni politiche coerenti ma si verifica in maniera spontanea come frutto di scelte autonome delle famiglie che, a causa delle crescenti difficoltà a far fronte ai costi della assistenza residenziale in un quadro di "inerzia sostanziale" dei decisori politici (Costa, 2013), stanno di fatto frenando in modo significativo il ricorso all'istituzionalizzazione**.**

Date queste premesse è facile capire come nel nostro Paese, dove si oscilla tra la domiciliarità e la residenzialità tradizionale come due scelte estreme, le dinamiche avviate dalle nuove riflessioni sull'invecchiamento e dalle proposte di residenzialità "leggera" non abbiano ancora fatto breccia in modo diffuso e coerente, salvo il sorgere di pochi significativi casi-pilota, uno dei quali è oggetto della presente indagine. Concetti come variabilità, plasticità, intergenerazionalità stentano ancora ad essere riconosciuti e a trovare attuazione sia sul piano della proposta e dell'organizzazione dei servizi per gli anziani che su quello normativo e legislativo.

4.2.1 - La domiciliarità

In Italia i servizi domiciliari sono forniti da due enti erogatori: i comuni, che gestiscono il SAD – Servizio Assistenza Domiciliare (con servizi spesso assegnati ad enti esterni sia profit che del privato sociale e che riguardano principalmente la fornitura di pasti caldi, la pulizia della casa ecc.) e le ASL che, in collaborazione con i comuni, forniscono la ADI –Assistenza Domiciliare Integrata, che garantisce interventi sul piano più strettamente sanitario. Si tratta di due servizi non sovrapponibili in quanto rispondono a bisogni differenti.

I trasferimenti in denaro: Indennità di Accompagnamento e voucher

L'assistenza domiciliare si esplica anche sotto forma di aiuti in denaro forniti direttamente all'assistito. Si tratta dell'Indennità di Accompagnamento per over 65 non autosufficienti, erogata dall'INPS con rivalutazione annuale, e che nel 2019 ammontava a517,84 euro

mensili. A questa si aggiungono forme di contribuzione sotto forma di *voucher* erogate da comuni e regioni e che si differenziano quindi tra le varie realtà locali. I criteri per la loro assegnazione e l'importo variano da ente a ente, ma in linea generale tengono in considerazione il reddito, il bisogno assistenziale e la presenza di particolari patologie, la presenza di *caregivers* informali. I beneficiari di assegni di cura sono generalmente soggetti a valutazioni e verifiche periodiche. La differenza principale tra l'IDA e i *voucher* è che questi ultimi possono essere utilizzati esclusivamente per l'acquisto sul mercato privato di determinati pacchetti di prestazioni presso operatori professionali riconosciuti e accreditati mentre l'IDA può essere usata dal beneficiario con estrema discrezionalità e può essere mantenuta anche tra le pareti domestiche come integrazione del bilancio della famiglia che ospita l'anziano.

Il ruolo dell'Indennità di Accompagnamento all'interno del sistema LTC italiano è molto importante. Essa costituisce una dei pilastri su cui si fonda l'intero sistema assistenziale e si è rivelata essere infatti, nel corso degli anni, la principale misura di supporto dello stato alle famiglie con persone non autosufficienti anche tenendo conto dei bassi livelli di copertura garantiti dagli altri servizi (ADI, SAD). Di fatto in Italia costituisce l'unico sostegno pubblico certo e disponibile per l'*aging in place* (OECD-OCSE, 2003). Come si evince dalla tab. 4.6, nel 2015 l'11,5% delle persone anziane beneficiava di tale indennità con una spesa complessiva di 10,4 miliardi di euro (si trattava di poco meno della metà circa della spesa pubblica complessiva per il LTC che arrivava all'1,89% del PIL (RGS. Rapporto n. 17 del 2016). Un'indagine relativa al 2013 (Fonte Auser su dati Istat) evidenziava come a beneficiarne fosse soprattutto la fascia d'età degli over 85 (il 48%, contro il 37,1 della fascia 75-84 e il 14,9 della fascia 65-74)

Tab. 4.6 - Beneficiari anziani over 65 dell'Indennità di Accompagnamento (IDA) (percentuale su totale popolazione over 65). Anni 2007-2015					
Regioni	**2007**	**2010**	**2013**	**2015**	**Differenza 2007-2015**
	Utenti (%)	Utenti (%)	Utenti (%)	Utenti (%)	
Piemonte	9,3	9,5	8,9	8,6	-0,7
Valle d'Aosta	9,1	9,8	10	9,2	0,1
Lombardia	9,9	10	9,7	9,5	-0,4
Liguria	11,1	10,8	9,9	9,5	-1,6
Trentino-A.A.	9	8,4	7,2	5,9	-3,1
P.A. Bolzano	8,5	6,8	4,7	3,5	-5
P.A. Trento	9,5	9,9	9,4	8	-1,5
Veneto	10,7	10,8	10,4	10	-0,7
Friuli-V.G.	11,9	11,5	10,4	9,9	-2
Emilia Romagna	11,2	10,9	9,9	9,3	-1,9
Toscana	11,3	11,3	10,3	9,7	-1,6
Umbria	19,1	19,6	16,8	16,1	-3
Marche	13,3	14	13,3	12,9	-0,4
Lazio	12,2	14	13,4	13,1	0,9
Abruzzo	14,1	14,9	13,8	13	-1,1
Molise	10,9	12,5	11,8	11,5	0,6
Campania	16,3	17,4	15,8	14	-2,3
Puglia	13,4	15,4	15	14,5	1,1
Basilicata	11,7	13,7	12,6	12	0,3
Calabria	17,3	17,9	17,9	17,1	-0,2
Sicilia	12,3	14,5	14,3	13,7	1,4
Sardegna	15,5	16,1	15,4	15	-0,5
Italia	**12**	**12,7**	**12**	**11,5**	**-0,5**

Fonte: NNA. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6°rapporto (2017-2018). Elaborazione su dati Istat

Criticità del servizio

Nonostante la diffusione relativamente ampia di questo servizio ed il fatto che sia molto apprezzato dagli utenti per l'ampia libertà d'uso che consente, non si possono non rilevare alcune criticità (Beltrametti, 2009; Gori, 2017; Ranci et. al. 2019). Innanzitutto manca uno strumento standardizzato di valutazione del bisogno in senso multidimensionale per cui si dà ampio spazio alla discrezionalità nelle valutazioni per l'assegnazione da parte delle commissioni sanitarie territoriali. Si creano così differenziazioni sul territorio in una sorta di "iniquità orizzontale". Inoltre, in una sorta di "iniquità verticale", l'importo uguale per tutti gli utenti (ad eccezione dei ciechi civili assoluti) non consente una risposta adeguata alle situazioni di bisogno che possono essere diverse tra loro (sia perché i bisogni assistenziali possono essere differenti da utente ad utente, sia perché gli utenti possono trovarsi in

condizioni economiche differenti)[75]. Inoltre non esiste neanche un monitoraggio sull'effettivo utilizzo di tale indennità rispetto agli scopi per i quali è stata assegnata né sulla qualità del servizio reso (Arlotti et al., 2017). È vero che l'IDA, in quanto importo forfettario, è una forma di compensazione economica gradita e utile agli utenti che hanno esigenze di assistenza meno gravi ma questa misura non si rivela adeguata per coloro che sono in situazioni più gravi e di accresciuta dipendenza. Inoltre questi trasferimenti in denaro non sono accompagnati da consulenza e informazioni per gli utenti, che spesso non sanno bene come farne uso e ricorrono alla forma più semplice delle badanti. Inoltre non sono legati alla stesura di un Piano Assistenziale Individuale che possa inserire questo intervento in una rete più complessa e integrata con altri servizi, né esistono vincoli circa l'utilizzo di questi fondi. Gli analisti del settore rilevano perciò la necessità di una profonda revisione dell'intero sistema delle indennità ma mostrano anche un certo pessimismo circa la possibilità che tale riforma possa avvenire a breve (Gori cit.,). D'altro canto, osservando la tabella, si nota che il numero degli anziani beneficiari dell'indennità in quasi tutte le regioni negli anni dal 2007 al 2015 è diminuito anche, in qualche caso, in misura consistente. Questo indica come le modalità di valutazione dei requisiti per la concessione delle indennità si sia fatta in questi ultimi anni più rigorosa e soggetta a controlli più stringenti da parte dell'INPS. Il fatto che la spesa complessiva per questo tipo si servizio sia andata aumentando nel tempo (vedi più avanti **Tab. 4.30**) non testifica un aumento del numero dei beneficiari, in quanto tale aumento è dovuto esclusivamente all'adeguamento inflazionario dell'indennità.

L'Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio che si occupa dell'erogazione, presso il domicilio della persona non autosufficiente e con bisogni elevati, di trattamenti sanitari e socio-sanitari forniti da personale specializzato (medico, infermiere, fisioterapista, OSS e altri). Si tratta dell'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare loro il ricorso inappropriato al ricovero presso strutture ospedaliere o residenziali. Inoltre serve a garantire la continuità assistenziale per pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere e che richiedono la prosecuzione delle cure. È un servizio previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[76] e quindi garantito dal SSN che lo espleta tramite le ASL. Comprende

[75] A tale proposito va comunque ricordato che nella maggior parte dei Paesi europei le misure di accompagnamento vengono fornite esclusivamente in base al bisogno assistenziale ed indipendentemente da requisiti economici. Questo perché l'assistenza agli anziani non autosufficienti è considerata un diritto di cittadinanza indipendentemente dalle disponibilità economiche e quindi per tutti e non solo per quelli che non possono permettersi soluzioni di tipo privato (alla stessa stregua della sanità). Spesso però, e qui sta la differenza rispetto all'Italia, se l'accesso al servizio è garantito a tutti, è l'importo richiesto al beneficiario ad essere graduato secondo il suo bisogno e le sue possibilità economiche (Gori 2017, cit.).

[76] I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini**,** gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione

prestazioni di tipo infermieristico (prelievi, somministrazione di terapie, mobilizzazione), riabilitative, mediche (visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali) e terapeutiche. In questi ultimi anni oltre ai tradizionali dati forniti dal Ministero della Salute (e che ci danno l'evoluzione del servizio nel tempo) si sono messi a punto sistemi di valutazione più ricchi e complessi con risultati non sempre comparabili tra loro (Barbabella et al., 2017) che però hanno il pregio di fornire la fotografia dello stato attuale del servizio[77]. Le elaborazioni realizzate mediante queste nuove valutazioni consentono di differenziare gli interventi di assistenza domiciliare in base ai livelli di intensità delle cure. In sostanza si considerano interventi di assistenza domiciliare solo quelli che hanno una frequenza superiore a una volta a settimana. Questo nuovo sistema di rilevazione non è ancora entrato a pieno regime in tutte le regioni e i primi dati da esso forniti risalgono al 2014 (Vetrano, 2018). La valutazione circa la presa in carico del paziente è di competenza delle ASL che agiscono in base a criteri regionali che servono non solo a confermare o meno la presa in carico ma anche a caratterizzare al meglio il bisogno dell'assistito avviando così la definizione del PAI (Piano di Assistenza Individualizzato). L'equipe multidisciplinare che redige il PAI stabilisce modalità e livello di intensità degli interventi, tempi, frequenza e durata degli stessi, tenendo conto che nel corso del tempo questi elementi della cura possono variare. Fondamentale rimane il coinvolgimento dei familiari/*caregivers* tramite attività di formazione e *training* erogati dagli stessi operatori a domicilio. Un professionista (generalmente un infermiere) all'interno dell'equipe si occupa di coordinare e supervisionare gli interventi in qualità di *case manager*. Il servizio è interamente gratuito e a carico del SSN in quanto inserito, come detto, nei Livelli Essenziali di Assistenza e può essere espletato direttamente da operatori delle ASL oppure da terzi accreditati

(ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). Questi servizi sono stati definiti ed aggiornati con un DPCM del 12 gennaio 2017 (G.U. del 18 marzo 2017 - Supplemento ordinario n.15) disponibile online in

http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&articolo=1

[77] Si tratta del Flusso ministeriale SIAD- Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (Decreti Ministeriali 17/12/2008: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali) avviato nell'ambito del cosiddetto Progetto Mattone del 2003, le cui principali novità consistono nel raccogliere dati per singolo paziente e nella rilevazioni di elementi che spaziano dalla valutazione socio-sanitaria dell'assistito, alle prestazioni erogate, al numero degli accessi delle diverse figure professionali, alla durata della presa in carico. Questo permette di rilevare il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) dato dal rapporto tra le Giornate di Effettiva Assistenza (GEA) cioè i giorni in cui il paziente ha ricevuto accessi domiciliari, e le Giornate di Cura (GDC) cioè la durata della presa in carico del paziente. Il valore del CIA varia da 0 (nessuna assistenza o interventi domiciliari episodici) a 1 (assistenza quotidiana). Questo consente di classificare 4 livelli di intensità di cura oltre al livello base. Questo livello infatti (CIA 0-0,13) non è considerato dalla speciale commissione istituita in proposito dal Ministero della Salute come ADI. Il quarto (CIA 0,61-1) integrato di cure palliative/terminali, è considerato il più grave.

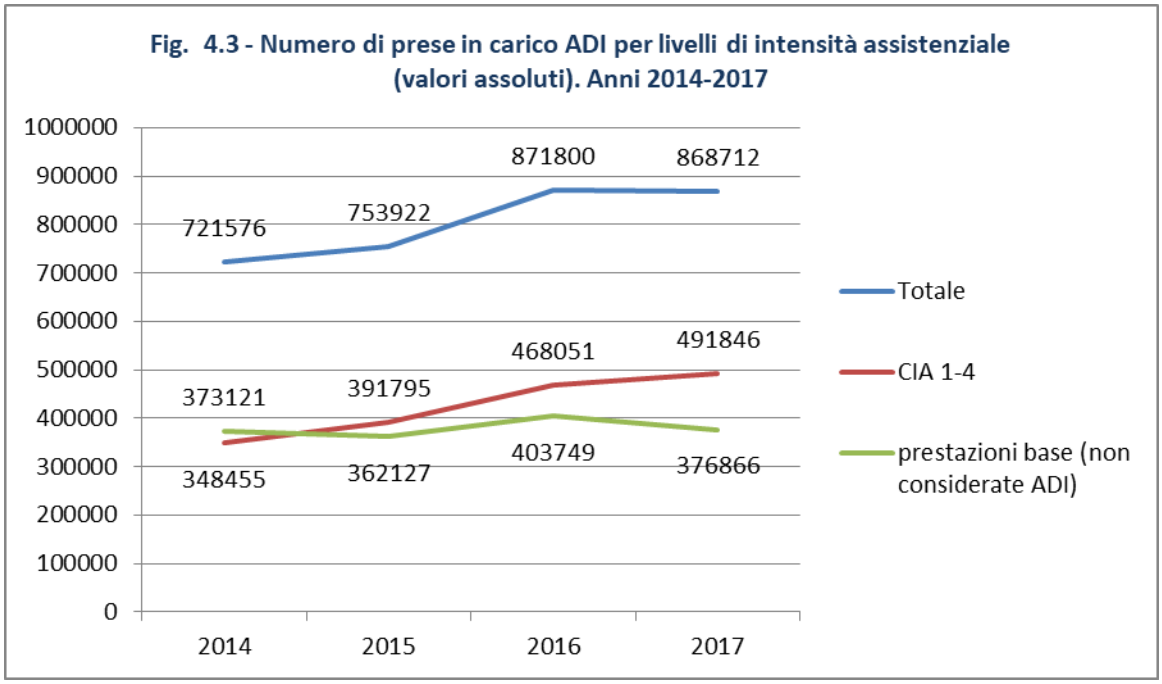
(cooperative, Onlus, e società profit) oppure attraverso l'erogazione di *voucher*, assegni di cura e buoni socioassistenziali. I primi possono essere spesi esclusivamente per ottenere da operatori professionali accreditati i tipi di servizio richiesti. I secondi sono incentivi economici finalizzati a mantenere l'assistito presso il proprio domicilio, i buoni socioassistenziali sono erogati se l'assistenza viene fornita da un *caregiver* familiare o di solidarietà di vicinato. Le modalità di erogazione variano, anche in modo consistente, da regione a regione (Falasca, C., 2018).

La tabella 4.7 riporta dati più recenti a partire dal 2014, raccolti mediante il nuovo sistema di valutazione più restrittivo.

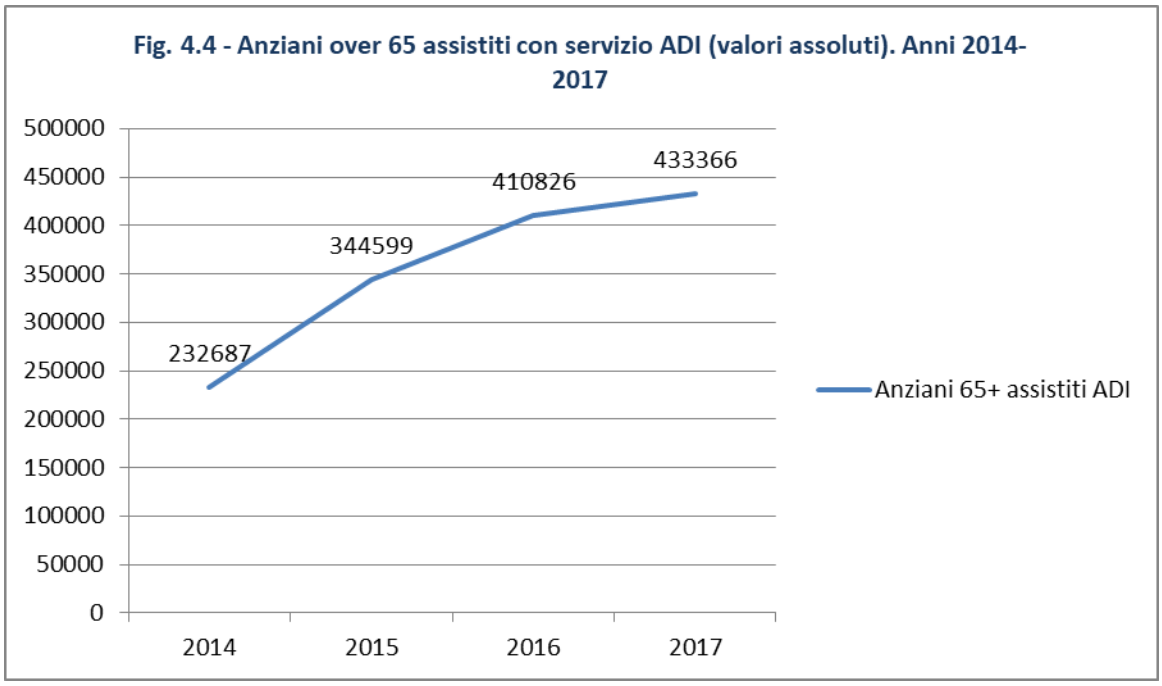
Tab. 4.7 - Servizio ADI: Tasso di anziani assistiti sul totale anziani (valori percentuali). Anni 2014, 2016, 2017

	tasso % di anziani assistiti 2014*	tasso % di anziani assistiti 2016**	tasso % di anziani assistiti 2017**
Piemonte	3,2	3,2	2,9
Valle d'Aosta	0,4	0,4	0,2
Lombardia	2,6	3,0	1,8
Liguria	3,3	3,4	3,4
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d
P.A.Trento	4,1	3,9	3,9
Veneto	2,8	4,2	7,2
Friuli-V.G.	1,5	2,7	3,1
Emilia Romagna	4,2	4,2	4,6
Toscana	2,8	3,6	3,7
Umbria	1,5	2,3	3,1
Marche	1,6	2,1	2,9
Lazio	1,1	0,3	1,9
Abruzzo	2,9	3,6	3,1
Molise	2,9	5,1	8,4
Campania	1,2	1,9	2,7
Puglia	1,6	3,0	3,7
Basilicata	2,1	1,1	1,9
Calabria	0,3	1,4	1,4
Sicilia	2,9	3,5	4,4
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	2,3	2,8	3,2

Fonte: Ministero della Salute (*Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio VI) (**Nsis-Siad). Da Italia Longeva, 2017 e 2018 (Vetrano & Vaccaro eds)



Fonte: Ministero della Salute Nsis-Siad. Da Italia Longeva, 2017 e 2018 (Vetrano & Vaccaro eds)



Fonte: Ministero della Salute Nsis-Siad. Da Italia Longeva 2018 (Vetrano edt)

La tabella 4.7 realizzata con i dati reperiti tramite il nuovo sistema di rilevazioni, pur incompleta, indica una percentuale del 3,2 nel 2017. Si evidenzia quindi un incremento dal 2014 al 2017 (dal 2,3 al 3,2). Anche un'indagine di Italia Longeva conferma questi dati con un aumento degli anziani assistiti in termini assoluti dell'86% e in termini percentuali dall'1,8 al 3,2 dal 2014 al 2017 (Vetrano, cit.). Significativa però è la riduzione media delle ore di cura che scendono da 19 a 17 (erano 21 nel 2001) e questo rende difficile garantire ai casi complessi e con patologie cronico-degenerative un'adeguata intensità assistenziale

(Tidoli, 2017). La riduzione investe gran parte delle regioni italiane con poche significative eccezioni. Il dato più significativo però è che soltanto il 23,7% degli anziani con limitazioni funzionali ha accesso al servizio ADI. Questo dato conferma l'inadeguatezza complessiva del servizio a cui accede meno di un anziano su quattro tra quelli che ne avrebbero realmente bisogno. In più della metà dei comuni italiani non è presente questo servizio che copre il 47,2% del territorio. L'indice di presa in carico è decisamente basso (lo 0,6% a livello nazionale: era dello 0,9 nel 2009). Questi sono dati raccolti prima dell'introduzione dei nuovi criteri di rilevazione SIAD. Pertanto tengono conto anche delle prestazioni di base che a partire dal 2014 vengono escluse dalla valutazione ADI. La fig. 4.4 invece tiene conto della nuova rilevazione e pertanto da essa risulta che gli anziani assistiti erano 232.687 nel 2014 e sono progressivamente aumentati fino a raggiungere i 433.366 nel 2017, passando su scala nazionale in termini percentuali, come detto, dal 2,3 al 3,2%. La fig. 4.3 si riferisce invece alle prese in carico il cui numero è superiore a quello degli anziani assistiti (perché un anziano può essere preso in carico più volte nello stesso anno). Anche in questo caso si conferma un lieve progresso nel numero dei trattamenti che rientrano nei Coefficienti di Intensità Assistenziale 1-4, mentre stazionario si conferma il livello delle prestazioni occasionali e saltuarie.

Criticità del servizio

In sintesi quindi dai dati disponibili si può dire che il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ha dato risultati leggermente crescenti, sia considerando il precedente sistema di rilevamento sia considerando il nuovo; si tratta però di interventi ancora inferiori al fabbisogno. Tanto più se si considera l'incremento numerico degli anziani. Il calo delle ore medie erogate per persona mostra come le Aziende Sanitarie prendono in carico più assistiti ma, spendendo meno, riducono per ogni anziano il numero di ore di assistenza (Ires Morosini et al., 2016). Inoltre le ASL non sempre sono in grado di erogare tutti i servizi richiesti e previsti ma solo l'80% degli stessi: alcune ASL ad esempio non erogano trattamenti logopedistici, di rieducazione respiratoria, ed altre procedure diagnostiche particolarmente complesse (Pelliccia, 2019). Rispetto ad alcuni Paesi del nord Europa, nei quali comunque va ricordato che la scelta prevalente finora è stata in gran parte quella della residenzialità, il confronto è a sfavore del nostro in quanto in quei Paesi si raggiungono livelli del 20% di anziani assistiti. Nel complesso quindi l'assetto attuale del sistema di ADI non sembra in grado di rispondere in maniera efficace alla domanda di assistenza proveniente dal territorio. La situazione italiana risulta pertanto singolare rispetto agli altri Paesi europei perché offre risultati inferiori sia sul versante della domiciliarità istituzionalizzata che, come si vedrà, su quello della residenzialità.

Un'altra considerazione da farsi è che le differenti modalità di erogazione del servizio da regione a regione, non certificabile dai dati per utenza che sono a disposizione, produce

comunque mancanza di omogeneità organizzativa e di equità nei confronti degli utenti e degli stessi *caregivers* con, in qualche caso, anche disomogeneità profonde tra una regione e l'altra (Falasca, C. cit.; Vetrano & Vaccaro, 2017). La normativa nazionale che regolamenta il servizio è stata, infatti, interpretata e declinata a livello locale secondo modelli organizzativi talvolta estremamente differenti tra loro, ad esempio nella gestione dei rapporti delle ASL con i Comuni, nelle modalità di erogazione dei servizi, nella ripartizione del *budget*. Spesso inoltre si nota una scarsa integrazione tra ASL e Comuni nella presa in carico, nella valutazione, nel monitoraggio e questo rende più complesso ed inefficiente il servizio. Nella maggior parte dei casi si rileva come le prestazioni siano realizzate da operatori che, facendo capo a enti differenti, non sono coinvolti in momenti di raccordo strutturati. È più frequente che ASL e Comuni rispondano separatamente ai bisogni sanitari e sociali degli utenti, salvo casi di "buona volontà" degli operatori nel garantire l'integrazione. Emerge soprattutto una asimmetria tra ASL e Comuni, con le ASL a rappresentare realtà più strutturate e i comuni caratterizzati da forti differenze in termini di dimensioni, e quindi anche di disponibilità di risorse, che comportano ritardi nell'attivazione della parte sociale e limiti nelle ore erogate e nelle attività svolte. Un elemento infine più o meno costante nelle ASL analizzate è rappresentato da una valutazione delle necessità assistenziali e degli interventi sbilanciata sulla dimensione sanitaria (Vetrano & Vaccaro, cit.).

Inoltre, l'ADI continua ad essere un servizio nel quale l'innovazione tecnologica svolge un ruolo ancora molto marginale, sia nei processi che nelle attività, a partire dalla scarsa informatizzazione dei dati di monitoraggio e delle informazioni sui pazienti fino al davvero ridotto ricorso alle ampie opportunità offerte dalla tecnoassistenza all'assistenza a domicilio (Vetrano, cit.)[78].

Il Servizio di Assistenza Domiciliare

Un secondo tipo di intervento è costituito dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) erogato dai comuni e che fornisce un insieme di prestazioni socio-assistenziali a domicilio per gli anziani non autosufficienti (in condizioni di non autosufficienza temporanea o permanente, completa o parziale), allo scopo di supportare le loro attività di vita quotidiana, la cura personale, il governo della casa, le funzioni di gestione, anche

[78] Il recente Decreto Rilancio post Covid (Dl n. 34 del 19 maggio 2020) destina 734 milioni per il servizio ADI (solo per l'emergenza e quindi valido per il 2020). Questo è segno di un rinnovato interesse per l'assistenza domiciliare, aumentato in seguito alla drammatica tragedia della pandemia che ha colpito in particolare le RSA. Tuttavia questi finanziamenti non bastano se non si rinnova il modello dell'ADI, che è ancora legato a un'idea medico-infermieristica degli interventi, rispondendo a una logica di cura (*cure*) cioè di risposta a singole patologie e non a quella di una presa in carico complessiva delle condizioni delle persone da assistere (*care*) e dei suoi molteplici fattori di fragilità che non sono riconducibili al solo aspetto sanitario (Gori & Trabucchi, 2020).

amministrativa, della stessa, le relazioni e l'integrazione sociale. Questo servizio è erogato attraverso la figura professionale dell'Assistente Sociale che rileva il bisogno sul territorio ed elabora il progetto di intervento affidato poi all'operatore di assistenza che si reca preso il domicilio dell'anziano. Nella maggioranza dei comuni questo servizio non è totalmente gratuito ma prevede una parziale compartecipazione economica da parte dell'anziano in base alla sua condizione socio-economica e reddituale.

Gli anziani che hanno beneficiato di questo servizio nel 2013 sono stati l'1,2% della popolazione anziana (in termini assoluti 149.995 persone) (Fonte NNA. 6 ° rapporto, su dati Istat) con un *trend* in lieve calo dal 2007 al 2013 (il *trend* in diminuzione era comunque iniziato a partire dal 2004, dopo un periodo di discreto sviluppo, anche in seguito, soprattutto dal 2010, della decurtazione dei fondi governativi ai comuni per le spese di carattere sociale); ancora nel 2015 costituivano poco più dell'1% della popolazione over 65 (Arlotti, 2018, rielaborazione di dati Istat).

Criticità del servizio

Si tratta di una percentuale quasi irrilevante in rapporto al crescente numero di non autosufficienti. Ciò è probabilmente spiegabile sia con l'aumento progressivo del totale delle persone anziane bisognose sia con la diminuzione delle risorse disponibili da parte dei comuni a causa dei diminuiti trasferimenti statali. Inoltre un altro limite di questo servizio è il fatto che l'offerta è standardizzata su alcune prestazioni svolte in orari diurni (alzata, igiene personale, vestizione, fornitura pasti ecc.) mentre la gestione complessiva della situazione dell'anziano nel resto della giornata e della notte rimane addossata alla famiglia. A questo vanno aggiunti i criteri sempre più specifici e stringenti per l'accesso ai servizi, con l'innalzamento del livello di gravità richiesto, l'iter burocratico piuttosto complesso da seguire per ottenere l'accesso, l'incremento della quota di spesa a carico degli utenti, la diminuzione progressiva della copertura oraria e dell'intensità assistenziale (Arlotti, cit.). Per queste ragioni rimane conveniente rivolgersi al SAD solo per le persone indigenti o a bassissimo reddito, i "casi sociali", affrontati in modo emergenziale dai comuni in attesa di trovare per loro soluzioni più stabili. Le famiglie in condizioni economiche migliori preferiscono trovare soluzioni interne o rivolgersi al *care* privato, dove ottengono maggiori servizi, con minori ostacoli burocratici e spendendo solo qualcosa in più[79]. Questo servizio risulta perciò attualmente poco competitivo ad una buona fascia di potenziali utenti e finisce per essere marginale (Tidoli, cit.; Falasca, C., cit.). Comunque le regioni ai primi posti per la copertura del servizio sono le regioni autonome (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna); agli ultimi posti troviamo Umbria, Piemonte, Toscana,

[79] Per questo la voucherizzazione attuata da vari comuni consente agli utenti di ricevere un servizio più flessibile con più ampie offerte di prestazioni, scegliendo gli erogatori tra una lista di fornitori di servizi accreditati (Tidoli, cit.)

Marche nel centro-nord e Campania, Puglia e Calabria nel centro-sud. Se poi si guarda l'intensità del servizio, cioè la spesa per utente, sono invece le regioni del centro-sud a registrare intensità maggiori (2000-3200 euro pro-capite contro i meno di 2000 euro per le regioni del nord, escluse quelle a statuto speciale).

Il lavoro di cura informale: i caregivers famigliari

A fronte delle carenze evidenziate nelle risposte istituzionalizzate e formalizzate ai bisogni di assistenza domiciliare, si è sviluppata in modo sempre più ampio in questi ultimi anni l'assistenza informale offerta dalle famiglie, o direttamente o mediante il ricorso a servizi professionali privati a pagamento o alle cosiddette "badanti". Si tratta di una sorta di "assistenza fai da te" che è molto diffusa nel nostro Paese[80]. Di fatto il sistema di assistenza LTC in Italia si è retto e si regge tuttora in grandissima parte sull'intervento delle famiglie. Quando non vi è questo *caregiving* famigliare e informale gli anziani rimangono spesso soli e abbandonati. Dire se questa forte presenza di assistenza famigliare sia l'esito della carenza dell'intervento istituzionalizzato è difficile e a volte vien da pensare che sia proprio l'opposto. È la forte rilevanza data nelle famiglie all'assistenza diretta ai propri cari bisognosi che alleggerisce la pressione sull'ente pubblico, mantenendo bassa la richiesta di servizi di assistenza formalizzati e quindi assecondandone una certa passività (Tidoli, cit.). La motivazione infatti del prevalere dell'assistenza famigliare non è solo di carattere economico e può ultimamente essere ricondotta alla tradizionale "cultura della responsabilità della cura" italiana (Titmuss, 1973) che rende difficile per i famigliari rinunciare alla cura del proprio caro nel bisogno. Nella scelta di privilegiare l'aiuto famigliare vi sono infatti anche motivi affettivi e ragioni culturali. Una ricerca ormai datata della Regione Emilia Romagna ma sempre interessante (Cossentino & Mottura, 2005) mostra come quando si presenta un caso di non autosufficienza in famiglia la prima opzione presa in considerazione dai famigliari è sempre quella di attivare risorse interne. La cura dell'anziano non è vista solo come una semplice esecuzione di mansioni, ma si carica giustamente e inevitabilmente di una forte valenza affettiva: è intimità, convivenza,

[80] In assenza di altre soluzioni e in situazioni di urgenza o criticità le famiglie italiane continuano a rivolgersi anche al SSN ed in particolare alla rete ospedaliera, come unico luogo sempre accessibile e dove l'assistenza è disponibile 24h su 24 con garanzia di qualità e presa in carico. L'analisi dei ricoveri per anziani over 65 negli ospedali nel 2015 mostra, ad esempio, in modo abbastanza chiaro come in numerosi casi (oltre il 50%) le famiglie ricorrano a questa soluzione per supplire ad una mancata risposta di tipo assistenziale. In particolare si nota nel 57% dei casi come il ricovero non avvenga su richiesta del medico curante, ma su istanza della famiglia probabilmente attraverso il pronto soccorso, mentre il 90% delle dimissioni avviene senza alcun tipo di presa in carico a domicilio o in altra struttura. Questi ricoveri sono quindi episodi isolati nella vita dell'anziano, decisi dalla famiglia e al di fuori di ogni percorso clinico, e sono il frutto di un perpetuarsi di condizioni di necessità assistenziale a cui trovare risposta immediata in ospedale, in assenza di soluzioni alternative nel campo dell'assistenza (NNA 5° rapporto, 2015; Fosti & Notarnicola, 2018).

scambio affettivo e comunicativo, gratitudine. Questo fa pendere l'ago della bilancia verso la domiciliarità anche in assenza, come visto, di adeguati servizi istituzionalizzati forniti dall'ente pubblico. In realtà il forte persistere dell'assistenza famigliare, con o senza il concorso delle istituzioni e delle badanti, sembra spiegarsi, oltre che con l'importanza che nel nostro Paese è sempre stata data all'idea dell'avere una casa in proprietà, da cui quindi risulta poi molto doloroso staccarsi (di questo si parlerà più avanti), anche con l'importanza e il ruolo che ha sempre avuto presso la nostra cultura l'idea della famiglia[81].

> "Per comprendere tale fenomeno occorre muovere dalla considerazione di un modello culturale italiano di famiglia che implicava una serie di ruoli particolari non solo nell'assistenza ma in tutte le sfere di vita della popolazione […] presupponeva una continuità di relazioni e frequentazione abituale tra i membri della famiglia, reciprocità negli stessi rapporti di cura e in sostanza una dipendenza reciproca tra genitori e figli molto più forte di quanto non si verifichi in altri contesti nazionali." (Pugliese, cit.: 174)

> "[La preferenza per la domiciliarità] assume i contesti di vita ambientali e relazionali (compresi quelli famigliari) assicurando e rispettando la permanenza delle abitudini e dei vari simboli che rappresentano la vita quotidiana. La domiciliarità quindi vista non soltanto come riferimento operativo per gli interventi assistenziali, ma come espressione di appartenenza sociale, da garantire anche quando le condizioni di dipendenza del vecchio la rendono difficile". (Scortegagna, cit.: 91)

Questa assistenza di tipo familiare è favorita dal fatto che, dal punto di vista abitativo, anche quando l'anziano non convive con i figli o altre persone, e ciò è frequente (circa il 26%: Istat. Rapporto annuale, 2020), tuttavia ha almeno un figlio, una figlia o altri parenti che abitano vicino, in una casa limitrofa o comunque nello stesso quartiere o paese. Il 51% degli over 75, ad esempio, vive ad una distanza di non oltre 1 km dal figlio più vicino e il 20% ci vive insieme (Istat. Statistiche Report, 27 aprile 2020). E anche quando non sussiste questa vicinanza fisica, essa viene sostituita da visite frequenti o da telefonate fatte o ricevute che consentono di mantenere un rapporto di "intimità attraverso la distanza" (Cioni, 1999). Questa solidarietà famigliare e intergenerazionale pur forte nel nostro Paese non è però esclusiva di una mentalità e di un modello per così dire "mediterraneo"[82] ma è diffusa, anche se in grado minore, in molti altri Paesi anche del nord Europa (Attias-Donfut et al., 2005; Johansson & Sundström, 2006; Haberkern & Szydlik, 2010; Meda, 2011) dove

[81] Lo stesso Codice Civile italiano recepisce l'importanza del "legame di sangue" assegnando alle persone maggiori responsabilità nei confronti di famigliari e parenti rispetto a quanto avviene in altri Paesi (Millar & Warman, 1996).

[82] Nei Paesi dell'Europa meridionale esiste comunque una certa preferenza di tipo culturale circa il fatto che la famiglia sia incaricata della cura dell'anziano (Da Roit, cit.).

pure si è finora privilegiata l'assistenza di tipo residenziale. A livello europeo nel 2010 si stimava che l'assistenza fornita da *caregivers* rappresentasse l'80% dei servizi LTC per anziani (Triantafillou, et al., 2010). Caratteristica propria del sistema italiano è però che questo aspetto nel nostro Paese si coniuga con una reale carenza di interventi da parte delle istituzioni, per cui il modello italiano è definibile come "familistico non sostenuto" o "familiarismo implicito" (Esping-Andersen, 1999; Saraceno & Keck, 2008)[83]. Inoltre il modello italiano è caratterizzato dalla attribuzione in grandissima parte alle figure femminili delle attività di assistenza all'interno della famiglia. Un'indagine multiscopo dell'Istat realizzata nel 2011 ma relativa al 2° trimestre 2010 rilevava ad esempio come nell'assistenza a anziani, malati, disabili per la fascia d'età 15-64 anni fossero impegnate il 10,7% delle donne e il 6,2% degli uomini (se si tiene conto anche dei compiti di assistenza a bambini e minori all'interno della famiglia, le percentuali salgono a 42,3% per le donne e a 34,5% per gli uomini) (Istat, Statistiche Report del 28 dicembre 2011). Per quanto riguarda il numero complessivo dei *caregivers* famigliari, sebbene non siano da considerarsi dati ufficiali, la stessa indagine rilevava come fossero 3.329.000 le persone adulte (15-64 anni) che si prendevano cura di malati, anziani e disabili (circa l'8,5% della popolazione con percentuali più alte nell'Italia centrale dove si avvicinava al 10%). Un aggiornamento realizzato sempre dall'Istat nel 2019 ma relativo al 2018 parla di 2.827.000 persone dai 18 ai 64 anni (quindi non più conteggiate a partire dai 15) che assistono familiari malati, anziani e disabili (il 7,7%, di cui il 9,4% donne e il 5,9% uomini) (Istat, Statistiche Report del 18 novembre 2019). Entrambe queste indagini non tengono conto dei *caregivers* a loro volta anziani over 65 il cui numero è in crescita in questi ultimi anni. L'indagine Istat sulla salute degli anziani, relativa al 2015, mostra infatti come siano circa 1.700.000 (il 12,8%) gli over 65 che a loro volta offrono cure e assistenza a familiari o non familiari anziani o disabili, e di questi i 2/3 hanno un'età compresa tra il 65 e i 74 anni (spesso si tratta dei rispettivi *partners*) con una certa prevalenza femminile (Istat, Statistiche Report, 26 settembre 2017). La maggiore concentrazione di *caregivers* nel 2010 si trovava nelle fasce di età più elevata: tra i 55 e i 64 anni si arrivava all'11% per gli uomini e al 16,4% per le donne, e tra i 45 e i 54 anni rispettivamente il 9,3% e il 18,3% (per lo più figli che

[83] Chiara Saraceno descrive così la situazione drammatica in cui vivono ad esempio *caregivers* anziani non supportati dalle istituzioni: "Il risultato di tutto ciò è che le persone più vulnerabili e con meno risorse sono prive di alternative. Il coniuge anziano di una persona non autosufficiente si trova costretto a turni, non solo di guardia ma anche di lavoro, di 24 ore, interrotte se gli/le va bene più o meno sporadicamente da qualche aiuto. I suoi bisogni fisici e psicologici passano in secondo piano, quando non spariscono del tutto, senza che sia affatto provato che le cure che presta e il modo in cui lo fa siano le più adatte. Anche nei contesti più attenti e ricchi di servizi, è difficile che si attuino verifiche sull'esistenza di bisogni nascosti, anche se gravi. Non si va a vedere come se la cava una coppia di ultraottantenni di cui uno non è autosufficiente. Non c'è sistematico scambio di informazioni tra medici di base e servizi sociali, ad esempio" (Saraceno, 2017: 161).

accudivano i genitori anziani). L'indagine del 2018 rileva una percentuale complessiva in queste fasce d'età del 12,2%. In ogni caso il *gender gap* va però man mano diminuendo al crescere dell'età, fino ad invertirsi per le persone over75 e più, dove la percentuale di *caregivers* è leggermente più alta tra gli uomini (9,8% contro 8,1%), a causa della maggiore presenza delle donne in quelle fasce d'età (dato che porta al ribasso le percentuali) e delle loro peggiori condizioni di salute. Sempre secondo la ricerca del 2015 la quantità di ore dedicate dagli anziani al lavoro di cura è crescente con l'età: i 65-74enni in media sono coinvolti in 20 ore di *caregiving* a propri famigliari a settimana nel 32,7% dei casi; la percentuale sale a 48,0% tra gli over75. Ciò è dovuto in gran parte agli aiuti prestati dai coniugi anziani al proprio partner (Istat, cit.).

Criticità del sistema

L'impegno dei *caregivers* famigliari è gravoso, non solo sul piano fisico, ma anche su quello psicologico (Glozman, 2004; Costa, 2007); la qualità della loro stessa vita ne risente (Chen et al. 2004; Myaskovsky et al. 2005). Il *caregiver* non è più solo colui che cura ma è esso stesso in qualche modo una "vittima secondaria" della malattia (Rocchi et al. 2006). La cura infatti, oltre a determinare una sorta di dipendenza reciproca tra l'assistito e il suo assistente (Courts, 2000; Luk, 2002) va a incidere anche sugli equilibri famigliari del *caregiver*, minacciandoli o comunque rendendoli più fragili (Petrollini & Lamura, 2002) sia per il tempo che inevitabilmente la cura richiede e che viene sottratto alla propria famiglia, sia per la difficile conciliazione tra la cura e il lavoro, quando l'assistente svolge un lavoro retribuito[84]. Il disagio vissuto dai *caregivers* e dalle loro famiglie può ben considerarsi attualmente, alla luce di quanto detto, una questione di grande rilevanza sul piano sociale (Costa, cit.; Papa & Lamura, 2019).

Un'indagine Censis condotta nel 2017 è da questo punto di vista illuminante. Il 36,9% dei *caregivers* intervistati dichiara che aver subito conseguenze sulla vita lavorativa a seguito dell'attività di cura (41,7% maschi e 35,5% femmine); il 79,2% dichiara di aver avuto conseguenze sulla sua salute, in particolare stanchezza fisica, diminuzione delle ore di sonno, perdita o aumento di peso. Il 55,7% dichiara di aver dovuto interrompere le attività extralavorative (hobby, attività sportive, volontariato); il 31% di aver perso amicizie; l'8,4% di aver incontrato difficoltà col proprio partner sul piano affettivo o di aver dovuto interrompere una relazione; il 26,1% dichiara che l' attività di *care* ha avuto delle ricadute negative su tutti i membri della famiglia (Censis, 2017).

Il futuro del *caregiving* famigliare non si presenta pertanto semplice, da una parte a causa della progressiva introduzione della donna nel mondo del lavoro che toglie ad essa la

[84] Non è raro il caso di persone che rinunciano al lavoro per dedicarsi ad attività di *caregiving* di un proprio famigliare, anche allettate dall'Indennità di Accompagnamento prevista.

possibilità di dedicarsi all'opera di cura in base alla tradizionale divisione dei compiti presente nella famiglia italiana, dall'altra al fatto che esigenze lavorative portano a volte le famiglie nuove che si costituiscono a stabilirsi in località molto lontane rispetto a quelle di origine e in cui vivono i genitori. Soprattutto però le difficoltà aumenteranno sempre di più a causa della mutata struttura della famiglia italiana con la progressiva riduzione del numero dei figli, e di conseguenza dei nipoti, la diffusione di famiglie mononucleari, la diffusione di separazioni e divorzi, anche in età anziana, la tendenza delle donne ad avere figli in età più avanzata e la contrazione delle risorse familiari. Il rischio sarà per il futuro di avere anziani senza figli che li accudiscano o con figli a loro volta anziani, quindi anch'essi in condizioni fragili o soggetti a decadimenti improvvisi per quanto riguarda la salute.

Il lavoro di cura informale: le badanti

Il ricorso alle badanti è un fenomeno piuttosto diffuso nel nostro Paese, molto più che nel resto d'Europa, una sorta di fenomeno tutto italiano che abbina costi sostenibili per le famiglie, flessibilità e un livello accettabile di efficienza. Una soluzione quindi "*low cost-high value*" (Falasca, C., cit.: 177). Con queste nuove figure si è alleggerito il peso del *care* che prima gravava in gran parte sulle donne consentendo a queste ultime di entrare o rimanere nel mercato del lavoro e ovviando alla difficoltà crescente dovuta a figli sempre più anziani che accudiscono i loro genitori. Inoltre l'affidamento alle badanti dell'assistenza dei propri cari (spesso 24h su 24 e 7 giorni su 7) fornisce una maggiore sicurezza ai famigliari. Spesso il ricorso alle badanti è l'esito della fruizione da parte delle famiglie dell'Indennità di Accompagnamento che viene usata a tale scopo (NNA. 5° rapporto, 2015) oppure è favorito dal fatto che la generazione attuale dei pensionati in Italia dispone di condizioni economiche ancora discrete e di redditi anche pensionistici adeguati (Spanò, 2006; Da Roit, 2007) nonché di abitazioni di proprietà di dimensioni tali da consentire di ospitare stabilmente queste persone. Si tratta di una sorta di "*welfare* nascosto" (Gori, 2002) perché funziona senza o con minimo sforzo pubblico in termini di regolamentazione.

La stima dell'entità di questo fenomeno è per ora ancora approssimativa, a causa della presenza nel sommerso di irregolari non facilmente calcolabili e talvolta della sovrapposizione della figura della colf con quella della badante vera e propria. Una stima elaborata da Fosti e Notarnicola (cit.) relativa al 2017, che tiene conto del rapporto 40-60 tra badati regolari e irregolari, rapporto accertato da varie ricerche (Pasquinelli, 2013; Censis-Assindata Colf, 2015; Domina, 2017) applicato ai dati ufficiali INPS relativi alle badanti regolari (INPS, 2018), consente di arrivare a un conteggio totale di 983.695 badanti, di cui 393.478 regolari e 590.217 irregolari[85]. In pratica si tratta di 14,2 badanti

[85] È un dato in linea con quello di 830.000 accertato nel 2013 da Pasquinelli (cit.) ottenuto unendo fonti ufficiali (dati INPS relativi ai lavoratori domestici regolari, dati Istat sui cittadini stranieri residenti e dati

ogni 100 cittadini over 75. Pur con tutte le cautele del caso si tratta comunque di una cifra elevata, il cui *trend* di crescita sembra non arrestarsi (Netti, 2018) e che indica la presenza di un vero pilastro dell'assistenza domiciliare in Italia. Si tratta spesso di persone che operano nell'assistenza senza una chiara connotazione professionale e senza una formazione specifica. Esse, perché sono in gran parte donne, svolgono funzioni di sorveglianza, supporto nelle faccende domestiche, monitoraggio notturno ma arrivano anche a fornire prestazioni sanitarie (somministrazione di farmaci, bendaggio, fino all'uso di macchinari sanitari più complessi). Sono in prevalenza di età compresa tra i 45 e i 55 anni, straniere: una stima Auser su dati INPS riferita al 2015 evidenzia un rapporto di circa 81 a 19 tra straniere ed italiane ma era di 92 a 8 nel 2009 (Falasca, C., cit.). Le nazionalità più rappresentate risultano essere Romania, Moldavia, Ucraina, Filippine, Brasile, Perù (Ires Morosini et al., cit). Queste persone sono assunte spesso con contratti "in nero" o totalmente o parzialmente (cioè con svolgimento di ore in più rispetto a quelle contrattualizzate). All'origine di questa ampia diffusione di irregolarità vi sono sicuramente i costi di regolarizzazione troppo elevati e altri vantaggi sia per la famiglia (in termini di risparmio e di scioglimento da vincoli contrattuali) che per le lavoratrici (che ottengono grazie all'esentasse una paga più elevata) (ibid.). È però vero che anche in presenza di lavoro irregolare, esistono spesso tutele di fatto basate sul rapporto fiduciario tra lavoratori e famiglie che sono disposte a riconoscere, in via del tutto informale, anche ferie e indennità di malattia. I costi medi per le famiglie, per badanti conviventi assunte con contratti regolari, si aggirano infatti intorno ai 1.500 euro mensili per 54 ore di assistenza, con un minimo di 1.150 euro e un massimo di 1.860 a seconda del livello contrattuale (Merotta, 2016) mentre in nero il costo si aggira presumibilmente intorno ai 900 euro.

Lo stesso metodo di conteggio prima indicato, applicato per regioni offre questi risultati **(Tab. 4.8):**

ISMU sugli irregolari) e fonti informali (centri di ascolto di Caritas, sindacati, associazioni di volontariato e cooperative sociali).

Tab. 4.8 – Stima del numero di badanti diviso per regioni e incidenza ogni 100 abitanti over 75. Anno 2017				
Regioni	**Badanti regolari**	**Badanti irregolari (stima)**	**Regolari+irregolari**	**% su totale abitanti over 75**
Piemonte	33.194	49.791	82.985	14,3
Valle d'Aosta	1.283	1.925	3.208	21,29
Lombardia	59.305	88.958	148.263	12,99
Liguria	15.433	23.150	38.583	15,77
Trentino-A.A.	8.261	12.392	20.653	18,77
Veneto	33.814	50.721	84.535	15,17
Friuli-V.G.	13.115	19.673	32.788	20,24
Emilia Romagna	44.277	66.416	110.693	19,56
Toscana	41.211	61.817	103.028	20,71
Umbria	8.962	13.443	22.405	18,71
Marche	13.632	20.448	34.080	16,77
Lazio	35.163	52.745	87.908	13,86
Abruzzo	7.545	11.318	18.863	11,64
Molise	1.157	1.736	2.893	7,15
Campania	16.992	25.488	42.480	8,51
Puglia	11.352	17.028	28.380	6,68
Basilicata	1.731	2.597	4.328	6,36
Calabria	5.942	8.913	14.855	7,13
Sicilia	12.077	18.116	30.193	5,85
Sardegna	29.032	43.548	72.580	39,76
Italia	**393.478**	**590.217**	**983.695**	**14,19**

Fonte: L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long-Term Care. 1° rapporto Osservatorio Long-Term Care.

Da questa tabella si evince che il ricorso alle badanti è più diffuso nelle regioni del centro-nord (21,29 badanti ogni 100 over 75 in Val d'Aosta; 20,71 in Toscana; 20,24 in Friuli-Venezia Giulia, a fronte del 5,85 in Sicilia e del 6,36 in Basilicata. Unica eccezione la Sardegna con 39,76). Questi dati mostrano come il ricorso alle badanti non dipenda principalmente dall'assenza di strutture assistenziali (in tal caso dovrebbero essere al primo posto le regioni meridionali) ma da altri fattori in concomitanza con questo, fattori di ordine più culturale e afferenti alla mentalità.

Criticità del servizio

Il quadro di questi servizi di collaborazione domestica, ancora fortemente destrutturati e sviluppatasi nella sostanziale assenza di interventi pubblici, presenta significative criticità a partire dalla scarsa specializzazione dell'offerta, che si configura spesso più come aiuto nel governo della casa che come assistenza specialistica, e dalla bassa qualificazione professionale dei lavoratori (solo il 14,3% di essi nel 2013 aveva seguito un percorso

formativo anche se questa percentuale si va alzando). Tra l'altro spesso la scelta di dedicarsi a tale attività per il lavoratore è una sorta di ripiego in condizioni di necessità (licenziamento o perdita del lavoro precedente, disoccupazione ecc.), anche se poi per il 70% dei casi le badanti finiscono per considerare questo lavoro come definitivo. Un'altra criticità è data dell'assenza di intermediazione tra lavoratore e famiglie in quanto l'assunzione è "diretta" e si basa prevalentemente sulla fiducia o sulle referenze informali che il lavoratore ha acquisito nei precedenti servizi (anche qui però si notano segnali di autoorganizzazione di questi lavoratori, il 14,3% dei quali infatti lavora presso cooperative o agenzie) (Censis & Ismu, 2013; Falasca, C.,cit..)

A fronte di queste criticità alcune regioni (tra queste Lombardia ed Emilia Romagna) hanno avviato iniziative, quali l'istituzione di albi badanti, per agire sulla professionalità e la formazione degli operatori in modo da garantire una qualche forma di qualità e sicurezza del servizio, e l'introduzione di *voucher*, detrazioni, assegni o altre modalità che possano diffondere e supportare la regolarizzazione delle badanti o di forme di *caregiving* famigliari. Questi interventi non fanno che confermare però quanto la pratica del lavoro nero e dell'irregolarità sia ancora prevalente (Fosti & Notarnicola, cit.).

La questione abitativa: quando l'anziano è prigioniero in casa propria

Alla prevalenza della soluzione domiciliare contribuisce in misura significativa il fatto che gli anziani vivano in gran parte in abitazioni di proprietà. Un'ampia e accurata ricerca del 2015 ma con dati relativi al 2011 (Abitare e anziani, 2015) rilevava che gli anziani che vivono in case di proprietà sono circa l'80%, distribuiti in modo pressoché eguale per aree geografiche in tutto il territorio nazionale. Questo, che è un dato sicuramente positivo, può però diventare un limite alla piena realizzazione di un soddisfacente *ageing in place* in quanto non sempre le abitazioni sono adeguate ad ospitare persone non autosufficienti, totalmente o parzialmente ed i costi di manutenzione possono essere molto elevati; d'altro canto la proprietà della casa rappresenta una immobilizzazione della ricchezza che sottrae all'anziano proprietario la liquidità necessaria per gli interventi di manutenzione e riqualificazione (Arlotti, cit.). Una ricerca del Censis (2015) rilevava come gli anziani che vivono in abitazioni non adeguate alla condizione di ridotta mobilità e che avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali per essere adeguate, sono oltre 2,5 milioni; tra essi 1,1 milioni vivono in abitazioni non solo inadeguate ma inadeguabili anche a causa della mancanza di politiche pubbliche dell'abitare che possano sostenere la riqualificazione e la sicurezza abitativa degli edifici (Corsini, 2006; Ascoli & Bronzini, 2018). In tutti questi casi le abitazioni possono diventare non più un luogo per il sereno invecchiamento in casa ma una vera e propria trappola.

Spesso gli anziani che vivono nelle loro case sono anziani soli (il 34,9% secondo Abitare e Anziani, cit.)[86], molti dei quali vivono in abitazioni di grandi dimensioni e inoltre, per il 35,4% dei casi, queste abitazioni sono state costruite prima del 1961 e nel 19,5% dei casi avevano più di 70 anni nel 2011 (**Tab. 4.9**). Sul totale delle abitazioni costruite prima del 1946 il 24,4% (cioè 344.840) sono considerate in condizioni mediocri o pessime. Nel 59,7% delle case superiori a due piani di proprietà di anziani manca l'ascensore. Questa percentuale si alza ulteriormente nei comuni di piccole dimensioni.

Tab.4.9 - Abitazioni per anziani per anni di costruzione (valori assoluti e percentuali). Anno 2011

Anni di costruzione	<1919	19-45	46-61	62-71	72-91	92-2011	>2011	Tot.
Abitazioni	762.189	651.905	1.153.241	1.715.613	2.282.395	558.127	120.595	7.244.065
% sul totale	10,05	9	15,9	23,7	31,5	7,7	1,7	100

Fonte: A e A (2015). Elaborazione su dati Istat

Dal punto di vista dei servizi essenziali presenti nelle abitazioni un dato significativo che emerge da questa ricerca è che ancora nel 2011 il 20,8% delle abitazioni non possedeva un impianto di riscaldamento unico ma singoli apparecchi o fonti di calore distribuiti nelle varie stanze.

I problemi segnalati dagli anziani riguardo alle loro abitazioni sono umidità, strutture danneggiate, scarsa luminosità; non costituisce invece problema l'affollamento nelle case (per evidenti motivi). Un altro dato indicativo della scarsa "qualità abitativa" degli edifici in cui risiedono le persone anziane sono gli incidenti domestici. Nel 2014 le persone in Italia coinvolte in incidenti domestici sono state circa 700.000, 11,3 per mille abitanti (Istat. Statistiche Report, 1 aprile 2016). Il 36% di essi ha riguardato persone di 65+ anni. Per le donne predominano soprattutto le cadute (76,1% per età 65-74 e 81% 75+), per gli uomini incidenti che colpiscono braccia e mani (49,2 e rispettivamente 39,9 dato che denota come i maschi 75+ si dedichino meno ai lavoretti domestici nei quali ci si ferisce negli arti superiori). I luoghi più a rischio risultano essere cucine, pavimenti e scale.

Nonostante questi limiti la casa di proprietà rimane un valore importante nella vita delle persone anziane ed uno degli elementi che determinano il favore dell'*ageing in place*; la casa si carica per loro di forti valori simbolici: è simbolo di autonomia, di difesa della propria identità; è il luogo dove si conserva la memoria, il luogo delle proprie radici, il rifugio, per quanto possa essere precario, dalle difficoltà esterne (Gilleard, 2007; Sixsmith & Sixsmith, 2008; Cooper 2010). Tutto questo genera un profondo legame affettivo, cognitivo e comportamentale dell'anziano nei confronti della sua abitazione, un "*place*

[86] In generale gli anziani che vivono soli sono il 28,7%, quelli che vivono in coppia senza i figli sono il 40,7%, quelli che vivono in coppia e con altri famigliari sono il 13,3% (dati relativi al 2017) (Istat. Rapporto annuale, 2019).

attachment", (Coleman et al., 2016) che finisce per determinare la sua volontà di invecchiare a casa propria.

L'Italia non è un Paese per vecchi: il problema dell'habitat urbano

Oltre che dalle abitazioni spesso inadeguate la vita degli anziani è resa particolarmente difficile dal contesto urbano in cui l'abitazione è situata. Questo vale, anche se per motivi diversi, sia per coloro che vivono in un contesto rurale che per quelli che vivono in città di grandi e medie dimensioni.

In entrambi i casi il rischio è quello di non poter usufruire con facilità dei servizi essenziali, di incontrare difficoltà negli spostamenti e, di conseguenza, di vivere in condizioni di isolamento relazionale. Nei piccoli borghi, che si vanno spopolando, rimangono in gran parte le persone anziane, sole e prive dei minimi presidi di assistenza mentre nel contesto urbano queste difficoltà sono accresciute dall'inquinamento e dal congestionamento della vita cittadina che incidono non poco sulla salute dell'anziano. A questo si aggiunga il fatto che i presidi sanitari e assistenziali sono spesso fuori mano e difficilmente raggiungibili a causa di trasporti pubblici inadeguati, vi è una progressiva sparizione dei piccoli negozi di generi di prima necessità sostituiti da grandi centri commerciali posti però in zone più periferiche (fenomeno questo ancor più evidente nei contesti rurali), mancano luoghi di ritrovo e di socializzazione, i parchi e le panchine sono poco agibili, i marciapiedi e gli attraversamenti pedonali sono insicuri, le strade sono poco illuminate. Riguardo alla percezione che gli anziani stessi hanno dei disagi presenti nella loro zona di residenza, circostante la banca dati I-stat (I-stat- Vita quotidiana e opinione dei cittadini, 2018) indica come gli anziani lamentino eccessivo rumore (11%), inquinamento (11,4%), criminalità (11%) senza sostanziali differenze rispetto alla tipologia di struttura famigliare in cui vivono ma comunque in calo rispetto al passato (erano rispettivamente il 22,5, il 17,3 e il 17,3 nel 2010).

Se pare eccessivo dire che gli anziani nel nostro Paese vivono in una condizione di reclusi nelle loro case (questo può forse valere per i quartieri periferici degradati e multiproblematici di qualche grande città) tuttavia è innegabile rilevare la presenza di un forte disagio. Le conseguenze di tutto ciò sulla salute psico-fisica degli anziani sono notevoli. L'OMS ha riconosciuto che

> "Gli ambienti fisici che sono adatti all'età possono fare la differenza tra indipendenza e dipendenza per tutti gli individui ma sono di particolare importanza per quelli che invecchiano. Ad esempio, le persone anziane che vivono in un ambiente non sicuro o in aree con più barriere fisiche hanno meno probabilità di uscire e quindi sono più inclini a isolamento, depressione, ridotta forma fisica e aumento dei problemi di mobilità". (OMS, 2007: 27)

D'altro canto in Italia le normative in materia urbanistica sono piuttosto datate (le norme per l'abolizione delle barriere architettoniche ad esempio risalgono al 1989) e faticano a tenersi al passo con i tempi.

Come già visto al cap. 2, il problema dell'*habitat* urbano a misura di anziano è ampiamente presente nelle indicazioni e nelle direttive delle massime istituzioni internazionali e nella letteratura sociologica (tra i tanti: Phillipson, 2004, 2017; Buffel et al. 2019) ma nel nostro Paese stenta a fare breccia e indicazioni e direttive risultano ancora disattese per cui molto rimane ancora da fare. Significativo dello scarso interesse per il problema è il fatto che alla rete *Age friendly cities networks* abbiano aderito solo due città italiane, Udine e Imperia[87].

4.2.2 - La residenzialità

I servizi residenziali[88] comprendono quelle strutture socio-assistenziali o socio-sanitarie che mettono a disposizione degli anziani o di altre persone in stato di bisogno (minori, disabili, persone con dipendenze patologiche o affette da patologie psichiatriche o disagio sociale) il ricovero, temporaneo o permanente, con ospitalità assistita e pernottamento. Si tratta innanzitutto delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ma anche di altre strutture con differenti tipologie di intervento, escludendo però quelle ospedaliere. I presidi socio-sanitari assistenziali per anziani non autosufficienti rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che Stato e regioni devono garantire ai cittadini.

Quantificare il numero dei presidi residenziali attivi risulta piuttosto complesso per via della difformità dei dati disponibili ma anche per le diversità definitorie, organizzative e gestionali presenti nelle varie regioni. Un lungo e complesso iter normativo, iniziato nel 1989 ha portato ad una progressiva definizione delle caratteristiche di base delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Con il DPCM del 22/12/1989[89] si è definita la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) come una "struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti". Secondo questo decreto possono fruire dei servizi

[87] Su: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/search-network/?_sft_property-status=cities-and-communities&_sft_countries=italy

[88] Nella presente analisi non si prendono in esame, per motivi di spazio, i Centri Diurni in cui si strutturano i servizi semi-residenziali di assistenza. Questi centri sono rivolti ad anziani non autosufficienti, affetti da demenza e Alzheimer o bisognosi di socializzazione e sostegno. Sebbene la loro efficacia sia provata da studi clinici che hanno dimostrato come la loro attività contribuisca a ridurre i disturbi di comportamento degli stessi utenti e dei loro *caregivers* e a posporre nel tempo l'istituzionalizzazione dei pazienti (Mossello et. al., 2008; Zarit et al., 2011; Ministero della salute, 2010), tuttavia la loro diffusione è ancora residuale in quanto raggiungono 2,1 anziani su 1000, una vera e propria "cenerentola" nel panorama dei servizi per i non autosufficienti (Pesaresi, 2018).

[89] GU Serie Generale n.2 del 03-01-1990, disponibile on line su https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1990/01/03/2/sg/pdf

delle RSA persone con comprovata assenza di un idoneo supporto famigliare che consenta l'erogazione di trattamenti sanitari a domicilio. Nel 1994, con le linee guida del Ministero della Sanità ("Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali") si introduce la distinzione tra RSA e RA (Residenze Assistenziali) cioè di fatto tra presidi residenziali socio-sanitari e presidi residenziali socio-assistenziali. Le RSA garantiscono un livello medio di assistenza sanitaria integrato da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti non altrimenti assistibili e sono inserite nel SSN. Le RA comprendono varie tipologie di presidi con diverse denominazioni (case di riposo, case albergo, case famiglia, comunità alloggio ecc.), non comprese nel SSN e con livelli diversi di protezione sociale per anziani autosufficienti in tutto o in parte non bisognosi di assistenza sanitaria specifica. Eventuali prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative sono assicurate tramite i normali servizi sanitari locali. Il DPR 14/01/1997[90] definisce le RSA "presidi" e conferma a soggetti "non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera". Questo decreto inoltre delega alle regioni la determinazione degli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori di accreditamento. Successivamente circa la metà delle regioni ha sviluppato un maggior numero di variabili e adottato terminologie proprie per definire i tipi di strutture e le loro caratteristiche per cui a volte, nelle varie regioni, si definiscono con termini diversi strutture simili (Chiatti et al., 2013)[91]. In genere quindi la definizione delle RSA non riesce a caratterizzare in modo adeguato e coerente la struttura sanitaria, la tipologia degli ospiti ed il genere di prestazione. Ciò può essere un limite riguardo all'organizzazione delle stesse. La definizione più idonea potrebbe essere quindi la seguente: "La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio residenziale sanitario extraospedaliero che offre, temporaneamente o permanentemente, ospitalità, prestazioni mediche, infermieristiche, di recupero funzionale e di riattivazione psico-sociale volta al mantenimento ed al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia di soggetti non autosufficienti affetti da malattie croniche o da patologie

90 GU Serie Generale n.42 del 20-02-1997 - Suppl. Ordinario n. 37, disponibile on line su https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/sg

91 Le regioni che si sono attenute ai contenuti del DPR 1997 sono Abruzzo Campania, Liguria, Lombardia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto. Le altre hanno sviluppato un maggior numero di variabili. Alcune destinano le RSA a tutte le persone non autosufficienti indipendentemente dall'età, altre solo agli anziani. Per alcune regioni l'accoglienza nelle RSA è garantita anche a soggetti prevalentemente non autosufficienti. Mentre la maggior parte delle regioni erogano prestazioni sanitarie medico-infermieristico-riabilitative ad un livello medio, Puglia, Lazio, Sardegna prevedono anche l'erogazione di prestazioni relative all'inserimento sociale. L'Emilia Romagna tende invece ad assimilare le due tipologie di strutture, le RSA e le case protette (Pesaresi & Simoncelli, 2008).

invalidanti, non assistibili a domicilio e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione" (Pesaresi & Simoncelli, 2008). Per esse si richiede una struttura abitativa dalle connotazioni il più possibile domestiche, organizzata in modo da rispettare la riservatezza e la privacy degli ospiti e orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia e alla promozione del benessere complessivo della persona.

È interessante notare come in questi ultimi anni le RSA per far fronte alla sempre crescente difficoltà organizzativa si siano date modalità gestionali di tipo manageriale, proprie del mondo aziendale per il controllo di gestione, i sistemi di gestione della qualità, il *benchmarking*, l'uso di sistemi informativi ecc. (Carugati et al., 2011). Questo ha, come si avrà modo di vedere, non poche conseguenze sul piano della modalità in cui vengono svolte le attività ed erogate le prestazioni nelle strutture.

Dal punto di vista gestionale le RSA possono essere pubbliche, private o miste. I requisiti minimi per l'esercizio delle attività sono contenuti nel DPR del 14/1/1997 già citato e sono recepiti, anche introducendo modifiche, dalle regioni. Il possesso di tali requisiti consente anche alle strutture private, di esercitare l'attività, ma non ad ottenere l'accreditamento presso il SSN che dà diritto alla remunerazione delle prestazioni erogate. L'accreditamento è lo strumento attraverso il quale, a conclusione di un procedimento di valutazione, le strutture autorizzate, pubbliche o private diventano soggetti idonei a erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del SSN. Per ottenere l'accreditamento le strutture private, oltre ai requisiti minimi, devono essere titolari di un contratto di fornitura di prestazioni sanitarie. Una volta ottenuto l'accreditamento i soggetti privati devono stipulare con il SSN un accordo contrattuale con le singole aziende sanitarie territoriali. Ogni regione quindi con proprio atto legislativo definisce i requisiti minimi per l'autorizzazione, i criteri di accreditamento, gli accordi contrattuali ma anche le modalità di verifica del rispetto degli accordi e i criteri di remunerazione[92]. Anche qui, al di là delle intenzioni, il risultato è una disomogeneità di regolamentazione per cui vi possono essere requisiti diversi da regione a regione e ciò suscita critiche da parte degli operatori del settore anche in ordine alla trasparenza (Montemurro, 2011).

L'accesso alle prestazioni erogate dalle RSA è regolato dai principi generali di universalità, equità e appropriatezza. L'utente riconosciuto non autosufficiente e impossibilitato a ricevere cure domiciliari ha diritto a scegliere il luogo di cura tra le diverse opzioni accreditate. Una volta individuato il bisogno sanitario e assistenziale e la struttura

[92] Le ragioni dell'introduzione del sistema di accreditamento rispondono alla volontà di migliorare le prestazioni erogate attraverso un sistema di regolazione selettiva dell'offerta, garantire la libertà di scelta del cittadino e ottenere un maggior controllo della spesa pubblica in ambito sanitario e socio-sanitario (Ires Morosini et al., cit.).

ospitante, sempre che vi siano posti letto disponibili, è chiesta all'utente una retta di compartecipazione alle spese il cui costo varia da regione a regione.

Per far fronte, nelle sue indagini, alla estrema variabilità terminologica presente nelle varie regioni che rendeva difficile una classificazione complessiva del servizio, dal 2009 l'Istat ha modificato il sistema di raccolta dei dati. Tutte le strutture sono state registrate come "Presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali" e l'analisi dell'offerta viene condotta utilizzando le "unità di servizio" che all'interno di ciascun presidio erogano diverse tipologie di assistenza. Queste "unità" vengono classificate secondo quattro livelli di funzione: di protezione sociale, di livello di assistenza sanitaria erogata, di carattere di residenzialità e di target d'utenza prevalente (Guaita & Trabucchi, 2017)[93].

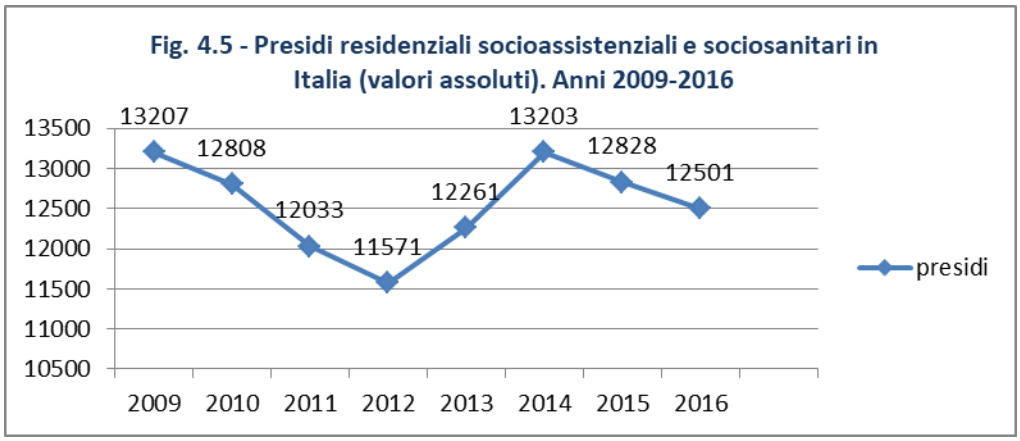
I dati numerici

Riguardo ai presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari in Italia si rileva che al 31 dicembre 2016 essi erano 12.501 (circa 700, cioè il 5,35%, in meno rispetto al 2009) con una calo in tutte le aree geografiche ad eccezione delle isole dove si nota una lieve crescita. Il numero maggiore di presidi è concentrato nelle regioni del centro nord. In rapporto alla popolazione (cioè numero dei presidi ogni 100.000 residenti) la prevalenza spetta in particolare alle regioni di nord est. (**Tab. 4.10, 4.11 e fig. 4.5**)

[93] Ecco quanto riportato sul sito I.Stat in merito alla nuova classificazione adottata: "L'indagine sui Presidi residenziali socio assistenziali, prevista dal Programma statistico nazionale in vigore (IST 00243), a partire dal 2009, amplia i suoi contenuti informativi, adeguandoli a quelle che sono le esigenze conoscitive legate al processo di integrazione socio-sanitaria, cioè a quel complesso di attività di assistenza rivolte alla persona, che sono finalizzate sia al soddisfacimento di bisogni di natura sociale, legati al disagio e all'emarginazione, sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria, legati all'invecchiamento della popolazione e alla disabilità. La rilevazione è stata riprogettata con la collaborazione degli esperti del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Cisis-Gruppo di Lavoro Politiche Sociali. L'indagine rileva l'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite nel corso dell'anno. La nuova rilevazione estende il campo di osservazione e aumenta il dettaglio delle informazioni raccolte, permettendo di documentare in maniera più puntuale sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale. In particolare la nuova indagine […], rileva tutte le strutture che rientrano nella definizione di presidio residenziale socio-assistenziale e socio sanitario. In tali strutture trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale".

Tab. 4.10 - Presidi residenziali socio-assistenziali (SA) e socio-sanitari (SS) in Italia (valori assoluti e % per 100.000 abitanti). Anni 2009-2016								
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Numero totale	13.207	12.808	12.033	11.571	12.261	13.203	12.828	12.501
% su 100.000 ab.	21,9	21,1	29,3	19,4	20,2	21,7	21,1	20,6

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani



Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Tab. 4.11 - Presidi residenziali socioassistenziali (SA) e sociosanitari (SS) per aree geografiche (valori assoluti e % su 100.000 ab. e sul totale nazionale dei presidi). Anni 2009, 2013, 2016							
	2009		**2013**		**2016**		
	numero	**% su 100.000 ab.**	**numero**	**% su 100.000 ab.**	**numero**	**% su 100.000 ab.**	**% sul totale dei presidi nazionali**
Nord Ovest	4.194	26,2	3,615	22,4	3.597	20,6	28,77
Nord Est	3.351	29,0	3.260	28.0	3.109	26,7	24,87
Centro	2.400	20,2	2.355	19,5	2.535	21,0	20,28
Sud	1.941	13,7	1.646	11,6	1.766	12,6	14,9
Isole	1.321	19,7	1.385	20,5	1.494	22,3	11,95

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Riguardo all'offerta di posti letto nei presidi, concentrando l'attenzione solo su quelli destinati agli anziani si nota un calo complessivo dal 2009 al 2016 (-4,15%) con un *trend* che ha conosciuto una ripresa a partire dal 2014, insufficiente però a colmare il *gap* verificatosi negli anni precedenti (**Tab. 4.12**). Anche la disponibilità di posti letto rispetto al numero complessivo degli anziani è in calo (da 2,60 a 2,23%).

Tab. 4.12 Posti letto operativi per anziani (65+) nei presidi SA e SS e % posti letto su totale anziani (valori assoluti e percentuali). Anni 2009-2016*								
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Posti letto per anziani	314.061	310.469	285.540	278.392	240.044	291.375	286.892	301.020
% Posti letto su totale anziani	2,60	2,54	2,32	2,25	1,90	2,24	2,17	2,23

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani
** L'indagine accomuna posti letti sia di tipo comunitario che familiare*

Interessante rilevare anche le differenze per aree regionali. Limitandoci al 2016 il maggior numero di posti letto è disponibile nelle aree di nord ovest e nord est del Paese con un tasso di copertura doppio rispetto alle regioni del centro e di molto superiore rispetto al sud e alle isole. (**Tab. 4.13**)

Tab. 4.13 - Posti letto operativi per anziani 65+ nei presidi SA e SS per area geografica (valori assoluti e percentuali). Anno 2016		
Aree geografiche	**Posti letto**	**% rispetto alla popolazione anziana dell'area considerata**
Nord ovest	124.065	3,30
Nord est	84.556	3,18
Centro	46.384	1,68
Sud	27.398	0,98
Isole	18.617	1,34
Totale	301.020	2,25

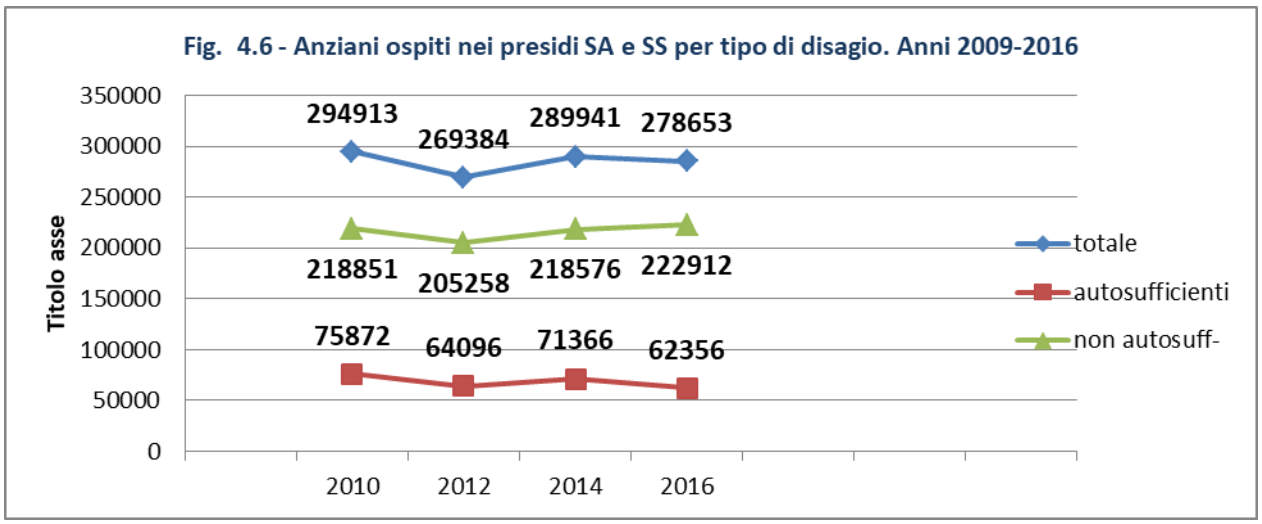
Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Passando dall'analisi dei posti letto a quella degli ospiti dei presidi si rileva, dal 2009 al 2016, un calo consistente, più massiccio in termini percentuali tra gli autosufficienti, anche qui con un lieve recupero a partire dal 2013 non bastante però a colmare il *gap* negativo accumulato nel quadriennio precedente (**Tab. 4.14 e fig. 4.6**). Tra le regioni più popolose solo Piemonte e Campania mostrano un *trend* positivo. Consistente il calo relativo alla Lombardia ma anche a regioni quali il Veneto, la Sicilia, l'Abruzzo, l'Emilia Romagna e la Toscana.

Tab. 4.14 - Anziani (65+) autosufficienti e non nei presidi SA e SS per regione (valori assoluti). Anni 2009 e 2016 e differenza							
	Anno 2009			Anno 2016			Diff. 2016-2009
Regioni	Autosuff.	Non aut.	Totale	Autosuff.	Non aut.	Totale	
Piemonte	12.680	23.599	36.279	10.966	30.206	41.172	+4.893
Valle d'Aosta	98	894	993	73	912	985	-8
Lombardia	7.231	71.075	78.307	3.983	61.924	65.907	-12.400
Liguria	3.972	7.113	11.085	3.535	8.752	12.287	+1.202
Veneto	6.644	30.429	37.073	4.253	29.129	33.382	-3.691
Trentino-A. Adige	867	7.459	8.326	468	8.797	9.265	+939
Friuli V. G.	2.396	8.947	11.343	1.784	8.473	10.257	-1086
Emilia-Romagna	4.829	24.162	28.991	3.469	23.315	26.784	-2.207
Toscana	5.462	12.402	17.864	3.397	12.130	15.527	-2.337
Umbria	623	1.893	2.515	991	2.116	3.107	+592
Marche	1.825	5.242	7.067	2.097	7.355	9.452	+ 2.385
Lazio	8.069	7.373	15.442	7.677	6.178	13.855	-1.587
Campania	2.428	900	3.328	3.438	2.021	5.459	+2.131
Abruzzo	2.982	4.739	7.721	1.714	2.702	4.416	-3.305
Molise	781	954	1.734	705	549	1.254	-480
Puglia	3.249	4.803	8.052	3.234	5.905	9.139	+1.087
Basilicata	494	703	1.197	974	986	1.960	+763
Calabria	1.651	2.259	3.911	1.492	2.207	3.699	-212
Sicilia	7.115	7.741	14.856	5.842	5.815	11.657	-3.199
Sardegna	2.473	2.494	4.967	2.263	3.442	5.705	+738
Totale	75.868	225.182	301.059	62.356	222.912	285.268	-15.791

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

I dati forniti dall'Istat riguardano gli anziani ospiti nei presidi al 31 dicembre di ogni anno ma non sono completamente rappresentativi del numero complessivo di anziani ospitati durante l'anno in quanto vi sono quelli che accedono al servizio nel corso dell'anno in sostituzione di quelli che lasciano (per dismissioni, trasferimenti o decessi). Il numero reale comprensivo del turn over è di circa 120% rispetto a quelli presenti al 31 dicembre (NNA, 2017: 44)



Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Il calo degli ospiti non autosufficienti è meno consistente rispetto a quello degli autosufficienti e questo *trend* si inverte se si considerano i dati relativi agli over 85 tra i quali i non autosufficienti aumentano in modo significativo, sia in termini assoluti che percentuali (**Tab. 4.15**). Questo conferma come le strutture residenziali sempre di più siano destinate a persone molto anziane non autosufficienti e come l'età del ricovero in tali strutture tenda a spostarsi in avanti. Ciò può non essere un male perché porta a ricercare e a sviluppare, per le persone meno dipendenti, forme di residenzialità più leggere e alternative rispetto alle RSA o a potenziare e migliorare l'assistenza domiciliare.

Tab. 4.15 - Anziani 85 + ospiti nei presidi SA e SS su totale anziani e tipo di disagio (valori assoluti e percentuali). Anni 2009-2016

	2009			2016		
	Austosuff.	Non aut.	totale	Autosuff.	Non aut.	Totale
Totale anziani 65+	75.868	225.182	301.059	62.356	222.912	285.268
Anziani 85+	31.416	113.643	145.059	27.815	124.984	152.799
% 85+ su totale anziani	41,41	50,47	48,18	44,61	56,07	59,16

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Le due tabelle seguenti (**Tab. 4.16 e 4.17**) indicano i bisogni degli anziani che vengono ospitati nei presidi in quanto sono classificati rispetto al tipo di funzione di protezione che queste svolgono nei loro confronti. I dati mostrano il prevalere della funzione sociosanitaria rispetto a tutte le altre mentre al secondo posto vi è il bisogno di accoglienza abitativa. Peraltro il raffronto tra i dati del 2009 e quelli del 2016 mostra un significativo aumento della funzione sociosanitaria ed un consistente calo di quella abitativa, fatto che trova indiretta conferma anche dal dato dell'aumento dei non autosufficienti ricoverati (che passa da 206.818 a 211.588) a fonte di un calo degli autosufficienti (da 34.194 a 33.057) con una consistente maggioranza di presenza femminile. Anche questi dati, uniti a quelli dell'aumento degli ultraottantacinquenni presenti, mostra come questi presidi vadano sempre di più nella direzione di diventare residenze destinate a persone molto anziane in gravi condizioni di salute.

Tab. 4.16 - Anziani ospiti nei presidi SA e SS per genere, funzione della protezione sociale e tipo di disagio. Anno 2009

Accoglienza di emergenza	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	1.080		1.551		**2.631**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos	Autos.	Non autos.
	852	228	1069	482	1921	710
Prevalente accoglienza abitativa	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	9.683		28.353		**38.036**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	7.570	2.113	21.372	6.981	29.942	9.094
Prevalente funzione tutelare	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	2.963		7.564		**10.527**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	1.929	1.034	4.543	3.021	6.472	4.056
Funzione socio-educativa	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	938		818		**1.756**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	546	392	411	407	957	799
Funzione educativo psicologica	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	9.46		1.779		**2.725**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	526	420	660	1.119	1.186	1.539
Socio-sanitaria	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	58.062		182.953		**241.015**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	9.800	48.262	24.398	158.555	**34.197**	**206.818**
Non indicata	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	1.105		3.254		**4.359**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	612	493	1.580	1.674	2.192	2.167
Totale	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	74.777		226.273		**301.049**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	21.834	52.942	54.034	172.239	75.868	225.182

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani.

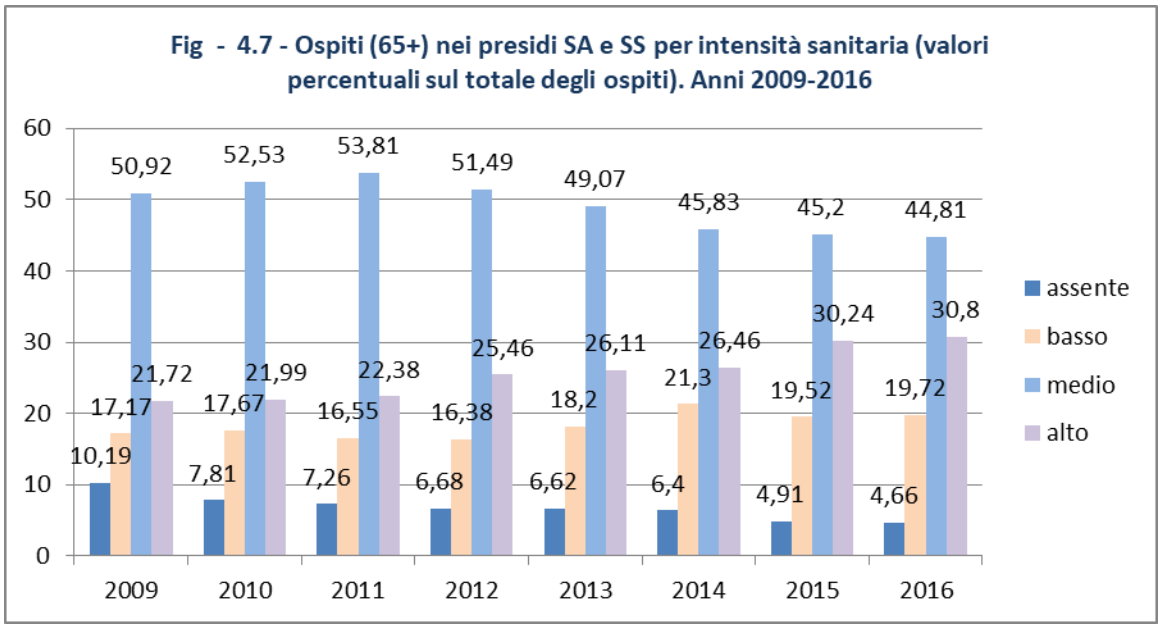
Tab. 4.17 - Anziani ospiti nei presidi SA e SS per genere, funzione della protezione sociale e tipo di disagio. Anno 2016						
Accoglienza di emergenza	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	253		194		**447**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos	Autos.	Non autos.
	178	75	117	77	295	152
Prevalente accoglienza abitativa	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	7.830		22.045		**29.875**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	6.259	1.571	16.726	5.319	22.986	6.889
Prevalente funzione tutelare	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	2.246		5.642		**7.888**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	1.536	710	3.325	2.317	4.861	3.027
Funzione socio-educativa	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	647		1.401		**2.048**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	325	322	682	719	1.007	1.041
Funzione educativo psicologica	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	128		161		**289**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	76	52	37	124	113	176
Socio-sanitaria	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	62.854		181.790		**244.645**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	9.857	52.997	23.199	158.591	**33.057**	**211.588**
Non indicata	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	33		43		**76**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	22	11	16	27	38	38
Totale	**Ms**		**Fm**		**Totale**	
	73.992		211.277		**285.269**	
	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.	Autos.	Non autos.
	18.254	55.738	44.103	167.174	62.357	222.912

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani.

La tabella seguente (**Tab. 4.18**) conferma questo dato: il numero di ospiti che negli ultimi anni sono bisognosi di un livello di assistenza sanitaria medio-alto è in costante e deciso aumento e raggiunge una percentuale di oltre l'85% sul totale degli ospiti, sempre con una netta prevalenza femminile.

Tab. 4.18 - Anziani ospiti dei presidi SA e SS per livello di assistenza sanitaria (valori assoluti e % su totale ospiti 2016). Anni 2009, 2013, 2016				
	2009	2013	2016	
			Valori assoluti	% su totale ospiti
Assente	30.682	18.443	13.296	4,66
Basso	51.685	50.678	56.266	19,72
Medio	153.292	136.634	127.839	44,81
Alto	65.390	72.716	87.867	30,80

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani



Fonte: NNA 6° rapporto. Elaborazione su dati Istat

Tab. 4.19 - Anziani ospiti nei presidi SA e SS per livello di assistenza sanitaria e per genere (valori assoluti e percentuale sul totale ospiti) anno 2016					
	Ms	%	Fm	%	Totale ospiti
Assente	3.924	29,51	9.372	70,49	13.296
Basso	14.651	26,04	41.615	73,96	56.266
Medio	32.402	25,35	95.437	74,65	127.839
Alto	23.014	26,19	64.853	73,81	87.867

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Da tutti questi dati si evince come le RSA stiano diventando la risposta assistenziale privilegiata per anziani over 80 in condizioni sempre più gravi. Il "paziente-tipo" di una RSA, secondo una ricerca promossa da SPI-CGIL (Ires Morosini et al., 2018), si configura con:

-età media 83 anni e 6 mesi;

-in prevalenza donna (circa il 70%);

-affetto da almeno 4 patologie;

-assume 5 farmaci al giorno;

-ha 4,2 funzioni vitali compromesse;
-ha un deficit cognitivo medio di 3,2 su una scala di 7 (secondo il *Cognitive Performance Scale* di Morris et al., 1994)

Per quanto riguarda la titolarità dei presidi, il calcolo, sempre riferito ai posti letto, evidenzia sul piano nazionale una titolarità pubblica (comuni, unioni di comuni, ASL, regioni) che riguarda poco più del 25% dei casi (in ribasso rispetto al 2009 quando raggiungeva il 30%), mentre poco più del 70% sono a gestione non profit o profit (l'incremento maggiore, rispetto al 2009 si registra nel settore non profit). (**Tab. 4.20**) In calo è anche la quota di finanziamento pubblico destinata a queste strutture. (**Tab. 4.21**) Considerando le varie aree geografiche si nota una netta prevalenza della titolarità pubblica nel nord est (46,64%), grazie anche alla presenza delle regioni autonome (le uniche nelle quali la titolarità pubblica è superiore a quella profit e non profit; per Bolzano e Trento il valore è quasi di 2:1). Nelle regioni del nord ovest invece vi è una prevalenza del non profit sia in termini assoluti che in percentuale rispetto ai posti letto complessivi nelle residenze. Profit e non profit prevalgono nel centro sud (**Tab. 4.22, 4.23**); la tendenza generale è comunque quella di un calo complessivo e graduale dell'intervento pubblico nel sistema dell'assistenza residenziale. Dato, questo, di difficile interpretazione ma che sicuramente mostra la difficoltà crescente delle istituzioni pubbliche a far fronte ai problemi dell'assistenza agli anziani come pure invece l'intervento sempre più significativo del mercato.

Tab. 4.20 - Posti letto per natura giuridica del titolare (valori assoluti e percentuale sul totale). Anni 2009 e 2016

	2009		2016	
	Valori assoluti	% sul totale posti letto	Valori assoluti	% sul totale posti letto
Pubblico	130.982	30,52	110.105	26,66
Non profit	184.005	42,87	198.818	48,14
Profit	99.832	23,26	102.762	24,88
Non indicato	14.401	3,36	1.286	0,31
Totale	429.220	100,00	412.971	100,00

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani.

Tab. 4.21 - Finanziamento pubblico ai presidi (valori assoluti e percentuali su posti letto). Anni 2009 e 2016

	2009		2016	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Con finanziamento pubblico	338.039	78,76	189.370	70,07
Senza finanziamento pubblico	91.180	2124	92.638	22,43
Non indicato	0	0	30.964	7,5

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Tab. 4.22 - Distribuzione per aree geografiche dei posti letto per natura giuridica del titolare (valori percentuali sul totale dei posti letto di ogni tipologia) anno 2016						
	Nord ovest	**Nord est**	**Centro**	**Sud**	**Isole**	
Pubblico	26,96	46,64	15,26	5,80	5,34	100
Non profit	44,05	20,17	15,38	10,52	9,87	100
profit	38,48	16,90	18,86	16,61	9,14	100

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani – Elaborazione.
In questa tabella sono stati tralasciati i conteggi per i presidi che non hanno indicato la titolarità ma che sono riportati nelle rilevazioni I-Stat. Il loro numero è comunque esiguo rispetto ai valori complessivi registrati.

Tav. 4.23 - Posti letto per natura giuridica del titolare per aree geografiche (valori percentuali sul totale dei posti letto per area) Anni 2009 e 2016										
	Nord Ovest		**Nord Est**		**Centro**		**Sud**		**Isole**	
	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016
Pubblico	24,36	18,93	50,50	47,19	28,20	24,70	14,84	14,39	17,70	16,85
Non profit	52,72	55,85	31,77	36,85	31,47	44,94	51,22	47,13	42,30	56,24
Profit	20,49	25,22	14,89	15,96	35,11	28,48	29,18	38,46	33,30	26,91
Non ind.	2,43	0	1,98	0	5,22	1,87	4,76	0,02	6,70	0
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Una recente ricerca (Fosti & Notarnicola, cit.) individua, partendo dalle dimensioni dei presidi, due diversi profili di soggetti gestori (tra i quali se ne può individuare uno intermedio), molto diversi e opposti tra loro per caratteristiche e strategie di azione. Vi sono da una parte i piccoli gestori costituiti da enti creati e gestiti con riferimento ad una singola struttura (residenziale per anziani). Si tratta molto spesso di fondazioni, enti pubblici o cooperative, nati per far fronte ad esigenze assistenziali proprie del loro territorio e della loro comunità di riferimento. La *mission* dell'ente gestore in questo caso è quella di gestire al meglio il singolo servizio, senza l'ambizione o la necessità di interagire con altri *setting* assistenziali. Le dimensioni sono piccole e questo comporta notevoli dispendi economici in quanto è stato calcolato che l'equilibrio tra qualità e compatibilità economica si realizza attorno ai 120 posti letto (Trabucchi, 2014); il loro fatturato complessivo è inferiore a 1,5 milioni di euro; il gestore si identifica quindi con la singola struttura. Al contrario vi sono gruppi di aziende che si caratterizzano per essere nati con l'obiettivo di offrire una rete di servizi includendo diverse strutture residenziali (ma non solo) e gestendo una offerta variegata destinata a uno o più territori, ampliando gli interventi anche al comparto sanitario, con servizi di riabilitazione o case di cura per completare la filiera. Ritroviamo in questa categoria sia enti e aziende pubbliche che aziende private profit e no profit la cui *mission* è orientata ad una presenza diffusa nei territori dove operano, e nei diversi livelli della filiera assistenziale. Data la varietà del loro

posizionamento facilmente assumono grandi dimensioni con un fatturato per servizi che può variare in modo molto ampio, dai 15 ai 300 milioni di euro. Tra questi due profili si collocano numerosi enti di profilo intermedio con caratteristiche ibride per origine, composizione dell'attività, dimensione e fatturato. A questa analisi va aggiunto che tra i soggetti profit prevale la presenza di grandi gruppi (di recente in fase di espansione) spesso strettamente connessi al settore sanitario o ad altri settori industriali e finanziari. Viceversa i soggetti non profit sono in molti casi di matrice cattolica e legati a ordini religiosi o al mondo cooperativo con livelli molto eterogenei di diffusione di funzioni e competenze manageriali e diverse strategie di sostenibilità. Sempre in questa ricerca si calcola che il numero medio di strutture sociosanitarie gestite da ogni azienda è di 2,07. Riguardo alle dimensioni dei presidi la ricerca SPI-CGIL relativa al 2017 evidenzia come Il 10,3% delle strutture sia di dimensione inferiore ai 20 posti letto, Il 33,1% di dimensione tra i 21 e 50 posti letto, il 38,9% tra 52 e 100 posti letto e il 17,7% oltre i 100 (Ires Morosini et al., cit.).

L'ultimo dato interessante riguarda il personale impegnato nelle strutture residenziali per il quale si nota un significativo incremento, nonostante il calo degli ospiti. Questo aumento, e la prevalenza di operatori nel campo sanitario e dell'assistenza alla persona, sono indicatori sia del miglioramento della qualità del servizio erogato sia del fatto che i bisogni sempre più prevalenti degli ospiti sono di carattere sanitario e che le loro condizioni richiedono un'assistenza più intensa. (**Tab. 4.24 e 4.25**)

Tab. 4.24 - Personale in forza ai presidi SA e SS (valori assoluti). Anni 2009 e 2016

	2009	2016
Personale retribuito	321.194	327.466
Personale volontario	42.413	62.855

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Tab. 4.25 - Personale in forza ai presidi SA e SS per qualifica professionale (valori assoluti). Anno 2016	
Qualifica professionale	
Direttori e dirigenti generali di aziende	9.457
Impiegati	13.246
Medici di medicina generale	6.152
Specialisti in terapie mediche	3.283
Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche	5.767
Sociologi	310
Assistenti sociali	4.130
Insegnanti nella formazione professionale	304
Educatori professionisti	23.784
Animatori	4.723
Mediatori culturali	582
Professioni sanitarie infermieristiche	37.579
Fisioterapisti	10.097
Terapisti riabilitazione	804
Logopedisti	867
Assistenti sanitari	107.927
Altri addetti assistenza persona	40.522
Addetti ristorazione	14.556
Altri addetti servizi generali	31.086
Altro personale	12.251

Fonte: I-Stat: Assistenza residenziale. Anziani

Ripartizione dei costi e rette

Un altro capitolo importante per la piena comprensione del funzionamento del sistema residenziale riguarda il problema dei costi e delle rette. Per le forme di lungo-assistenza residenziali e semiresidenziali la spesa sanitaria (riferita in particolare al personale e ai materiali di consumo) è a carico del SSN (DPCM 14 febb. 2001[94] e 29 nov. 2001[95]), ed è stabilita al massimo nella misura del 50% del costo complessivo del servizio. La quota sociale comprendente i costi di erogazione dei servizi alberghieri e del funzionamento della struttura (ricevimento e accoglienza degli ospiti, aiuto alla persona nello svolgimento di funzioni essenziali quali nutrizione, mobilità ecc, animazione e accompagnamento all'esterno, servizio nella camere, pulizia e mantenimento degli ambienti comuni, cucina e ristorazione, lavanderia e stireria, trasporto esterno per visite e prestazioni ambulatoriali) in linea di massima grava sull'assistito mentre i comuni intervengono quando l'assistito dispone di un reddito insufficiente a coprire il costo. Mentre quindi sono le regioni a stabilire l'entità della quota sanitaria e della quota alberghiera (a volte solo una di queste,

[94] GU Serie Generale n.129 del 06-06-2001 reperibile su https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/06/06/001A6080/sg

[95] GU Serie Generale n.33 del 08-02-2002 - Suppl. Ordinario n. 26 reperibile su https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/02/08/02A00907/sg

a volte entrambe)[96] sono poi i comuni in ultima analisi a stabilire il carico di spesa dell'utente, e questo introduce ulteriori elementi di eterogeneità anche tra comuni vicini o della stessa regione oltre che essere un "potente strumento di politica sociale" (Pesaresi, 2016)[97]. In ogni caso, considerando la media nazionale (dati del 2016) l'obiettivo di non far pagare più del 50% dei costi del servizio sembra essere stato raggiunto in quasi tutte le regioni (**Tab. 4.26**).

Tab. 4.26 - Ripartizione dei costi fra sociale e sanitario (in percentuale) per l'assistenza nei presidi per regioni e quota giornaliera. Anno 2016

Regione	Quota sanitaria (%)	Quota sociale-alberghiera (%)	Quota sociale-alberghiera per giorno in €
Piemonte	50	50	36-53
Valle d'Aosta	60	40	59
Liguria	46-62	38-54	42-55
Lombardia	30-46	54-70	58-66
Trentino-Alto Adige	53-67	33-47	46-51
Veneto	50	50	47
Friuli-Venezia Giulia	70	30	30-66
Emilia-Romagna	35-46	54-65	50
Toscana	54-62	43-50	50
Umbria	79-82	18-21	19
Marche	65	35	42
Lazio	50	50	49-59
Abruzzo	67-76	24-33	39-54
Molise	50	50	38
Campania	50	50	53-61
Pglia	50	50	43
Basilicata	81	19	20
Calabria	78	22	30
Sicilia	50	50	56
Sardegna	50	50	59-64
Italia	55	45	47

Fonte: Pesaresi 2016

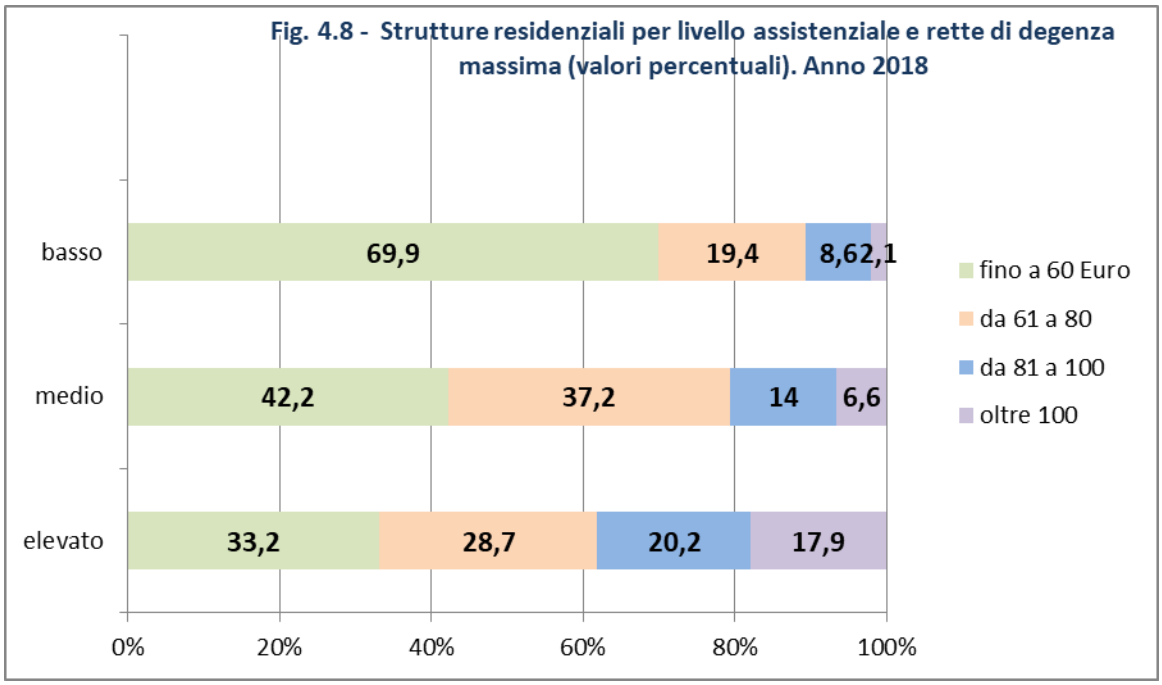
[96] Lombardia, Veneto, province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono solo la quota sanitaria, le altre regioni entrambe le quote.

[97] Ulteriori disparità nascevano dai diversi criteri utilizzati per la determinazione del reddito. A partire dal 2015, con l'entrata in vigore dell'ISEE specifico per l'accesso alle prestazioni residenziali (ISEE sociosanitario-residenze) si è introdotta una maggiore uniformità nella determinazione dei redditi nelle normative locali anche se rimangono altri elementi di differenziazione (ad esempio la valutazione di redditi non fiscalmente rilevanti, la non totale utilizzazione delle quote di reddito per la determinazione, in quanto si ritiene che una parte delle risorse economiche vada lasciata all'assistito per le sue piccole spese, la decorrenza del pagamento, che non in tutti i casi viene fatta coincidere col primo giorno ecc.) (Falasca, C. cit.).

Questa ripartizione dei costi, che può sembrare equa, finisce per penalizzare i ricoveri per i casi che richiedono maggiore assistenza di tipo sanitario, attrezzature, medicinali, in quanto questi tipi di intervento richiedono costi maggiori. L'applicazione automatica del 50% penalizza i pazienti con queste caratteristiche in quanto il loro 50% di quota risulta più elevato in termini assoluti rispetto a quello di pazienti in condizioni meno gravi, questo anche perché quasi tutte le regioni, anziché utilizzare il calcolo analitico dei costi effettivi, applicano un costo forfettario indipendentemente dalla tipologia degli interventi (Pesaresi, 2016).

Una ricerca più recente analizza il costo delle rette giornaliere in relazione al livello assistenziale a livello nazionale (SPI-CGIL- Ires Morosini, 2018). Da questa analisi emerge che l'importo giornaliero cresce con il livello assistenziale. Le strutture che si rivolgono a un'utenza prevalentemente autosufficiente e che quindi offrono un livello assistenziale basso, come case famiglia, comunità alloggio e case albergo, hanno nella maggior parte dei casi una retta massima pari o inferiore ai 60 euro giornalieri, mentre al crescere della complessità assistenziale la retta tende ad aumentare: il 18% delle strutture che offrono questo tipo di assistenza applica una retta massima superiore ai 100 euro giornalieri (**Fig. 4.8**)

Fig. 4.8 - Strutture residenziali per livello assistenziale e rette di degenza massima (valori percentuali). Anno 2018



Fonte: SPI-CGIL – Fondazione Ires Morosini, 2018

I sistemi tariffari utilizzati per determinare le rette sono sostanzialmente due: la tariffa per giornata di degenza e la tariffa giornaliera per caso trattato.

La prima è il sistema più semplice e più utilizzato in quanto prevede una tariffa uguale per tutti e viene calcolata semplicemente rapportando la spesa complessiva annua prevista e il

numero di giornate di degenza che si prevede di erogare nell'anno. È un sistema alquanto approssimativo perché non tiene conto dei diversi bisogni assistenziali e della diversa complessità dei casi trattati. Per questo sono stati introdotti dei correttivi quali la differenziazione tariffaria in base alle diverse strutture ospitanti oppure lo scorporo dalle tariffe dei costi per visite specialistiche, esami diagnostici o farmaci, che vengono fatturati a parte[98].

Viceversa le tariffe giornaliere per caso trattato tengono conto delle differenti condizioni di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse. Per questo sono ritenute più eque ed efficaci. Ogni ospite-paziente viene valutato nei suoi bisogni assistenziali per stimare la quantità di cure di cui ha bisogno e classificato all'interno di una scala[99]. La determinazione della tariffa complessiva avviene in genere collegando le tariffe giornaliere al grado di classificazione riconosciuto per il paziente. In entrambi i casi la parte sanitaria delle tariffe è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Per tutte queste ragioni le tariffe giornaliere omnicomprensive possono essere molto diverse fra una regione e l'altra. La cosa è in parte comprensibile data la grande varietà degli standard di personale assistenziale che si registrano nelle diverse regioni. La tariffa media non ponderata[100] è di 112,60 euro al giorno, mentre la mediana[101], che è più rappresentativa dell'andamento nazionale, è di 107,50 euro al giorno. Questa tendenza è in crescita, seppur non in tutte le regioni. Negli ultimi 4 anni la metà delle regioni ha comunque ritoccato al rialzo le proprie tariffe determinando un aumento costante della tariffa media non ponderata italiana di circa un euro all'anno (Pesaresi, 2019). In generale si può con sicurezza dire che il costo delle rette non è facilmente accessibile per anziani e famiglie con redditi medio-bassi e a volte richiede anche sacrifici consistenti. D'altro canto, un'indagine del 2015 (Gori & Rusmini, cit.) faceva emergere tutte le difficoltà dei gestori a mantenere la sostenibilità economica delle strutture. Vari fattori spingono sempre più verso l'alto i costi: dalle condizioni sempre più gravi degli anziani ricoverati che necessitano quindi di cure più intense e costose, alla continua richiesta da parte dei legislatori di requisiti gestionali, di struttura e personale che gravano sui costi di gestione, alla continua diminuzione dei contributi dei Servizi Sanitari Regionali per la quota sanitaria di loro spettanza. A questi va naturalmente aggiunta la sempre più ridotta capacità delle famiglie di far fronte alla loro parte di retta. I gestori si trovano così di fronte a scelte difficili se non

[98] Questo sistema è utilizzato dalle regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano.

[99] In Italia il sistema di classificazione più noto è il SOSIA che viene utilizzato dalla Regione Lombardia.

[100] Si tratta della media fra tutte le regioni senza tener conto del diverso numero di presidi presenti in regione.

[101] È l'importo al di sotto del quale si colloca la metà delle tariffe regionali.

drammatiche: o abbassare gli standard per rimanere competitivi a livello economico, o, per mantenere alti gli standard, tagliare su manutenzione e personale, alzare le rette oppure trovare altre soluzioni quali rivalersi sui servizi aggiuntivi aumentandone le tariffe. In tal modo però di fatto si finisce per selezionare l'utenza verso le fasce più abbienti della popolazione.

Le criticità del sistema residenziale italiano e la "bad reputation" delle RSA

Oltre ai costi delle rette, problema di non poco conto, il sistema residenziale in Italia presenta altre notevoli criticità ed ha goduto in passato di una significativa *bad reputation*. Ancora nel 2015 una ricerca contenuta nel 49° rapporto del Censis lo confermava. Più della metà degli italiani esprimeva un giudizio negativo su tale sistema anche, se per la verità, era un giudizio motivato più dalla convinzione che l'anziano stesse meglio in famiglia che non dalla rilevazione delle carenze del sistema in sé (solo il 17,2% lo rifiutava perché considerato un ghetto, e il 17,3% lo accettava a condizione che migliorasse la qualità) (**Tab. 4.32**)

Tab. 4.27 - Giudizio degli italiani sulla residenzialità per anziani non autosufficienti (valori percentuali). Anno 2015

	Valori %
Non mi piace	61,9
È meglio che restino a casa propria, se ne devono occupare le famiglie	44,7
Perché sarebbe un ghetto; è meglio stare in un normale edificio, anche se adattato per le proprie esigenze	17,2
Mi piace	20,8
Perché sono contesti in cui le persone trovano supporto e assistenza	14,2
Perché consentono di non dipendere da altri Nemmeno dai propri famigliari	6,6
Mi piacerebbe se la qualità delle strutture residenziali fosse più alta	17,3
Totale	100

Fonte: 49° rapporto Censis 2015, Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali.

Al di là del sondaggio, sono i più accorti operatori del settore che rilevano nel sistema varie criticità dovute soprattutto all'eccesso di istituzionalizzazione, cioè alla focalizzazione eccessiva sull'aspetto istituzionale e quindi organizzativo, che tende a prevalere sulle reali esigenze dell'anziano ospite. Vi è un'attenzione prevalente a che la struttura nel suo insieme funzioni in modo ordinato e questo porta a una non piena valorizzazione dell'identità, dei bisogni e dell'autonomia residua dell'anziano ospite, le cui competenze elementari non vengono valorizzate ma al contrario costrette entro i rigidi schemi organizzativi. Questo porta a un eccesso di preoccupazione regolamentativa con il suo seguito di impersonalità, burocrazia, imposizione, standardizzazione degli interventi.

L'anziano ospite, ancor più se malato, viene visto solo nei suoi aspetti deficitari da gestire al meglio senza danni o ricadute negative sull'organizzazione d'insieme della struttura (Vigorelli, 2012).

Questa logica organizzativa crea disagio e disfunzionalità agli stessi operatori che già vivono sul piano emozionale una situazione difficile, essendo quotidianamente a contatto con la malattia, il deficit e la morte, e che sono portati ad esercitare, anche contro la loro volontà, un atteggiamento impositivo nei confronti dei pazienti più deboli ai quali si chiede di rispettare le regole, gli orari, gli spazi da frequentare, di partecipare alle attività anche quando non ne hanno voglia. Questo atteggiamento tende a peggiorare ultimamente a causa della logica di mercato sempre più prevalente per la quale si devono contenere i costi, con una sorta di efficientismo quasi tayloristico (Borsato, 2012; Fazzi, 2014). Dietro a tutto questo emerge un ritorno a una logica "custodialistica" da cui qualche decennio fa le RSA avevano iniziato ad allontanarsi.

Nelle RSA l'anziano finisce per arrivare quando è molto avanti con l'età ed è in condizioni di avanzata se non totale dipendenza per le quali non si ritiene più possibile alcuno spazio di attività autonoma. In pratica questi istituti sono luoghi dove l'anziano va per morire. Dal punto di vista dell'anziano ancora presente a se stesso inoltre entrare in una "casa di riposo" significa tagliare definitivamente con il proprio passato, la propria storia e quindi la propria identità, cambiare profondamente i legami con i propri famigliari e amici, perdere il residuo controllo della propria vita e dei vissuti positivi ad essa associati (Mor et al. , 1995). È un evento devastante (Tobin, 1989). Per lui l'arco della vita si spezza e si crea un tempo del "prima" e un tempo del "dopo" rispetto all'ingresso nell'istituto (Vigorelli, cit.).

Naturalmente quanto detto vale in termini generali e non tiene conto delle significative innovazioni che un certo numero di RSA, alcune delle quali vere eccellenze anche sul piano internazionale, stanno realizzando, mediante progetti che pongono al centro l'anziano e ne valorizzano tutte le capacità e potenzialità[102]. Per quanto interessanti e portatrici di nuove prospettive, queste esperienze sono quantitativamente limitate e possono essere viste più come "casi pilota" che come descrittori di una situazione generalizzata[103].

[102] Una presentazione di alcuni tra questi progetti innovativi realizzati in presidi residenziali per malati di Alzheimer si trova in Vigorelli (cit.). Di tali metodi e dei principi che li guidano si è dato conto nel paragrafo 3.6 del presente lavoro. Di altre esperienze significative si parlerà nel successivo par. 4.4.3.

[103] La diffusione della pandemia di Covid-19 ha avuto un impatto catastrofico sulle RSA dove si è registrata un'elevatissima percentuale di mortalità e ciò ha determinato un ulteriore crollo della loro immagine pubblica già debole (Cardenas, 2020; Pasquinelli 2020). Si è parlato, per le RSA, di una "*ground zero*", di una tragedia paragonabile a quella dell'attentato alle Torri Gemelle (Barnett & Grabowski, 2020). La pandemia ha spezzato l'anello più debole della catena socio-assistenziale, quello più vulnerabile proprio per la sua natura di residenzialità, cioè di struttura di coesistenza stabile e di grandi dimensioni tra persone fragili e

Queste criticità insieme ai costi delle rette e ad altri fattori quali la maggiore presenza nelle famiglie di persone disoccupate che possono occuparsi degli anziani, la disponibilità di badanti che, come detto, comportano oneri di spesa più convenienti rispetto alle rette per i ricoveri, la possibilità di usare come integrazione del reddito famigliare la pensione dell'anziano tenuto a domicilio o l'Indennità di Accompagnamento fanno sì che diminuisca il ricorso all'istituzionalizzazione e spingono verso la "rifamilizzazione del care", cioè un ritorno in famiglia della cura degli anziani non autosufficienti, segnalata da molti osservatori (per tutti Gori & Rusmini, cit.; Trifiletti, cit.; Tidoli, 2014 sulla situazione in Lombardia). Si tratta di un ritorno non dovuto ad un progetto generale e coerente di policy basato sulla consapevolezza del valore dell'*ageing in place* (tanto è vero che non si assiste ad una contemporanea crescita significativa dell'interesse pubblico e dei relativi finanziamenti in favore della domiciliarità) ma che nasce da esigenze di carattere economico-pratico delle famiglie che si auto-organizzano cercando, come già detto, soluzioni "fai da te". In Italia si assiste alla coesistenza di due fenomeni altrimenti alternativi nel resto d'Europa: il calo degli utenti dei servizi residenziali, insieme al calo degli interventi pubblici a favore della domiciliarità, il tutto nella sostanziale inerzia dello stato (Costa, 2013). Si tratta di una situazione che non può che essere di equilibrio precario e che rischia per il futuro di esplodere[104].

---

quindi potenzialmente vittime. L'analisi di questo impatto, al momento della chiusura del presente lavoro, è appena avviata e richiederà lunghe e approfondite indagini. Quello che già sta emergendo è che la pandemia ha trovato impreparate le RSA a tutti i livelli: mancanza di strutture (ad esempio di spazi protetti per malati), di protocolli di intervento adeguati, di farmaci, di strumenti di protezione individuale, di personale preparato, di accompagnamento psicologico per ospiti, personale, famigliari. La stessa comunicazione all'interno e verso l'esterno è risultata carente. È come se un piccolo granellino di sabbia avesse fatto saltare tutto l'ingranaggio comunque già fragile. E le conseguenze a vari livelio sono drammatiche, non ultimo l'impatto psicologico su anziani ospiti, famigliari e personale che è stato sottoposto a terribili *stress* e a rischi elevatissimi. Non tutte le responsabilità sono comunque da ascriversi alle RSA, che sono divenute una sorta di capro espiatorio su cui sono state riversate colpe che sono di altri. Secondo Gori e Trabucchi (2020) questa drammatica vicenda mette in luce come l'intero sistema del LTC sia costruito su basi fragili: si è investito troppo negli anni scorsi sulla residenzialità delle RSA ignorando forme di residenzialità alternative, più leggere, che invece, per la loro natura e le loro dimensioni più ridotte, hanno resistito meglio all'impatto. Occorre quindi che questa tragedia diventi spunto di riflessione e di azione per modificare l'intero assetto del sistema LTC, andando sempre più verso la domicilairità assistita e la residenzialità leggera.

[104] Alla *bad reputation* delle strutture residenziali concorre anche il verificarsi talvolta di abusi e di veri e propri illeciti che, per quanto limitati di numero, vengono amplificati oltre misura dai mezzi di comunicazione e che comunque sono indicativi di una situazione da monitorare con frequenza. In una comunicazione dei NAS alla Commissione parlamentare di inchiesta sul SSN si dice che negli anni 2010-2011 sono stati effettuati quasi 5.000 controlli sulle strutture recettive per anziani, con la scoperta di 1.473 di casi di non conformità; in gran parte si trattava di rilievi di carattere amministrativo o strutturale. Gli arresti sono stati 14; 1.444 le sanzioni penali, 150 i provvedimenti di chiusura. 16 sono state le denunce per

4.2.3 - Una valutazione complessiva del sistema di LTC in Italia

Insufficiente copertura del bisogno

Determinare quanto l'offerta di servizi per il LTC in Italia copra i bisogni reali della popolazione anziana è operazione alquanto complessa per una serie di ragioni, soprattutto, come detto, per la frammentarietà, l'incompletezza e la non omogeneità dei dati disponibili in quanto provenienti da fonti informative differenti (ad esempio Istat e Ministero della Salute). Inoltre esiste una discrepanza temporale anche cospicua tra il momento in cui le rilevazioni vengono effettuate e quello in cui i dati rielaborati vengono pubblicati. Il rischio è quindi quello di ragionare su dati in grande o piccola misura già obsoleti e superati nel momento in cui si analizzano. Una ricerca condotta dall'Osservatorio *Long-Term Care* nato dalla collaborazione tra Essity e il Gruppo di ricerca sui servizi sociali e sociosanitari del Cergas SDA Bocconi (Fosti & Notarnicola, 2019) pubblicata nel 2019 e relativa agli anni 2013-2016, mostra come, a fronte di un bisogno che, nel 2016, si stimava intorno ai 2.900.000[105], gli utenti effettivamente in carico ai vari servizi ammontavano a 1.492.493 con una copertura del 37,0% per i servizi socio-sanitari (comprendenti i servizi residenziali, semiresidenziali e ADI) e del 14,3% per i servizi strettamente sociali (residenziali, semiresidenziali, Centri estivi ed altri centri di aggregazione, SAD) (**Tab. 4.28; 4.29**).

Tab. 4.28 - Tasso di copertura del bisogno per anziani (65+) non autosufficienti o con limitazioni funzionali (valori percentuali su dati assoluti)*. Anni 2013-2016

Anno	Popolazione anziana di riferimento	Stima del bisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi sociosanitari (SS) sul totale del bisogno	Tasso di copertura servizi sociali (SA) sul totale del bisogno
2013	12.639.829	2.781.157	1.391.616	29,2%	20,8%
2014	13.014.942	2.809.211	1.367.101	32,3%	16,4%
2015	13.219.074	2.847.814	1.421.372	31,8%	18,0%
2016	13.528.550	2.909.090	1.492.493	37,0%	14,3%

Fonte: *Osservatorio Long-Term Care. 2° rapporto*

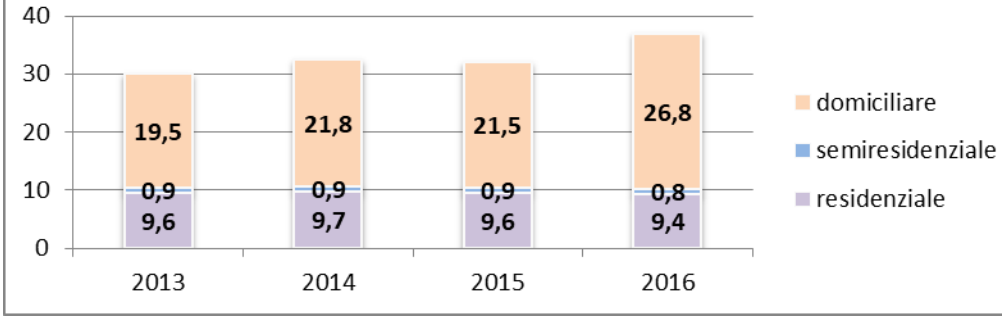
sequestro di persona, 129 per abbandono di incapace, 51 per maltrattamenti, 236 per esercizio abusivo della professione sanitaria, 53 per distribuzione di farmaci guasti. 13 sono stati i casi di omicidio colposo. Questi dati rivelano come talvolta, dietro all'impegno assistenziale per gli anziani, possano nascondersi ben altri interessi (Falasca, C. cit.).

[105] La stima del bisogno potenziale, cioè della popolazione anziana non autosufficiente è stata ottenuta calcolando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia (dati Istat) moltiplicata per il numero di anziani che non vivono stabilmente in istituti; a questo si è sommato il numero di ospiti stabili di istituti (dati I.Stat). I dati considerati sono relativi agli anni presi in esame oppure più vicini ad esso (Fosti & Notarnicola, 2018: 31).

Tab. 4.29 - Tasso di copertura del bisogno di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani (65+) non autosufficienti o con limitazioni funzionali (valori percentuali su dati assoluti)*. Anno 2016				
Stima del bisogno potenziale	**Servizio**	**Totale utenti in carico al servizio in oggetto**	**Tasso di copertura dei servizi sociosanitari (SS)**	**Tasso di copertura dei servizi sociali (SA)**
2.909.090	Residenziale	287.328	9,4%	0,5%
	Semiresidenziale	294.063	0,8%	9,3%
	Domiciliare	911.102	(ADI) 26,8%	(SAD) 4,5%
	Totale	1.492.493	37,0%	14,3%

Fonte: Osservatorio Long-Term Care. 2° rapporto

Fig. 4.9 - Copertura del bisogno dei servizi sociosanitari per tipo di servizio per anziani (65+) non autosufficienti (valori percentuali)*. Anni 2013-2016



Fonte: Osservatorio Long-Term Care. 2° rapporto

**Bisogna tener presente che in tali dati gli utenti possono essere conteggiati due volte (ad esempio perché utilizzano centri diurni e sono al tempo stesso destinatari di servizi di assistenza domiciliare). Questo dato non è del tutto eliminabile in base alle informazioni disponibili. Tenendo conto di questo il numero complessivo di utenti coperti dai servizi si riduce ulteriormente*

In questi conteggi non si teneva però conto dei trasferimenti in denaro tramite IDA e *voucher*, trasferimenti che comunque, come visto, costituiscono un supporto fondamentale per le famiglie che assistono gli anziani in casa (**si veda più avanti Tab. 4.30**)[106]. D'altro canto, non appare sufficiente conteggiare il numero di persone in carico a determinati servizi per darne una valutazione adeguata, senza tener conto dell'intensità di tali interventi. In ogni caso la percentuale di copertura rilevata risulta piuttosto bassa: poco più di un terzo per i servizi socio-sanitari, meno ancora per quelli più strettamente sociali che hanno conosciuto un calo vistoso in questi ultimi anni. Anche questo dato conferma, oltre che l'inadeguatezza complessiva del sistema, un deciso sbilanciamento verso gli interventi sanitari, in confronto a quelli di tipo sociale che sono anche preventivi rispetto al peggioramento delle condizioni sanitarie. Inoltre da questi dati emerge come nel campo dei servizi sociosanitari prevalga nettamente la domiciliarità (tramite i servizi di ADI di cui

[106] Nel 6 rapporto NNA vi sono stime diverse relative agli anni 2013, 2014 e 2015, stime ottenute analizzando in modo separato gli utenti dei vari servizi e calcolando la percentuale degli utenti sul totale degli anziani over 65 e non sul totale del bisogno: gli utenti SAD (2013) erano l'1,2% degli anziani; del servizio ADI (2013) 4,8%; dei servizi residenziali (2014) il 2,2 %; dell'IDA (2015) 11,5. Si tratta di stime ancora più basse (Barbabella et al., 2017).

però si è già parlato in termini di inadeguatezza complessiva); scarsa invece è l'incidenza della residenzialità e quasi del tutto assente quella della semiresidenzialità. Questo *trend* si è andato consolidando negli ultimi anni, con un netto aumento dei servizi domiciliari a fronte di una sostanziale stabilità per quanto riguarda gli altri servizi (**Tab. 4.29 e Fig. 4.9**). Più del 60% del fabbisogno rimane comunque disatteso.

Inadeguatezza strutturale e mancanza di una governance coerente ed unitaria

A questa inadeguatezza quantitativa si aggiungono criticità sul piano della qualità degli interventi. In sintesi, i punti critici più evidenti, già analizzati in precedenza sono:

-l'offerta generica dei servizi e la standardizzazione degli interventi, intesi più come erogazione di prestazioni che non come progettazione personalizzata di percorsi di accompagnamento e assistenza; questi interventi non sempre rispondono alle specificità dei bisogni degli utenti (da questo punto di vista l'introduzione del PAI e della figura del *case manager* come coordinatore e supervisore degli interventi per l'Assistenza Domiciliare Integrata costituiscono un segnale positivo di miglioramento);

-la differenziazione territoriale degli stessi, per macro-aree geografiche, regionali o addirittura comunali, per cui taluni servizi risultano più presenti ed efficienti in alcune aree e meno in altre, presenti in alcuni comuni e assenti in altri magari limitrofi, con costi diversi e disparità di trattamenti per gli utenti; manca anche, da questo punto di vista, uno strumento nazionale unico di valutazione dei bisogni e di classificazione degli utenti in quanto nelle varie regioni vi è ancora una grande eterogeneità di strumenti valutativi; oppure i vari servizi che entrano in gioco utilizzano diversi sistemi di valutazione e non esiste una valutazione unitaria multidimensionale che riguardi i diversi operatori di riferimento e che possa generare un Progetto Individualizzato globale, per cui la famiglia corre il rischio di ricevere valutazioni differenti e frammentarie a seconda dei vari servizi che vengono attivati (Menghini & Tidoli, 2019);

-la differenza ancora presente negli standard qualitativi tra le varie regioni; soprattutto manca una definizione degli standard qualitativi per i servizi domiciliari e a volte gli standard quantitativi imposti vanno a scapito i quelli qualitativi (Gori & Pesaresi, 2019);

-la mancanza di coordinamento e di omogeneità organizzativa tra enti erogatori (si pensi alla difficile collaborazione tra comuni e alle ASL per l'ADI) che genera carenze o doppioni e, anche in questo caso, differenti costi a carico degli utenti;

-la mancanza di informazioni adeguate per le famiglie circa la fragilità, la non autosufficienza e la disabilità ed i servizi a cui possono accedere e che sono disponibili sul territorio; a questo si aggiunge la mancanza di uno spazio di ascolto, di accoglienza e di

accompagnamento dei familiari che li aiuti a comprendere e rielaborare il loro vissuto psicologico ed emotivo (Notarnicola & Fosti, 2019; Gubert, 2019);

-iter burocratici complessi per accedere ai vari servizi che finiscono per scoraggiare e allontanare i potenziali utenti;

-la mancanza di un monitoraggio continuo su come vengono erogati e svolti i servizi, in particolare quelli domiciliari, o su come vengono spesi i trasferimenti in denaro; da questo punto di vista l'IDA necessita di una profonda riforma in quanto, sganciata dal bisogno assistenziale reale, prevede importi fissi ed è erogata separatamente rispetto ai servizi sociali e sociosanitari;

-la scarsa valorizzazione dei Centri diurni;

-un obiettivo ritardo, a tutti i livelli, dai *policy makers* ai gestori delle strutture, rispetto all'acquisizione informazioni, innovazioni tecnologiche e aggiornamento riguardo a metodi e tecniche di intervento, telemonitoraggio, teleassistenza, domotica (NNA, 6° rapporto, 2017). Questo ritardo emerge in particolare rispetto agli altri Paesi dell'Unione Europea, anche se va detto che in questi ultimi anni le cose si stanno muovendo, almeno a livello di sperimentazione, e questo ritardo (al netto delle obiettive difficoltà di carattere economico) si sta cominciando a colmare (Vetrano, cit.).

Le cause di queste criticità sono le più varie ma molte afferiscono alla sfera culturale (una certa diffusa rimozione psicologica del problema della vecchiaia, che non viene affrontato in maniera decisa in una società come la nostra che esalta ad ogni pie' sospinto il mito della giovinezza, ma anche l'idea diffusa che si debba intervenire con l'anziano solo quando egli supera il limite della quasi totale non autosufficienza). Altre cause sembrano da addebitarsi alla mancanza di richiesta forte di servizi migliori e più efficienti nei confronti degli enti pubblici, da parte della popolazione interessata (anche a causa della diffusione nel nostro Paese di sistemi di finanziamento *cash* dell'assistenza quali le Indennità di Accompagnamento ed altre forme, che alimentano l'idea e la pratica di un'assistenza domestica "fai da te" da parte delle famiglie). Gli stessi soggetti organizzati in questo settore (le associazioni di anziani, i sindacati, le associazioni dei familiari) non sembrano avere nella nostra società lo stesso potere di pressione sulla politica che hanno altre *lobbies* e categorie sociali (NNA 6° rapporto)[107].

Da sfondo a tutto quanto detto prima si trova però una critica di ordine più generale: manca nel nostro Paese una *governance* coerente ed unitaria e di lungo respiro nella gestione della *policy* della LTC, che invece è fatta in gran parte di interventi estemporanei

[107] Questi limiti pongono l'Italia lontano anche dal policy framework promosso negli ultimi anni dall'UE (Maino & Razetti, 2019).

volti a rispondere ad emergenze del momento e ad "inseguire" la realtà, senza riuscire a governarla (Gori, 2017; Costa, 2013). Il tutto sotto il ricatto sempre più pressante della cronica mancanza di fondi. La *governance* dell'intero sistema è alquanto farraginosa e complessa e si distribuisce su più livelli che non sempre sono tra loro coordinati in modo efficace. E questo elevato livello di frammentazione trae origine innanzitutto dal fatto che il sistema sociosanitario e sociale italiano non nasce da un modello definito e organico, come nel caso del SSN, ma è frutto di interventi legislativi successivi che si sono posti l'obiettivo di creare integrazione tra l'esistente (Rotolo, 2014).

A livello centrale, è compito degli organi di governo (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) definire le politiche e gli indirizzi del sistema, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni di carattere sociosanitario. Sempre a livello centrale opera l'INPS, che, di concerto con il Ministero delle Politiche Sociali, definisce il quadro di riferimento per l'assegnazione delle Indennità di Accompagnamento e delle altre prestazioni per la non autosufficienza. Le regioni, anche a seguito della L. Cost. 3/2001[108] che ha riformato il titolo V della Costituzione, hanno il compito di tradurre gli indirizzi ministeriali in linee di programmazione all'interno dei propri territori, definendo le proprie linee di attività e la propria rete dei servizi. Ai comuni spetta un'ulteriore pianificazione di servizi di loro competenza attraverso l'azione dei Servizi Sociali in collaborazione con le ASL per quanto attiene alla componente sociosanitaria. Ai comuni, alle ASL e all'INPS spetta, inoltre, la funzione di valutazione dei bisogni, che consiste principalmente nel definire e applicare i criteri d'accesso agli interventi per la non autosufficienza di competenza. Va detto che la valutazione dei bisogni da parte di questi tre enti avviene indipendentemente l'una dall'altra, in distinte commissioni che applicano differenti criteri, e che utilizzano differenti sistemi informativi, aumentando così i costi dei servizi. La fornitura poi di servizi (*cash* o reali) può essere in capo all'INPS (es. Indennità di Accompagnamento), alle ASL (Assistenza Domiciliare Integrata), ai comuni (Servizi Assistenza Domiciliare) oppure ai produttori privati contrattualizzati dal pubblico. Purtroppo, a tutti i livelli della *governance* si nota una mancanza di progettualità che si accompagna al cronico sottofinanziamento che nei vari bilanci è dedicato a questi servizi.

L'esito di questa mancanza di *governance* unitaria è, come ampiamente documentato prima, l'eterogeneità degli interventi, con frammentazione di competenze e risorse, senza che si arrivi mai ad individuare un unico soggetto ed un unico assetto istituzionale con poteri e responsabilità chiaramente definiti. Solo in minima parte e con interventi di tipo amministrativo ed organizzativo si è cercato negli anni di ricomporre questa

[108] GU Serie Generale n.248 del 24-10-2001 reperibile su:
https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/10/24/001G0430/sg

frammentazione senza riuscire ad ottenere risultati significativi (Fosti, 2013). È questo che impedisce un affronto complessivo ed integrato dei problemi, per cui ogni soggetto operatore si focalizza sul proprio ambito di intervento e nessuno ha ragioni e titolo per occuparsi del problema nel suo insieme. Questo tra l'altro ha causato una frammentazione anche nei sistemi informativi e nella raccolta di dati e ciò non consente una precisa descrizione dei problemi. L'impressione complessiva che si ricava da tutto ciò è che l'intero sistema del LTC sembra procedere quindi in modo inerziale (Costa, cit.) e per tentativi estemporanei.

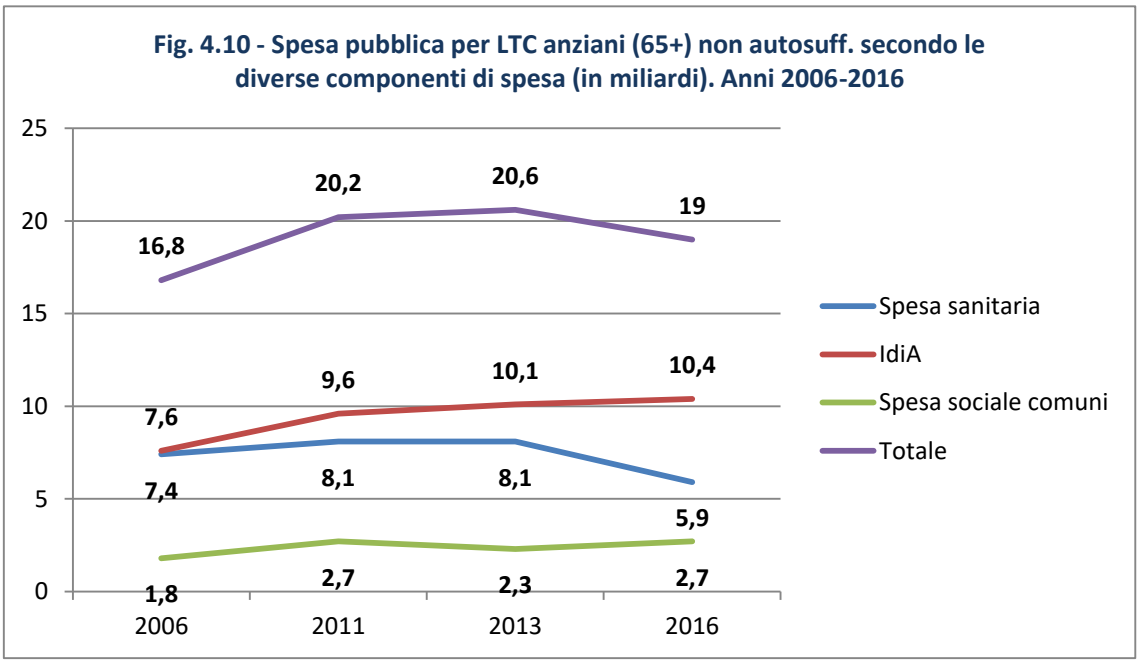
Il cronico sottofinanziamento dei servizi LTC

La spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti è costituita da tre componenti: la spesa sanitaria (comprensiva dei servizi ADI, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali per la parte sanitaria), l'Indennità di Accompagnamento e la spesa dei comuni (che comprende il servizio SAD e le parti spettanti ai comuni dell'assistenza residenziale) **(Tab. 4.30 e Fig. 4.10)**.

Tab. 4.30 - Spesa pubblica per LTC anziani (65+) non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (valori assoluti in miliardi di euro e % sul PIL). Anni 2006-2016

Componente di LTC	Unità di misura	2006	2011	2013	2016	Δ 2006-2016	Δ 2013-2016
Spesa sanitaria	**Miliardi euro**	7,4	8,1	8,1	5,9	-1,5	-2,2
	% sul totale PIL	0,50	0,51	0,52	0,35	-	-
Indennità di Accompagnamento	**Miliardi euro**	7,6	9,6	10,1	10,4	+2,8	+0,3
	% sul totale PIL	0,51	0,61	0,65	0,62	-	-
Spesa sociale dei Comuni	**Miliardi euro**	1,8	2,7	2,3	2,7	+0,9	+0,4
	% sul totale PIL	0,12	0,17	0,15	0,16	-	-
Totale	**Miliardi euro**	16,8	20,2	20,6	19,0	+3,2	-1,6
	% sul totale PIL	1,13	1,28	1,32	1,13	-	-

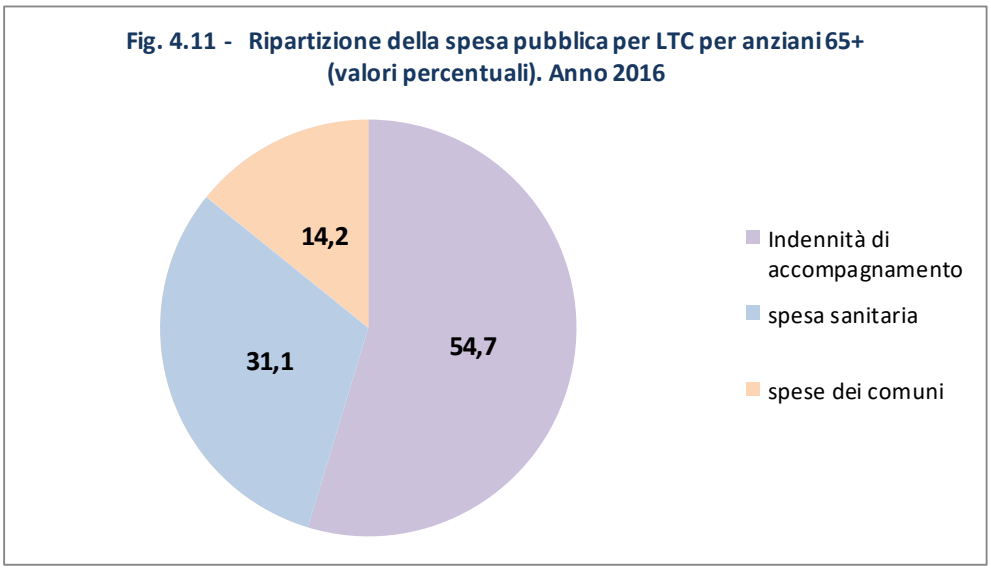
Fonte: NNA 6 rapporto su dati RGS e Istat.



Fonte: NNA 6 rapporto su dati RGS e Istat.

Nel decennio 2006-2016 si registra un aumento complessivo di spesa di 3,2 miliardi, ma questo aumento è dovuto principalmente alla maggior spesa per l'Indennità di Accompagnamento, a sua volta aumentata soprattutto per l'adeguamento ai tassi di inflazione. È rimasta complessivamente invariata la quota di spesa sul totale del PIL (1,13), quota che rimane comunque molto bassa mentre si registra un calo consistente, soprattutto nel periodo a partire dal 2013, nella componente sanitaria[109]. Nel seguente grafico si evidenzia come più della metà della spesa pubblica per il LTC per gli anziani, nel 2016, sia costituito dall'Indennità di accompagnamento (**Fig. 4.11**)

[109] Gli estensori del rapporto segnalano che questi dati vanno comunque presi con una certa cautela in quanto sono anche il frutto di continui aggiornamenti metodologici nel conteggio da parte della Ragioneria Generale dello Stato (NNA, cit: 53).



Fonte: NNA 6 rapporto su dati RGS e Istat

Una conferma del sottofinanziamento dei servizi per anziani non autosufficienti (per quanto riguarda i servizi sociali) è data dalla sostanziale riduzione avvenuta nel tempo del Fondo Nazionale per le politiche sociali (FNPS). Si tratta di un Fondo, istituito con la legge 328/2000[110], col quale lo stato interviene (distribuendone quote alle regioni) per finanziare interventi assistenziali ordinari nel campo dei servizi sociali (quindi non solo rivolte agli anziani ma in cui gli anziani figurano tra i destinatari possibili) (**Tab. 4.31**).

Tab. 4.31 - Stanziamenti per il FNPS (in milioni di euro) . Anni 2009-2019

Anno	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fondi	1420	435	218	43	344	297,5	313	312	277	276	394

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Questo, che è il principale canale di finanziamento per gli interventi in campo sociale, ha subito, a partire dal 2009, tagli consistenti fino a conservare nel 2012 un valore pressoché simbolico. Si è poi stabilizzato negli ultimi anni. Con la legge di stabilità del 2015 si è infatti provveduto a stabilire una dotazione finanziaria annua, strutturale, di 300 milioni a decorrere dal 2015 e questa quota nel tempo si è mantenuta abbastanza stabile.

Il Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato invece istituito nel 2006 con la legge 296/2006 (la legge finanziaria per il 2007)[111], con l'intento di fornire sostegno a persone

[110] GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 –(Suppl. Ordinario n. 186) reperibile su https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg

[111] GU Serie Generale n.299 del 27-12-2006 – (Suppl. Ordinario n. 244) reperibile su https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2006-12-27&atto.codiceRedazionale=006G0318

con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali.

Si tratta di risorse aggiuntive rispetto a quelle già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni e delle autonomie locali e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria.

Al Fondo sono stati assegnati 100 milioni di euro per l'anno 2007, 300 milioni per il 2008, 400 milioni per il 2009, 400 milioni per il 2010, 100 milioni per il 2011 (centrati sugli interventi a favore della SLA) e 275 milioni per l'anno 2013. Dal 2015 in poi la principale novità è che il fondo è individuato come strutturale per gli anni a venire, portando a 400 milioni di euro la dotazione, riportato quindi al suo massimo storico dell'anno 2009 **(Tab. 4.32**).

Tab. 4.37 Risorse per il Fondo per la non autosufficienza (in milioni di Euro). Anni 2009-2016

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
399	380	100	0	275	340	390	400

Fonte: Auser su dati Istat

La successiva tabella (**Tab. 4.33**) mostra l'andamento della spesa complessiva dei comuni per i servizi sociali. Anche qui si nota (ad eccezione delle isole per le quali vi è stato un incremento del 4%) una consistente riduzione nel quadriennio 2009-2013. Anche la spesa pro-capite per servizi sociali per anziani è significativamente diminuita (**Tab. 4.34**). La media nazionale è di 107 euro pro capite (era di 119 nel 2009). Qui emergono ancora di più le differenze geografiche in quanto al sud la quota per anziano è di soli 50 euro.

Tab. 4.33 - Spesa per servizi sociali per anziani nei comuni in Italia e per area geografica (valori assoluti in milioni). Anni 2009, 2013

Italia		Nord Ovest		Nord Est		Centro		Sud		Isole	
2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
1.450	1.334	473	394	397	380	307	294	143	130	128	133

Fonte: Auser su dati Istat

Tab. 4. 34 - Spesa pro capite per servizi sociali per anziani nei comuni in Italia e per area geografica (valori assoluti euro). Anni 2009, 2013

Italia		Nord Ovest		Nord Est		Centro		Sud		Isole	
2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
119	107	138	112	164	152	121	114	57	50	103	103

Fonte: Auser su dati Istat

A completamento del quadro del sistema di finanziamento dell'assistenza in Italia è utile un breve cenno alla diffusione dei *voucher* e di altre forme di finanziamento *cash* ("assegni di cura" o "buoni socio-sanitari"). Anche qui il dato è piuttosto basso. I comuni che hanno fatto ricorso a tali strumenti nel 2013 erano il 44,5 (punta massima al nord-ovest con il 68,4 e minima al sud con il 9,0) ma l'indice di presa in carico era bassissimo: lo 0,5 con punta massima al nord-est (1,2) e minima al sud con lo 0,1, dati tra l'altro stabili rispetto al 2009 (Falasca, C., cit. su dati Istat).

Il rapporto di previsione n. 20, del Ministero dell'Economia e delle Finanze- Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (pubblicato nel luglio 2019)[112] offre un quadro previsionale sulla spesa assistenziale in Italia che giunge fino al 2070. Utilizzando e mettendo a confronto differenti metodologie di previsione risulta che la spesa per il LTC arriverà, nel lontano 2070, a coprire una quota tra il 2,6 e il 2,8 del PIL. Di questa quota complessiva il 44% sarà destinato all'Indennità di Accompagnamento e il 40% alla componente sanitaria della spesa. Si tratta di conteggi ottenuti rapportando la spesa attuale al numero di abitanti anziani che si prevede saranno presenti allora, senza quindi tener conto di variazioni nei criteri di spesa e di ripartizione della stessa eventualmente decise dai governi futuri. Si tratta di dati che, fin da ora, risultano essere bassi e inadeguati, ma comunque in linea con gli standard europei nei quali l'Italia si situa lievemente sopra la media nel rapporto Investimenti/PIL. Nel 2013 in questa classifica vi era la primo posto la Norvegia con circa il 6% della spesa seguita dai Paesi Bassi e dagli altri Paesi scandinavi; l'Italia era in linea con Francia e Germania (RGS, rapporto 17) anche se il livello dei suoi servizi risulta inferiore.

Al di là del confronto con gli altri Paesi è chiaro che nel nostro il finanziamento pubblico per i servizi per anziani è sottodimensionato e produce serie conseguenze sul piano del funzionamento e dell'accessibilità dei servizi stessi (Gori, & Rusmini, cit.). In generale si assiste ad una riduzione dell'utenza dei servizi o per numero di prese in carico (ricorrendo nelle varie regioni ad una maggiore selettività nei requisiti di accesso) o per intensità di

[112] *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Rapporto n. 20* reperibile su: http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2019/Rapporto-n-20.pdf

assistenza. La tendenza generale è quella di concentrare le risposte verso i casi più gravi mentre l'intreccio tra l'aumento degli importi delle rette (o dei costi per i servizi aggiuntivi) e le limitate disponibilità economiche delle famiglie porta le stesse a ricorrere all'istituzionalizzazione solo in casi gravi e invece a supplire, fin dove possibile, con forme di "fai da te" con il rischio di fornire all'anziano cure inappropriate o inadeguate che possono avere ricadute anche pesanti sul piano fisico-psicologico (Longoni, 2014; Tidoli, 2014; Trifiletti, cit.). La diminuzione dei finanziamenti per la spesa sanitaria (ad es. per la quota sanitaria delle rette delle RSA), comporta, oltre che un aggravamento delle stesse che ricade sulle famiglie, anche conseguenze sul piano dell'attività delle strutture: difficoltà a mantenere standard di prestazioni elevate o a migliorarle, rinuncia ad innalzare i requisiti di qualità, tagli su manutenzione e arredi, mancanza di programmazione a media e lunga scadenza, peggioramento delle condizioni lavorative del personale. Si tratta di un "sistema sotto pressione" in un quadro in cui sembra emergere una sorta di "competizione tra fragili" con le poche risorse disponibili contese tra il bisogno degli anziani non autosufficienti e quelle di altre categorie di povertà ed emarginazione (Gori & Rusmini, cit.) come una coperta sempre più corta che viene tirata da tutte le parti.

4.3 - Oltre la "casa di riposo": la residenzialità leggera

4.3.1 - Il percorso della ricerca negli Stati Uniti e la situazione italiana

Tutto quanto emerso nella precedente indagine (le criticità nel sistema delle RSA e del *Long-Term Care* in Italia e nei Paesi avanzati a seguito della crisi economica, l'evoluzione demografica della società, le mutate dinamiche dell'invecchiamento delle persone, le riflessioni di natura teorica sul percorso di vita anziana) hanno aperto la strada, in questi ultimi decenni alla ricerca di nuovi modelli di assistenza imperniati intorno a forme di residenzialità alternative di carattere "leggero".

L'inizio di questa ricerca si può datare alla fine degli anni 70 negli Usa con il progetto *Assisted Living* di Karen Wilson. Questo modello ha aperto la strada alla sperimentazione di nuove forma di residenzialità non istituzionali, non segregative, non spersonalizzanti ma centrate sulla valorizzazione della persona e su strutture derivate dal modello famigliare. Nel tempo le realizzazioni concrete di tale modello non sempre hanno rispettato lo spirito originario e hanno richiesto decise autocritiche (Wilson, 2007) ma rimane il fatto che questa iniziativa è stata pionieristica nel settore del *care* per anziani.

Da allora è stato compiuto un lungo percorso e si sono sviluppate molteplici forme di assistenzialità alternativa. Spesso si è trattato di forme fluide, in divenire, fatte di tentativi a volte riusciti, altre volte falliti, o corretti in corso d'opera. L'obiettivo che accomunava tutti questi tentativi è stato quello di favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità anche durante il naturale processo d'invecchiamento

e per il maggior tempo possibile (*Aging in place*). Le parole chiave da allora in questo campo sono diventate quelle di *independent living* e di *assisted living* come indicatori di due modalità di fondo di accostarsi alla residenzialità per anziani. Per la verità anche negli Stati Uniti questo percorso è stato oltre, che lungo, tortuoso e questo emerge anche in letteratura, nelle definizioni e indicizzazioni adottate ad esempio dalla *National Library of Medicine*, e raccolti nel *data base* MeSH (Medical Subject Headings)[113]. Seguire questo percorso è utile per una messa a fuoco delle problematiche che si sono via via definite (Giunco, 2014).

Fino agli anni 80 l'idea assistenziale di fondo e di riferimento era ancora incentrata soprattutto su un intervento di tipo medico-infermieristico secondo un modello sostanzialmente bipolare, imperniato da un lato sui servizi ospedalieri e, dall'altro, su residenze specializzate di lungo periodo dotate di servizi sanitari (denominate in vario modo e con differenze non sostanziali: *Halfway Houses*, *Homes for the Aged*, *Residential Facilities* e successivamente *Nursing Homes* e *Skilled Nursing Homes*). In questo percorso dagli anni 60 agli 80 il concetto di specializzazione è andato via via attenuandosi fino a scomparire per fare spazio a servizi sanitari di minore intensità rispetto ai contesti ospedalieri. Nel modello delle *Nursing Homes*, tali servizi infermieristici, riabilitativi e di cure mediche, erano affiancati e integrati da supervisione e assistenza alla vita quotidiana. In ogni caso, però, l'attenzione rimaneva più centrata sul tema della malattia piuttosto che su quello dell'assistenza. Si dava per scontato che le esigenze della vita ordinaria dei più anziani fossero da delegare ad altri e ad altri luoghi, e la stessa letteratura scientifica stentava a prenderne coscienza. È a partire dagli anni 90 che questa tendenza si è modificata. Si sono introdotti in letteratura la definizione e il modello delle *Group Homes*, strutture per gruppi di pazienti con bisogni fisici, ma anche emotivi e relazionali, normalmente residenti in singole unità abitative ma inserite in contesti residenziali in cui erano garantiti servizi di assistenza e supervisione alla vita quotidiana. Faceva la sua comparsa, in questo contesto, il tema della solitudine dell'anziano, della carenza di relazioni sociali che determina un peggioramento complessivo delle sue condizioni, per cui le residenze cominciavano a farsi carico anche del bisogno di relazioni, di ricostruzione di rapporti di tipo famigliare anche tra persone non unite da legami parentali. La letteratura entrava quindi in modo sensibile in ambiti diversi da quelli della malattia in senso stretto per evidenziare la rilevanza del benessere personale e delle necessità di persone povere di

[113] Si tratta dei criteri di indicizzazione per la ricerca bibliografica adottati dalla National Library of Medicine. Sono basati su definizioni riassuntive periodicamente aggiornate e organizzate secondo alberi di ricerca; questi sono strutturati in modo discendente, dalle definizioni più ampie e comprensive a quelle più precise e circoscritte e fungono da riferimento sia per i legislatori che per tutta la letteratura gerontologica (www.ncbi.nlm.nih. gov/mesh).

relazioni e con risorse personali limitate o critiche, con un approccio più globale nei confronti della vecchiaia.

Nel 1992 ha fatto la sua comparsa la definizione di *Housing for the Elderly* nella quale si evidenziava l'importanza della vita indipendente e delle cure personali; queste ultime - intese come supporto personalizzato alle possibili limitazioni fisiche della vecchiaia - erano in qualche modo subordinate all'indipendenza. In altre parole, questo nuovo modello assistenziale si proponeva di favorire in modo primario la vita indipendente e i servizi di sostegno - anche sanitari - erano finalizzati a supportare questa esigenza. Da allora questa linea di tendenza si è sviluppata con la diffusione, dai primi anni 90, del modello *Assisted Living Facilities*. Si tratta di abitazioni e residenze di varia configurazione, che possono anche essere integrate da servizi sanitari, ma che hanno come obiettivo primario quello di garantire il più possibile agli anziani il mantenimento di una loro indipendenza abitativa anche in caso di bisogni di assistenza personale e sanitaria; questo obiettivo è raggiunto mediante adeguati servizi personalizzabili e di elevato livello. La differenza nei confronti delle *Nursing Homes* è che le ALF hanno dimensioni più piccole e sono più orientate a favorire l'indipendenza che non a fornire cure sanitarie ed infermieristiche altamente specializzate. Gli anziani, completamente o parzialmente indipendenti, sono aiutati a mantenere questa indipendenza pur in presenza di bisogni assistenziali emergenti. Vivono in appartamenti individuali con spazi condivisi (salotti, sala da pranzo, lavanderia, ecc.) e dispongono di servizi assistenziali (igiene, bagno, governo della casa, trasporti) e ricreativi. Le ALF hanno conosciuto negli Stati Uniti un grande sviluppo incontrando giudizi generalmente favorevoli dagli utenti che ricercano sicurezza e cure personali in ambienti meno costrittivi e più domestici rispetto alle NH. Nel 2010 si registravano ufficialmente 31.000 ALF che raccoglievano circa 1 milione di anziani, a fronte delle 16.100 NH con 1,5 milioni di ospiti (Wilson, 2007; Jones et al., 2009, Park-Lee et al. 2011). La letteratura nel settore evidenzia come la persona, con le sue radici e motivazioni, fosse meglio tutelata nelle ALF, dove viene favorita maggiormente la dimensione relazionale nel rapporto di cura, che non nelle NH (King & Farmer 2009; Kemp et al., 2009).

Col proseguo del dibattito negli Stati Uniti si è venuta sempre più a chiarire in letteratura e nella conseguente pratica la differenza tra il concetto di *Assisted Living Facilities* e quello di *Independent Living Facilities*, cioè tra modelli residenziali atti ad accompagnare la vita assistita e modelli per accompagnare la vita indipendente. Le prime sono soluzioni di tipo abitativo per anziani che, ancora autonomi o con necessità di aiuto limitate, vivono in propri appartamenti ma con spazi condivisi con altri, che godono di servizi assistenziali e sanitari di base (igiene, bagno, somministrazione di terapie), trasporti e aiuti nella socializzazione, aiuti nel governo della casa. Le seconde sono soluzioni di tipo abitativo, anche comunitario, volte a valorizzare l'autonomia dell'anziano che rimane indipendente

in tutte le funzioni quotidiane di base e che conserva una piena autonomia anche decisionale. Possono essere villette unifamiliari, condomini, forme di *campus,* ecc. generalmente di piccole-medie dimensioni, per consentire all'anziano il pieno controllo della struttura, e che possono essere prese in affitto o acquistate. I servizi offerti in questo tipo di residenze riguardano soprattutto la sorveglianza degli accessi, la sicurezza, attività ricreative. Servizi aggiuntivi come il governo della casa o la preparazione dei pasti possono essere contrattualizzati separatamente. In questo tipo di insediamenti le dimensioni ridotte sono fondamentali al fine di favorire una migliore convivenza e socializzazione tra i residenti. È stato calcolato ad esempio che le comunità di *co-housing* funzionano meglio quando il numero di unità abitative è compreso tra 12 e 36 (Scott Hanson & Scott Hanson, 2005) ed il *range* di persone residenti sia di bassa entità in quanto ciò favorisce la conoscenza reciproca e gli scambi tra vicini. Un'altra interessante tipologia di struttura sviluppatasi negli Stati Uniti sono le *Continuating Care Retirement Communities* (CCRC). Questi insediamenti offrono appartamenti o *cottages* per la vita indipendente ma, nello stesso complesso o nelle immediate vicinanze, offrono ALF e NH, prevedendo un percorso integrato dalla piena indipendenza verso unità a maggiore intensità assistenziale o sanitaria. In questo modo gli anziani, singoli o in coppia, ancora attivi e in buona salute possono anticipare e gestire in modo consapevole la propria vecchiaia e il passaggio graduale a condizioni di ridotta autonomia. Si tratta di una proposta globale per l'invecchiamento (nel 2009 si censivano 1.900 CCRC, con poco meno di 750.000 ospiti: Ziegler, 2009) che pare gradita soprattutto alle nuove generazioni (Mather LifeWays Institute on Ageing, 2011) e che sembra favorire l'allungamento della vita indipendente (Bynum et al., 2011) e una durata più ridotta della permanenza nelle NH, anche se, a questi successi sul piano della cura e dell'assistenza fanno da contraltare problemi economici e gestionali per queste strutture, soprattutto per la difficoltà, nella fase di *start up*, di raggiungere tassi di occupazione della struttura adeguati (Greene, 2010; Leading Age, 2010; Moore & Miller, 2012).

Sintesi delle tipologie di strutture assistenziali presenti negli Stati Uniti				
	Independent Living Facilities	**Assisted Living facilities**	**Nursing Homes**	**Continuing care Retirement Communities**
Finalità	Accompagnare la vita indipendente	Accompagnare la vita assistita di persone con bisogni di assistenza limitata	Accompagnare le persona in condizioni di totale/quasi totale dipendenza e ad alto bisogno di assistenza sanitaria	Accompagnare il percorso delle persone dalla piena autonomia alla totale dipendenza
Tipologia di struttura	Villette mono-famigliari, appartamenti in condominio, abitazioni a più piani, campus, totalmente indipendenti o con spazi comuni solo per attività ricreative e sociali	Appartamenti di piccole dimensioni con spazi condivisi (salotti, soggiorni, sale da pranzo ecc.)	Appartamenti con presenza costante 24/24 di infermieri e terapisti. Strutture di dimensioni più grandi che si avvicinano a quelle ospedaliere	Insediamenti nei quali vi sono, a stretta vicinanza, strutture residenziali dei primi tre tipi
Servizi offerti	Sorveglianza e sicurezza. Altri servizi da contrattualizzare	Sorveglianza, sicurezza, assistenza nelle IADL e nelle ADL in fase iniziale	Assistenza nelle ADL Assistenza di maggiore specializzazione sanitaria. Accompagnamento nei percorsi di fine-vita	Insieme dei servizi previsti nelle strutture precedenti

Rispetto al percorso individuato nella letteratura scientifica di base americana e nella conseguente pratica, la situazione nel nostro Paese pare ancora piuttosto "bloccata" su un modello di assistenza residenziale in gran parte di tipo sanitario. Tutti i numeri riportati nel capitolo precedente confermano questo "sbilanciamento". Vi è una netta prevalenza delle residenze di tipo socio-sanitario ancora ispirate al modello delle tradizionali RSA con elevati livelli di assistenza medico-infermieristica, a scapito delle residenze socio-assistenziali volte a favorire o tutelare l'autonomia degli anziani ospiti. È uno scenario che sembra essersi arrestato agli anni 80 o, nei casi più avanzati, ai primi anni 90, e anche gli interventi normativi nazionali e regionali, salvo rare eccezioni, sono incentrati sulla residenzialità di tipo tradizionale nella sua articolazione per livelli d'intensità.

In realtà, in Italia, dove la rete dei servizi socio-sanitari è orientata verso le disabilità più gravi o le più evidenti necessità di malattia, l'esigenza di nuove forme di residenzialità è sicuramente più pressante: ciò che manca infatti sono interventi continuativi e strutturati nelle fasi intermedie del processo di invecchiamento, quando iniziano a manifestarsi le prime fragilità ma l'anziano conserva ancora una buona parte della sua autonomia. È in questa fascia di età che forme residenziali innovative possono aiutare l'anziano a far fronte

a questa situazione, rispondendo agli ostacoli frapposti dall'ambiente e mantenendo a livelli accettabili la qualità della vita. Con adeguati interventi di tipo abitativo-residenziale queste fragilità possono essere attenuate con efficaci misure di sostegno; al contrario possono decisamente e rapidamente peggiorare. Se infatti gli anziani non sono messi nelle condizioni di poter sostenere le proprie esigenze quotidiane finiscono per diventare in breve tempo potenziali utenti di servizi assistenziali più complessi, e probabilmente più costosi.

> "Non si tratta di prevenire la vecchiaia o la disabilità inevitabile delle ultime fasi della vita, quanto di intervenire sulle barriere e le facilitazioni che la vita quotidiana propone a persone con possibili limitazioni funzionali, favorendo la risoluzione autonoma dei problemi e una migliore qualità di vita anche in presenza di difficoltà […] Molti fattori di rischio - di cadere, di perdersi, di trovarsi confinati nella propria abitazione senza possibilità di esprimere una richiesta di aiuto, di alimentarsi in modo inadeguato o scorretto per problemi di povertà o di semplice approvvigionamento logistico, il rischio di morte in solitudine - non sono determinati solo dalle limitazioni che li sostengono, ma anche dalla complessa interazione fra persona, ambiente e relazioni." (Giunco, cit.: 18)

4.3.2 - In Europa da tempo qualcosa si muove

In Europa esiste un *trend* virtuoso nella direzione di una domiciliarità globale che comprende, accanto alla fornitura di servizi domiciliari sempre più avanzati, anche una consistente politica a favore di nuovi modelli di residenzialità alternativa e nuove forme abitative comunitarie per anziani. Le modalità di realizzazione sono le più varie: si punta ad abitazioni adatte all'anziano, senza barriere architettoniche e realizzate con materiali di qualità, singole o raggruppate, che possono essere dotate di vari servizi di base (ad esempio una portineria-reception, servizi di allarme, monitoraggio e telesoccorso) a cui se ne possono aggiungere altri a richiesta (preparazione pasti, spesa, pulizie domestiche ecc.); queste abitazioni possono avere spazi comuni e prevedere iniziative di aggregazione e socializzazione, centri benessere e servizi di assistenza sanitari di base. In molti casi si presta particolare attenzione alla localizzazione di tali edifici all'interno del tessuto urbano, ad esempio in prossimità dei servizi primari, che possono essere raggiungibili anche a piedi (questa scelta è molto praticata nei Paesi scandinavi e in Olanda dove si privilegiano alloggi ben integrati nella normale rete di servizi di comunità secondo la logica che è più efficace e vantaggioso spostare i servizi verso le persone che non costringere le persone a trasferimenti più meno lunghi per raggiungere i servizi). Questa localizzazione può essere in grado di evitare l'isolamento degli anziani e facilitare la socializzazione dei residenti. Spesso l'obiettivo perseguito è quello di mettere l'anziano a contatto con residenti di età e fasi di vita differenti e di differenti generazioni. La caratteristica che contraddistingue questi tipi di interventi rispetto al tradizionale *housing* sociale è appunto questa: non

intervenire solo sul piano dei costi mirando a fornire alloggi ad affitti calmierati ma anche proporre alloggi destinati agli anziani di elevata qualità costruttiva e ben inseriti nel contesto sociale. Sul piano concreto questi obiettivi vengono perseguiti in diversi modi: si va da normative e interventi di sostegno economico che consentano di costruire o riadattare singoli alloggi di residenza pubblica o privata alla realizzazione di singoli appartamenti accorpati in strutture residenziali più complesse e organizzate, a strutture abitative con servizi di protezione a livelli differenziati, a micro-comunità organizzate nella forma del *co-housing*.

Va tenuto presente che, anche nel nord Europa, il *trend* attuale è quella di ridurre il ricorso alle "case di riposo" per potenziare l'assistenza a domicilio e le altre forme di residenzialità. Addirittura in Danimarca una legge del 1986 vieta la creazione di nuove strutture residenziali a favore di una ristrutturazione di quelli esistenti, mantenendo gli eventuali cambiamenti di residenza in ambito locale (così da non perdere il contatto coi propri vicini e le proprie abitudini) e incentivando residenze in grado di soddisfare le esigenze dell'anziano[114]. In Europa, come in Italia, l'assistenza residenziale di tipo tradizionale non gode di un'immagine del tutto positiva e anche questo è all'origine di un generale ripensamento dei modelli di assistenza e di un conseguente progressivo riassestamento dell'intero sistema. Vengono perciò sperimentati anche modelli innovativi di residenzialità che si sono saldati ad esperienze pionieristiche in corso già da tempo, creando sinergie positive di notevole interesse. Ecco alcuni significativi esempi europei raggruppati secondo le finalità prevalenti che si prefiggono di conseguire.

Garantire una soddisfacente abitabilità: il Senior citizen label in Olanda

Nel 1991 è stato introdotto nei Paesi Bassi il *Senior citizen label*. Si tratta di un sistema di certificazione della qualità costruttiva delle abitazioni per anziani basato su 71 criteri, 31 dei quali obbligatori per ottenere la certificazione di idoneità residenziale. Gli obiettivi che guidano questi criteri sono: flessibilità ed adattabilità (abitazioni *life resistant*, in modo che la persona non debba cambiare residenza in caso di sopraggiunta disabilità), compatibilità dei costi con quelli previsti per le normali costruzioni e ristrutturazioni, ambiente circostante favorevole (accessibilità di negozi, servizi, trasporto pubblico). Molte di queste indicazioni sono state integrate successivamente negli standard costruttivi approvati nel 2002 dal governo olandese. Nel 2014 gli alloggi certificati secondo questi criteri ammontavano a 120.000 (OECD, 2003; Falasca, C. cit.).

[114] Si veda più avanti.

Altri programmi di riqualificazione abitativa

Obiettivi simili si ritrovano in svariati programmi di riqualificazione dell'edilizia popolare per persone anziane adottati in altri paesi quali ad esempio la Svezia (Karnekull, 2009) e la Francia, con le agenzie per l'*Habitat réamenagé* (France Bleu, 2014), che assistono gli utenti anziani in tutte le fasi dell'adattamento logistico degli alloggi esistenti, dal progetto, alle pratiche edilizie e finanziarie, fino alla realizzazione delle opere.

Promuovere la multigenerazionalità: le Viviendas Dotacionales a Barcellona

Il modo più efficace e conveniente per evitare la "ghettizzazione" e l'isolamento degli anziani è creare strutture abitative multigenerazionali. Riguardo a ciò, un'esperienza avanzata particolarmente significativa è quella delle *Viviendas Dotacionales* di Barcellona. Si tratta di un progetto di edilizia residenziale pubblica per anziani e altri gruppi di popolazione a rischio di esclusione sociale avviato dal comune nel 1999. Questo progetto ha permesso la costruzione di oltre 1.700 nuovi alloggi in vari distretti della città. Questi alloggi realizzati su suolo pubblico anche da soggetti privati hanno la caratteristica di essere inseriti in ambiti residenziali con grande dotazione di servizi sociali e comunitari di quartiere e nei quali è presente una popolazione multigenerazionale. Si tratta di residenze di buona qualità, anche se generalmente di piccole dimensioni, destinate ad anziani, studenti e giovani famiglie, governate da appalti pubblici, in cui le varie aree di residenza, pur distinte, sono collegate in modo da facilitare sia la reciproca indipendenza sia anche le occasioni di incontro. Gli alloggi si trovano in spazi tutelati ma aperti dove gli ingressi e i percorsi sono studiati per favorire il rapporto fra i residenti e la città. Le residenze sono realizzate avendo cura a chi le abiterà (assenza di barriere architettoniche, pareti scorrevoli, bagni accessibili, docce a filo pavimento, prese di corrente ad altezza media, sistemi di allarme nei bagni e nelle camere da letto collegati alla *reception*). Ad essi si aggiunge un'ampia gamma di spazi e servizi comuni (luoghi di soggiorno, biblioteche e spazi culturali, servizi telematici, ambulatori medici, lavanderie, palestre). Le realizzazioni rappresentano anche un modo per arricchire di servizi quartieri che ne sono carenti o per distribuirli in modo più razionale e capillare. L'attenzione nella progettazione è posta anche alla vicinanza di alcuni servizi primari (trasporti pubblici, negozi, spazi verdi). Il tutto è gestito direttamente dai servizi sociali comunali o tramite operatori appartenenti a cooperative sociali selezionate dall'Ente pubblico che si occupano anche della manutenzione e della pulizia degli alloggi e degli spazi comuni. L'accesso a tali residenze è a canone sociale (Cocco & Pibiri, 2011).

Naturalmente non è detto che in queste strutture residenziali debbano convivere solo le categorie anagrafiche "estreme" (famiglie giovani con bambini piccoli e anziani della "quarta età"), ma anche persone e famiglie di diverse e variegate fasce d'età, in linea con l'andamento demografico della popolazione.

Altre esperienze di residenze multigenerazionali

Altre esperienze interessanti, tra le tante, in tema di multigenerazionalità sono il progetto *Le Balloir*[115] di Liegi, residenza multigenerazionale con sinergie virtuose di auto-aiuto tra residenti anziani, madri in difficoltà, bambini e giovani socialmente "fragili", il Centro Residenziale Assistito *St. Joseph* di Hilversum in Olanda[116], che ha scelto di riconvertire una grande struttura di ricovero in un centro multi residenziale, con servizi di ogni tipo, realizzando un vero e proprio "quartiere nel quartiere" nel cuore della città. In Europa si stanno diffondendo progetti di coabitazione tra anziani e studenti universitari con contratti che prevedono l'offerta di ospitalità da parte dei primi in cambio di servizi e assistenza declinati in varie modalità e tipologie (si tratta in Francia, ad esempio, della rete *Ensemble2Générations*[117]oppure del programma *Le Paris Solidaire*; in Belgio vi è il programma *1toit2ages;* altre esperienze simili sorgono in Spagna e in Germania). Si tratta di programmi di *home sharing* che possono presentare però, accanto ad indubbi aspetti positivi, qualche criticità se i giovani vengono gravati di carichi di assistenza eccessivi (rischiando di diventare dei *factotum*) oppure se si creano relazioni di eccessiva dipendenza affettiva che va oltre il semplice supporto di compagnia[118] (Costa, 2015; 2019).

Garantire la protezione

In molti paesi europei la protezione dell'anziano nel suo alloggio non è stata vista come un obiettivo marginale da garantire estemporaneamente con qualche intervento domiciliare organizzato ad hoc dalle istituzioni locali; al contrario ha rappresentato l'ossatura delle politiche per l'invecchiamento, attuata con investimenti economici importanti e significativi sforzi progettuali e organizzativi.

Le forme organizzative delle strategie di protezione sono le più varie. Un primo modo è quello di realizzare scelte di prossimità. Le *Foyer logement-Résidence autonomie* nell'ambito delle *Maison de Retraite*[119] francesi e le *Sheltered Houses* svedesi, ad esempio, sono stati realizzate nelle immediate vicinanze di centri per servizi civici e ospedalieri da cui attingere sicurezza e servizi. Un'altra tipologia diffusa di protezione abitativa nasce sulla scia delle *Residences-Services* francofone, residenze con unità abitative singole, integrate con un Centro Comunitario erogatore di servizi e sicurezza; oppure, con lo stile di un club,

[115] http://www.maisons-de-repos.be/new/index.php

[116] https://stjosephhilversum.nl/index.html

[117] http://ensemble2generations.fr/

[118] Anche in Italia si stanno sviluppando progetti di questo tipo ad opera varie associazioni legate al mondo cooperativo e al no profit; tra questi i programmi: "Nonni adottano studenti" a Bologna, "Non più da soli" (Torino), "Prendi in casa uno studente" (Milano). Per quest'ultimo si veda: https://www.meglio.milano.it/prendi-in-casa/

[119] https://www.lesmaisonsderetraite.fr/

l'*Altenwohnheim in Residence* tedesca e i *Care Center Residences* olandesi su cui gravita una buona parte degli alloggi certificati dal *Senior citizen Label*.

Una modalità a se stante di protezione abitativa è invece tipica dalle abitazioni-canguro - *Maison Cangourou* in Belgio e *Kangaroo House* in Danimarca, costituite da appartamenti con due alloggi tra loro comunicanti, uno per un anziano residente e l'altro per una famiglia *caregiver* contrattualizzata.

Nei Paesi dove si è deciso di investire sull'*home care* mantenendo il più possibile l'anziano nella sua abitazione si è sviluppato il sistema di assistenza e protezione *on demand* fornita a richiesta in base alla progressione dell'intensità assistenziale e in dipendenza dell'evoluzione dei processi d'invecchiamento. In questo campo le migliori strutture organizzative prevedono una serie progressiva di servizi e supporti domestici, forniti, anche su chiamata notturna, da operatori pubblici o contrattualizzati, che spazia dai servizi più elementari alla vera e propria ospedalizzazione a domicilio. Il servizio *Invecchiamento in casa* propone in Olanda offerte progressive di supporto domiciliare: base, extra-custodia, *care-center* residenziale; l'*Extra-care housing* nel Regno Unito offre pacchetti assistenziali di intensità graduabile progressivamente fino a raggiungere livelli pari a quelle dei servizi istituzionali; le *Nursing Dwellings* danesi prevedono abitazioni con assistenza, telesoccorso e presa in carico sociosanitaria attivabile all'occorrenza; *Home Care* nei Paesi Scandinavi, permette l'attivazione di servizi di assistenza sanitaria domiciliare integrata che arrivano a fornire più accessi giornalieri - anche notturni - nell'arco delle ventiquattro ore[120].

Altro caso interessante sul versante protezione è la diffusione del *co-housing*. Ormai già affermata e consolidata da tempo è in questo settore l'esperienza di *Abbeyfield International*[121], una rete mondiale nata nel 1956 che propone residenze con camere singole e zone-giorno condivise o minialloggi autonomi con spazi comunitari (Leroy, 2000). Ispirate a questa esperienza sono forme analoghe nate negli anni più recenti in altri paesi europei, ad esempio in Germania (Rothgang, 2003) e in Francia dove è sorta l'esperienza dei *cantou* che sono strutture di coabitazione di 8-10 persone anziane con autonomia ridotta, con obiettivi di custodia e supporto e con interventi assistenziali garantiti da operatori esterni (Caussanel, 2000).

[120] Il quadro di queste esperienze europee è molto ampio e variegato e copre sia l'ambito *delle Assisted Living Facilities* sia quello delle *Independent Living Facilities* (Giunco, 2014, cit.; Predazzi et al. 2000). Interessante anche l'agile e colorato volumetto *Social Housing and care*, Edito a cura del Il Melo onlus, 2015, catalogo della mostra sull'argomento tenuta a Gallarate (Va) dal 15 maggio al 28 giugno 2015, presso il Palazzo Broletto, direttore del progetto M. Predazzi, coordinamento di G.Ilarietti.

[121] www.abbeyfieldinternational.com

L'uso delle nuove tecnologie per la protezione

Interessanti in questo campo sono i supporti di protezione offerti dalle nuove tecnologie utilizzate per sostenere l'autonomia dell'anziano. Accanto a strumenti che facilitano la logistica (per esempio deambulatori, montascale, letti, materassi plantari) le tecnologie informatiche e della comunicazione, che hanno un immenso potenziale ancora da sviluppare per l'innovazione nel settore dell'assistenza, possono essere sempre più utili in una serie di mansioni assistenziali, che toccano virtualmente in ogni aspetto della vita. Si va da dispositivi per il monitoraggio medico e per la raccolta di dati clinici a strumenti di relazione sociale (*social networking*) volti ad aumentare l'interazione sociale e la qualità della vita delle persone anziane. Queste, confinate in casa o con limitata mobilità fisica, possono superare il loro isolamento mediante tecnologie che li aiutino a dialogare e comunicare con gli altri e che li coinvolgano nell'interazione sociale. Gli anziani possono così restare in contatto con la famiglia e gli amici e possono potenziare la loro sensazione di importanza. Le tecnologie possono facilitare la vita quotidiana delle persone anziane anche attraverso una serie di servizi elettronici come il commercio, la gestione delle finanze personali o delle medicine. Con strumenti semplici come questi, gli utenti hanno il potere di fare delle scelte e di dare forma alle proprie vite.

La tele-assistenza può mettere a disposizione dell'anziano una serie di servizi in remoto, che migliorano la salute, la sicurezza e la tranquillità delle persone e che svolgono opera di prevenzione. Alcuni sistemi di teleassistenza aiutano a monitorare i movimenti dell'utente (ad esempio Elsi Smart Floor, il pavimento intelligente collaudato a Helsinki, che registra il movimento e la posizione dei corpi[122]) e spediscono un segnale di allarme ad un centro di controllo quando rilevano anomalie. Questo può dare un senso di sicurezza alle persone, perché sanno che possono sempre trovare aiuto in caso di bisogno, e ciò le incoraggia a continuare a vivere nelle loro case. Numerose ricerche, anche internazionali, confermano ciò (California HealthCare Foundation, 2010; Lattanzio et al., 2014). Strumenti quali sensori posizionati in punti strategici, app, mappature, possono facilitare gli spostamenti in sicurezza degli anziani in città, possono consentire visite virtuali a musei e luoghi artistici ecc.

Due tra i tanti esempi virtuosi si possono ritrovare in Polonia e nei Paesi Bassi. In Polonia, nella città di Gdynia, è attivo un servizio di teleassistenza che si basa sull'utilizzo di un telefono o di un braccialetto a pulsanti di differenti colori, ognuno dei quali permette all'utente di chiamare un servizio differente: il Centro di Allarme che opera 24 ore al giorno 7 giorni a settimana in contatto con un operatore pronto ad intervenire, i servizi di assistenza che includono conversazione, fornitura di informazioni o consulenze con un esperto (per esempio uno psicologo), i servizi extra che includono specialisti della

[122] Su https://maricare.com/en/how-it-works/elsi-smart-floor

riabilitazione o servizi legati alla pulizia o a piccole riparazioni. Il servizio, introdotto a seguito di un percorso di consultazioni con i cittadini, è fornito gratuitamente agli utenti che hanno diritto ai servizi assistenziali municipali e ad un prezzo favorevole per gli altri residenti di Gdynia grazie ad un co-finanziamento delle autorità cittadine. (UNECE, 2015. Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali della Polonia e Centro Municipale per il *Welfare* di Gdynia)

L'esempio olandese invece è quello di *VieDome*, un progetto di messa in rete informatica di alloggi con accessibilità a servizi esterni di quartiere tramite un terminale domestico. La disponibilità di questo collegamento garantisce ai disabili monitoraggio acustico, videosorveglianza, rilevamento errante, monitoraggio sensoriale intelligente e allarmi personali[123].

È possibile utilizzare la teleassistenza da remoto per il monitoraggio delle condizioni sanitarie degli anziani. Un esempio a questo riguardo è quello attivato nella regione di Olomuc, in Repubblica Ceca, mediante il quale gli anziani con diagnosi di insufficienza cardiaca cronica, che hanno avuto un attacco di cuore o a cui è stato recentemente diagnosticato il diabete, sono monitorati usando un servizio di telemedicina che permette la misurazione di parametri biomedici selezionati da remoto, senza il bisogno di assistenza continua da parte del personale medico. In questo modo, eventuali comorbidità o peggioramenti delle condizioni dei pazienti possono essere rilevate e trattate nelle fasi iniziali. È un progetto che ha riscosso molto successo e i cui utenti stanno crescendo rapidamente fino a coprire il 15% della popolazione target della regione. (UNECE, cit., Fonte: Ospedale Universitario di Olomouc).

Anche la vita sociale, gli spostamenti all'interno della città, le attività culturali possono essere favorite dall'utilizzo di queste nuove tecnologie. Ad esempio a Barcellona il Comune mette a disposizione degli anziani una *app*, la Vincles Bcn[124], che, installata su *smartphone* o *tablet*, consente all'utente di connettersi rapidamente con i propri cari con un semplice tocco senza doverli andare a cercare su *Facebook*, *Whatsapp* e telefono, e senza dover utilizzare multiple *password*. A Varsavia con il progetto Virtual Warsaw[125], sono stati installati su semafori e arredi urbani sensori in grado di inviare al telefono degli utenti ipovedenti informazioni utili a muoversi per strada.

Dal 2014 l'UE ha avviato il programma Active and Assisted Living (AAL)[126] col quale si avviano ricerche per promuovere l'introduzione di soluzioni tecnologiche innovative

[123] https://www.viedome.nl/

[124] https://ajuntament.barcelona.cat/vinclesbcn/en/vincles-bcn

[125] https://itkey.media/virtual-warsaw/

[126] https://www.aal-europe.eu/

all'interno dei sistemi di assistenza e di cura dei vari Paesi europei per favorire l'abitare sicuro e protetto degli anziani, prevenire gli incidenti domestici, supportare le relazioni sociali.

Garantire la libertà di scelta

Un altro elemento importante del processo di invecchiamento attivo è garantire all'anziano la possibilità di scelta del proprio percorso di invecchiamento. Ciò si ottiene sia mettendo a disposizione più opzioni tra le quali la persona possa scegliere, sia offrendo la possibilità di partecipare ai momenti decisionali che riguardano le proposte assistenziali. Questa promozione attiva dell'utente in fase decisionale è attuata in vari paesi (Norvegia, Svezia, Regno Unito). Un caso particolare si ritrova a Malta dove sono stati creati i Consigli dei Residenti (*Residents' Board*), presenti sia nelle strutture residenziali che nei centri diurni dell'isola. I membri di questi consigli si riuniscono mensilmente ed i loro suggerimenti sono trasmessi al funzionario in carica, che è obbligato a prenderli in considerazione. Il progetto incrementa la partecipazione sociale delle persone anziane, assicura che la loro voce venga ascoltata e che i loro bisogni e le loro opinioni siano presi in considerazione nella definizione dei servizi assistenziali (UNECE, cit. Fonte: informazioni fornite dal Ministero per la Famiglia e la Solidarietà Sociale di Malta).

L'esperienza danese: un modello di assistenza integrata e riabilitante

Interessante è l'esperienza della Danimarca dove, nel 1986, il *Danish act on housing for the elderly* ha sancito il divieto di costruire nuove *nursing home* e fissato le linee per lo sviluppo di soluzioni abitative adatte o adattabili alla vecchiaia. Dieci anni dopo la *Danish care home reform* ha dato ulteriore impulso a questa linea, riorganizzando i servizi di sostegno domiciliare e stabilendo che metà delle residenze sanitarie avrebbero dovuto essere sostituite da nuove abitazioni per anziani con caratteristiche facilitanti. I servizi domiciliari, sempre più ampiamente diffusi, sono in capo alle municipalità, sono accessibili 24 ore su 24, e graduabili fino a raggiungere livelli di intensità molto alta con la messa a disposizione di un operatore per l'intera giornata, per un massimo di 6 mesi. Inoltre vi è un *case manager* che non solo segue e governa gli interventi assistenziali già in atto ma monitora preventivamente la situazione presso gli altri anziani non assistiti al fine di valutare la necessità di avviare un nuovo servizio. A seguito di questi interventi gli anziani assistiti nelle varie case di riposo residuali sono in netta diminuzione; le strutture istituite precedentemente al 1986 sono in via di graduale dismissione o di trasformazione in unità abitative riadattate e i posti letto nelle *nursing home* sono scesi dal 1987 al 2010 da 50.000 a 8.761. Sono sorte nuove strutture residenziali (*extra care dwelling*, *subsidized housing*, *sheltered dwelling*, *nursing dwelling*) i cui canoni costruttivi sono regolati da leggi ad hoc che prevedono assenza di gradini, ascensori, spazi per la deambulazione di carrozzelle ecc. Inoltre si va superando il modello di complessi abitativi per soli anziani per andare verso il

modello di *co-housing* con abitazioni per residenti anziani ma abitabili anche da persone e famiglie di ogni età. Tutto ciò ha portato al fatto che in Danimarca il numero di anziani istituzionalizzati e il carico di lavoro gestito direttamente dai famigliari sia il più basso d'Europa[127].

Interessante è il progetto, denominato *Life Long Living* o progetto "Fredericia" dal nome della città in cui viene attuato. Questo progetto mira a rinviare l'indebolimento e la dipendenza legati all'età e a mantenere una vita indipendente dell'anziano il più a lungo possibile. Agli anziani viene infatti offerto un programma di riabilitazione nel quale vengono formati a gestire autonomamente compiti semplici (come fare la spesa quotidiana, prendere le medicine, fare il bucato o pulizie leggere, cucinare ecc.) focalizzando l'attenzione, in un dialogo tra loro e operatori specializzati, sulla possibilità di recuperare le abilità in modo autonomo. Si tratta quindi di un intervento non a tempo indeterminato, mirato al recupero e alla riabilitazione, piuttosto che di un una relazione a lungo termine con gli anziani. L'intenzione dell'iniziativa è quella di cambiare le condizioni delle cure future concentrandosi sulle risorse di ciascun individuo e di sostenere l'*empowerment* invece di fornire cure tradizionali, compensative e pacificanti[128]. I risultati dell'iniziativa sono molto significativi. Dopo l'intensivo programma di riabilitazione, il bisogno di assistenza dei partecipanti diminuisce in maniera considerevole e molti di loro diventano completamente autosufficienti. Il numero di servizi di assistenza richiesti in Fredericia è così diminuito in modo significativo dall'introduzione dell'iniziativa e di conseguenza anche i costi. Nel 2012 il modello è stato integrato nel bilancio nazionale danese come migliore prassi per i comuni danesi in generale su come condurre gli anziani e i servizi in modo riabilitativo e responsabilizzante e per soddisfare la richiesta crescente nel prossimo futuro (UNECE, cit., Fonte: Istituto Nazionale per I Servizi Sociali, Danimarca)[129].

---

[127] Abitare e Anziani informa 1/2015; Falasca, cit.

Su tutto il sistema sanitario e assistenziale danese si veda la guida pubblicata nel 2017 dal Ministero della salute (Healtthcare in Denmark. An overview) reperibile su:

https://sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.pdf.

Sul sistema abitativo si veda invece Housing in Denmark, pubblicato dal Centre for Housing and Welfare – Realdania Research in occasione dell'International Federation for Housing and Planning (IFHP) World Congress tenutosi nel 2007 a Copenhagen. Reperibile su:

http://www.boligforskning.dk/sites/default/files/Housing_130907.pdf

[128] Su http://www.socialplatform.org/wp-content/uploads/2017/03/cs1_the_fredericia_life_long_living_programme.pdf

[129] Rilievi critici al sistema danese non mancano: si critica in particolare l'accentuarsi del controllo politico e amministrativo sull'aiuto domiciliare a spese del controllo da parte di utenti, operatori sanitari e *case manager* (Rostgaard, 2012). In altri casi, invece, si è evidenziato in passato come, in alcune istituzioni danesi, in realtà, si verificasse una forma di "reclusione" *soft* in un "ambiente dorato" che, dietro a una

Per una sintesi

Quelle descritte, insieme a molte altre che si stanno sviluppando, sono buone pratiche a testimonianza di un *trend* positivo e virtuoso che si sta realizzando in molti Paesi d'Europa, dove, proprio come auspicava l'ONU nel 1999, si sta procedendo nella direzione di una domiciliarità globale, con politiche di *housing sociale* e di reti operative sempre più sviluppate e significative[130].

I punti di forza di queste buone pratiche sono:

-l'offerta agli anziani di una libertà di scelta fra più opzioni, affinché sia garantito loro il diritto fondamentale a scegliere la propria vecchiaia in sintonia con le proprie esigenze e caratteristiche, secondo il motto "*a chacun sa vieillesse*" (Predazzi, 2000). Per questo motivo la varietà di proposte e di esperienze innovative, che possono dare l'idea di una certa caoticità di indirizzi, in realtà rappresenta una ricchezza e non un limite;

-l'attenzione centrata sull'*habitat* in cui l'anziano vive o va a vivere, che non è indifferente rispetto alla possibilità di invecchiare in modo positivo e sereno. Questa attenzione si situa in un quadro di architettura "globale", concepita in senso multigenerazionale, e che non mira semplicemente a trovare soluzioni abitative per gli anziani in forma estemporanea e quasi emergenziale, creando strutture senza nessuna progettualità complessiva e quindi senza integrazione col contesto (quasi fossero dei ghetti). Al contrario questa nuova prospettiva globale di progettazione urbana mira a realizzare abitazioni e spazi di socialità e servizi dove sia sperimentata una integrazione multigenerazionale;

-l'applicazione concreta, sul piano operativo, dei contenuti della concezione dell' "arco di vita" per cui alloggi e supporti socio-sanitari sono concepiti per essere progressivamente modificabili ed adattabili plasticamente al percorso di invecchiamento e di aumento di

---

parvenza di ambiente integrato nella natura e spazi comuni ampi e ben attrezzati, celava una forma di istituzionalizzazione che addirittura impediva agli anziani di condividere il pranzo con amici o parenti (intervento di Helen G. Welling al Convegno "Social housing – residenza sociale in Europa" tenutosi presso il Politecnico di Milano Bovisa nell'ottobre 2004 in Gresleri, 2007 b).

[130] Più difficile è invece cogliere in Europa segnali di evoluzione positiva nelle tradizionali strutture residenziali, anche se esistono lodevoli eccezioni quali gli *Hotel Care* olandesi, case albergo attrezzate per fasi convalescenziali o riabilitative, le *Residential Care Houses* inglesi a bassa intensità sanitaria, l'*Etablissemente d'Hébergement Personnes Agées Dèpendantes* (EHPAD) francesi (in https://www.lesmaisonsderetraite.fr/la-maison-de-retraite-ehpad.htm), le *Residential Care with Care-Nursing Houses*, sostanzialmente assimilabili alle RSA italiane, fino agli *Hospices, Centre de Soins Palliatifs.* Vi sono anche tentativi interessanti nella direzione dell'animazione intergenerazionale quali *La Grande Chêne*, e la *Casa Anna Haag*. Notevole è anche il tentativo realizzare un' integrazione architettonica tra cellule abitative integrate della Casa di Riposo *Alcacer do Sal* in Portogallo (Rapp, 2011). Queste esperienze tuttavia risultano ancora piuttosto autoreferenziali e non integrate in una rete territoriale di servizi più ampia (Giunco, cit.).

fragilità che l'anziano vive. Questo favorisce la possibilità di un invecchiamento *in place*, piuttosto che un dover cambiare luogo di vita nel momento in cui le condizioni fisiche o mentali della persona peggiorano. E' il luogo in cui l'anziano vive che si deve adattare alle mutate condizioni di vita della persona e non la persona che si deve trasferire in un luogo più adatto a sé. Questo richiede anche una maggiore adattabilità delle strutture abitative che va sostenuta anche sul piano normativo, classificatorio e codificatorio; vengono così superate rigidezze e staticità normative che ancora ostacolano in molti Paesi (non ultima certamente l'Italia) ogni forma di progresso in questo campo;

-il lavoro di collaborazione in rete, in una sorta di network operativo, con l'integrazione delle reti informali e delle risorse strutturali, la convergenza tra competenze pubbliche, no-profit e private (Giunco, cit.).

Tenendo conto di quanto detto e dei dati a disposizione si può tentare una sintesi comparata circa lo sviluppo di queste forme di residenzialità alternative nei vari Paesi europei, avendo però ben presente che in questi Paesi le residenze protette e l'insieme dell'*home-care* non sono intesi, come a volte avviene in Italia, come ambiti contrapposti. Sono piuttosto supporti tra loro sinergici in ordine alla realizzazione di un sistema integrato il più possibile adattabile alla complessità e variabilità della domanda.

In generale, il quadro delle politiche nazionali dei vari Paesi appare soggetto a notevoli variazioni, che emergono anche esaminando il diverso peso degli investimenti monetari nel settore (nel 2009 variavano dallo 0,09% del PIL greco al 2,33% del PIL svedese, secondo il Council of the European Union). L'analisi della ripartizione tra le varie politiche di intervento mostra dati solo apparentemente contraddittori. Paradossalmente, il più alto numero in percentuale di persone assistite in residenze istituzionali vive proprio nei Paesi che garantiscono anche il più alto investimento sull'*home-care*. Nell'esaminare questo dato, che sembrerebbe indicare un fallimento del ruolo preventivo all'istituzionalizzazione da parte dei servizi domiciliari, bisogna però tener conto del fatto che, nella maggior parte dei Paesi in esame, le residenze semplicemente socio-assistenziali superano per posti-letto quelle di carattere sanitario e che quindi l'istituzionalizzazione in realtà si riferisce in buona parte proprio alla forme di residenzialità "leggera" che perciò, ancora una volta, confermano il loro ruolo importante nello spazio intermedio tra domiciliarità e residenzialità propriamente a carattere sanitario o dedicata ai percorsi di fine vita.

Come già osservato, la percentuale di persone ultra 65enni che ricevono cure domiciliari di lungo termine vede una chiara linea di separazione tra il Nord dell'Europa - con punte oltre il 20% della popolazione anziana in Danimarca, Olanda, Islanda e i Paesi nordici in generale sopra il 10% - e il Sud, che è sotto la media europea del 7-8% nel 2009, con un dato italiano stimato intorno al 3% (Council of the European Union, cit.). Questa differenza corrisponde

alla reale demarcazione tra Paesi che da tempo hanno adottato linee progettuali e strategiche per politiche di medio-lungo termine riguardanti l'invecchiamento demografico e Paesi che si basano ancora sulla risposta immediata all'emergenza, senza visione prospettiche. In questo modo la Finlandia, mantenendo e potenziando i propri servizi di *home-care* - attestati intorno al 10,7% di una popolazione anziana sempre in crescita - ha ridotto l'istituzionalizzazione degli anziani dal 6,2% del 1995 al 2,5% del 2010; meglio ancora ha fatto la Danimarca, che dal 1987 al 2010 ha ridotto i posti letto istituzionali da 50.000 a 8.761 unità, a fronte di una residenzialità sociale passata a 53.000 unità. Questo, mentre in Italia l'home-care (1999-2009) passava dal 3 al 3,2% e i ricoveri in istituto dal 2,7 al 3%. Si tratta quindi di un *trend* virtuoso che riguarda soprattutto i Paesi del nord Europa.

4.3.3 - Esempi di "buone pratiche" di *co-housing* e di residenzialità leggera in Italia

Nonostante i ritardi evidenziati e le debolezze, esempi di buone pratiche in direzione di un incremento dei progetti di residenzialità leggera non mancano anche in Italia, anche se più per iniziative individuali di operatori nel settore particolarmente sensibili che per una presa di coscienza in ambito politico-istituzionale. L'indagine svolta dall'Osservatorio LTC del CERGAS SDA Bocconi sulle politiche regionali dal 2015 al 2019 nel settore mostra come solo il 10% degli interventi di tipo normativo delle regioni in questo campo sono stati dedicati ad introdurre innovazioni nel servizio (spesso a titolo sperimentale) e tra queste quelle riguardanti nuove forme di residenzialità erano in numero ancora minore (Fosti & Notarnicola, 2019). A fronte di questa lenta messa in moto regionale sono soprattutto il mondo cooperativo e l'intero terzo settore a mostrare segnali in tale direzione. Molte cooperative storiche hanno infatti cominciato a proporre modelli residenziali innovativi e diversificati anche in rapporto alle differenti situazioni territoriali. Tali modelli si strutturano in sistemi di alloggi autonomi, accessibili a persone con forme lievi di fragilità, comprensivi d spazi per la vita collettiva spesso gestiti dagli stessi anziani con supporto di volontari, operatori dei servizi sociali e della rete dei servizi territoriali (Falasca, cit.). Alcuni di questi progetti fanno inoltre dell'intergenerazionalità il loro obiettivo e punto di forza, con la realizzazione di strutture che prevedono la vicinanza di persone anziane con giovani e famiglie di generazioni diverse che condividono la vita e le attività quotidiane. Ecco in breve alcuni esempi, tra gli altri, di queste residenze intergenerazionali, scelti per qualche aspetto di originalità che li caratterizza.

La preoccupazione per la sostenibilità ambientale: il Co-housing "Ecosol" di Fidenza[131]

In questa località emiliana un gruppo di famiglie riunite nell'associazione Camminando, appoggiandosi su una cooperativa locale proprietaria del terreno, ha avviato nel 2007 un progetto di un insediamento condominiale multigenerazionale, portato a temine nel 2014. Questo insediamento si propone lo scopo di garantire una sostenibilità ambientale (ad

[131] http://www.ecosol-fidenza.it/

esempio con un tetto fotovoltaico, che renda passivo l'edificio dal punto di vista del consumo energetico, e un uso oculato dell'acqua), sociale (con servizi e spazi comuni, e strutture a ballatoio che facilitano la comunicazione tra i condòmini senza pregiudicare gli spazi di intimità), economica (in quanto sono stati contenuti i costi di costruzione, i costi delle utenze sono ridotti e sono stati messi in comune servizi come la lavastiro, l'uso dell'auto e un orto ben coltivato). Importante è stato anche il lungo lavoro condiviso di progettazione, prima, e di gestione, dopo. Al giugno 2018 i residenti erano costituiti da 14 nuclei famigliari con bambini, giovani, adulti, anziani, famiglie giovani e famiglie di anziani e single.

Studenti universitari e anziani insieme: il progetto di co-housing "Casa alla Vela" [132]

La "Casa alla Vela" è un progetto di coabitazione multi-generazionale che offre a persone anziane una soluzione abitativa condivisa. È stata costituita da una cooperativa sociale nel 2014, in località Vela di Trento. La casa è composta da appartamenti con camere singole, servizi igienici e spazi comuni. Le persone anziane condividono tutti i costi: cibo (la cui preparazione è garantita da assistenti), elettricità, acqua, affitto e stipendi delle assistenti, presenti 24 ore al giorno, 7 giorni a settimana. Nello stesso edificio, un altro appartamento ospita un gruppo di studenti universitari specificamente selezionati che aiutano gli anziani vicini su base volontaria, incoraggiando così una solidarietà intergenerazionale. Le relazioni sociali e comunitarie degli anziani sono mantenute e rinforzate dalle visite frequenti di loro amici e parenti. La cooperativa che gestisce il progetto supervisiona l'intera iniziativa ed è supportata da altre organizzazioni di volontariato. All'aprile 2020 la Casa alla Vela ospita 7 anziane signore e 3 studenti (Deriu, 2018).

La compartecipazione nelle decisioni: il progetto "Abitare Attivo" con la "Casa Blu" di Trieste[133]

Il progetto, realizzato a Trieste, ha come *partners* principali la Fondazione Filantropica Ananian, Televita Spa, leader nel settore della Teleassistenza e la società consortile CASA FVG, esperta di *housing* sociale e si è concretizzato nella realizzazione della "Casa Blu", sita in una zona abbastanza centrale nella città. Si tratta di una soluzione residenziale che unisce al *co-housing* (con unità abitative indipendenti unite a spazi comuni siti nello stesso complesso), servizi di teleassistenza da remoto e telesicurezza, servizi di base (assistenza infermieristica, attività di socializzazione, fornitura pasti ecc.) garantiti da personale residente presso la struttura. Elemento caratterizzante è l'attivazione di processi decisionali partecipati attraverso iniziative di socialità e incontro in cui i condomini sono protagonisti attivi esprimendo valutazioni e prendendo decisioni riguardo alle modalità di gestione della struttura. Si garantisce così il mantenimento di una posizione paritaria nelle

[132] https://www.cooperativasad.it/case-di-sad/servizi/casa-alla-vela/

[133] https://www.abitareattivo.it/la-casa-blu/

scelte e nelle decisioni riguardanti il progetto, per cui tutti i residenti sono attivi e coinvolti fin dai primi momenti (Perich et al., 2019).

Il recupero delle strutture abitative di un tempo: il progetto "Case di Tiedoli"[134]

Si tratta di un progetto avviato nel 2001 a Tiedoli nel Comune di Borgo Val di Taro (Pr) da Mario Tommasini con la collaborazione di vari enti pubblici e associazioni no-profit, e rivolto ad anziani, in coppia o soli, anche non autosufficienti. Consiste in quattro edifici altrimenti in disuso e abbandonati, che sono stati ristrutturati per ricavarne un complesso di unità abitative. Vi è una portineria sociale attiva 24 ore su 24 che svolge il servizio di assistenza domiciliare oltre alle mansioni di primo intervento. L'assistenza sanitaria invece fa capo ai servizi del SSN. Alcuni appartamenti sono muniti di una rete di sensori ambientali che permettono il monitoraggio degli ospiti (spostamenti, fumo, allagamenti, fughe di gas, riscaldamento, apertura di porte e finestre ecc.). La peculiarità di questo intervento riguarda la possibilità di offrire per gli anziani una residenzialità alternativa in strutture abitative di tipo tradizionale opportunamente ristrutturate arginando anche il fenomeno dello spopolamento delle frazioni di montagna. Agli anziani è offerta la possibilità di vivere in abitazioni "come quelle di una volta", nei luoghi dove sono nati e cresciuti, conservando la memoria del proprio passato, mobili, arredi, foto dei propri avi, il tutto però accompagnato da un uso intelligente delle moderne tecnologie.

Questo tipo di intervento permette di riflettere sul fatto che nella nostra tradizione abitativa popolare e contadina si ritrovano strutture (cascine plurifamiliari con abitazioni che si affacciano sul cortile comune o sull'aia, case a ringhiera, ballatoi ecc.) pensate proprio per favorire un tipo di vita comunitaria ed evitare quell'isolamento dei residenti che invece si ritrova nei condomini-alveare di moderna costruzione. È quindi doppiamente interessante un recupero di questa tradizione come quello operato a Tiedoli.

La riqualificazione di un quartiere: il "Contratto di Quartiere II" di Orbassano (To)

Altro esempio dove il *co-housing* per anziani si salda a progetti di edilizia eco-sostenibile è quello realizzato ad Orbassano (To). Qui l'Amministrazione Comunale insieme a due cooperative ha realizzato 32 alloggi per anziani e fasce deboli speciali nell'ambito di un progetto di riqualificazione urbana e architettonica di una ex area industriale con Contratto di Quartiere II, finanziato dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti[135]. Il programma è finalizzato ad incrementare la dotazione di infrastrutture di quartieri degradati con carenze di servizi, dove è forte il disagio abitativo e occupazionale, in modo di favorire occupazione e integrazione sociale, adeguando e migliorando l'offerta abitativa pubblica mediante l'impiego di finanziamenti pubblici integrati da investimenti privati. Gli alloggi

[134] http://www.lecaseditiedoli.it/index.php?lang=ita

[135] Sul contratto di quartiere si veda http://www.mit.gov.it/mit/site.php?p=cm&o=vd&id=60

realizzati sono dotati di moderne tecnologie volte al risparmio energetico e alla sicurezza domestica (impianti di domotica con sistemi di telecontrollo e telesoccorso per persone fragili). Anche il quartiere circostante è stato riqualificato con strutture socio-ricreative, percorsi pedonali mirati, aree verdi ecc.

Un'esperienza di vicinanza tra anziani e bambini: il progetto "ABI-Anziani e Bambini Insieme" a Piacenza[136]

Si tratta di un centro intergenerazionale realizzato da Unicoop a Piacenza. In esso convivono una casa di riposo, un centro diurno ed un nido d'infanzia. In esso anziani e bambini, seguiti da un'equipe di operatori socio-sanitari ed educatori, sono accompagnati in varie attività comuni: laboratori di cucina e di lettura, laboratori naturalistici, momenti di festa e di svago. Queste attività permettono ai bambini di relazionarsi, al di fuori della loro famiglia, con persone di età avanzata, imparando a conoscere e ad apprezzare i valori della vecchiaia, ed agli anziani di sentirsi protagonisti e responsabili di opere utili all'intera comunità, riscoprendo una dimensione attiva e progettuale nella loro vita.

Un villaggio per pazienti di Alzheimer: il "Paese Ritrovato" di Monza[137]

Attivo dal giugno 2018 "Il Paese Ritrovato", realizzato dalla cooperativa La meridiana costituisce un'idea assolutamente innovativa per l'assistenza a persone affette da Alzheimer e da altre forme di demenza. Si tratta di un vero e proprio villaggio, disposto su una superficie di 14.000 mq complessivi, con appartamenti e servizi comuni quali teatro, bar, minimarket, cappella, parrucchiere e centro estetico, palestra ecc. Il tutto concepito come un piccolo paese, con la piazza, aree verdi, un percorso pedonale. La realizzazione è stata curata da importanti istituzioni accademiche quali Il Politecnico di Milano, l'università di Castellanza (LIUC), il CNR. Molta cura è stata posta nella scelta dei colori, nell'illuminazione, nella segnaletica di orientamento che tiene conto dei bisogni legati alla perdita di orientamento spazio-temporale, di agnosia e aprassia. Gli impulsi provenienti dall'ambiente sono pensati per attivare la stimolazione contemporanea di canali sensoriali che possono aiutare la persona a riacquisire alcune abilità rendendola autonoma ed in grado di svolgere attività della vita quotidiana. Gli appartamenti sono 8; ognuno, concepito con una attenzione a garantire un equilibrio tra spazi privati e spazi sociali, è costituito da 8 camere singole con bagno per cui il totale degli ospiti è di 64. L'arredo mira a ricondurre la memoria degli ospiti a ricordi e stati d'animo relativi alle loro precedenti abitazioni e che aiutano a sentirsi a proprio agio anche in nuovi spazi abitativi diversi da quelli lasciati. Anche la funzionalità degli arredi e la facile comprensione del loro utilizzo

[136] http://www.cooperativaunicoop.it/index.php?/abi/progetto

[137] https://ilpaeseritrovato.it/

aumentano la sensazione di adeguatezza e di tranquillità nel compiere azioni quotidiane che per talune persone possono non essere così semplici da portare a termine.

In tutti gli spazi sono attuati controlli discreti e non invasivi per monitorare i pazienti facendo uso di tecnologie invisibili; si tratta di dispositivi di tipo ambientale (domotica avanzata) e di tipo fisiologico (sensori indossabili), per garantire al contempo adeguato sostegno all'autonomia residua e un aiuto nelle difficoltà quotidiane. Il progetto attraverso le tecnologie abilitanti dell'*Ambient Assisted Living* e nuove metodologie di gestione ed analisi è in grado di fornire monitoraggio, assistenza e sostegno sia alle persone affette da demenza di Alzheimer sia ai loro *caregivers*.

Questa impostazione risponde ad una diversa idea di assistenza delle persone affette da Alzheimer e da demenza, idea che è il frutto della riflessione, anche teorica, di cui si è già parlato (vedi *supra* 3.6) e che si ispira al progetto olandese del Villaggio Hogewyek di Weesp[138]. In tale progetto l'asse portante è favorire quanto più possibile la libertà e l'autodeterminazione del residente. Si ribalta così la logica custodialistica dominante nei nuclei Alzheimer tradizionali in favore di una visione che valorizzi i tratti positivi e le competenze ancora presenti, anche se magari in forma molto fragile o minimale, negli ospiti. Non si tratta quindi di una RSA in qualche modo riadattata ma di un intervento che risponde a una logica completamente nuova di cura e di assistenza che investe anche l'*habitat*. Gli operatori, in questo contesto, lavorano con più sicurezza e serenità, e sono in numero ridotto rispetto alle tradizionali RSA, con conseguente risparmio sui costi[139].

Un laboratorio sociale intergenerazionale integrato: il "Civitas vitae" di Padova[140]

Il "Civitas Vitae" è un laboratorio sociale intergenerazionale realizzato a Padova dalla fondazione OIC (Opera Immacolata Concezione), allo scopo di favorire inclusione, sussidiarietà e solidarietà, partendo dalla convinzione che la longevità possa essere una risorsa per realizzare progetti di vita a servizio delle fasce di popolazione più fragili e meno tutelate. Si tratta di una vera e propria cittadella integrata, di oltre 132 ettari, composta da diverse strutture tra loro in sinergia realizzate in collaborazione tra iniziativa privata e pubblica. Un collegamento sotterraneo di oltre 2,5 km e le più moderne tecnologie informatiche consentono di far convivere armonicamente strutture sanitarie e

[138] https://hogeweyk.dementiavillage.com/en/

[139] Un'esperienza che presenta molte somiglianze con quella di Monza è il Villaggio Emmanuele F.M. Emanuele che si trova a Roma. Su: https://www.villaggioemmanuelefmemanuele.it/

[140] https://www.oiconlus.it/strutture/

Si veda anche la relazione del Censis "Modelli di risposta top standard ai bisogni di tutela delle persone non autosufficienti. Il piano della cultura sociale collettiva. Analisi socio-economica e istituzionale del fenomeno" (2015) dove Civitas Vitae è proposto come modello di eccellenza. La relazione è reperibile su https://www.camera.it/temiap/2015/02/24/OCD177-972.pdf

sociosanitarie, attività di formazione e ricerca, abitazioni private, attività commerciali, sportive e ricreative e centri di aggregazione culturale e sociale. Il tutto inserito in un ampio polmone verde senza soluzione di continuità con il territorio circostante dove sono situati anche orti sociali, aree gioco, percorso vita, bocciodromo. Le strutture che convivono al suo interno sono le più svariate. Sul piano socio-sanitario vi sono, tra gli altri, una residenza (Santa Chiara) che ospita 480 persone non autosufficienti, assistiti con ogni comfort e servizi medico-infermieristici, un Ospedale di Comunità per l'assistenza post acuzie e la riabilitazione, gestito in collaborazione con l'USL16 di Padova; il N.A.I.S.S. (Nucleo ad Alta Intensità Socio Sanitaria), che accoglie persone non in grado di proseguire la convalescenza presso il proprio domicilio; la Residenza del sollievo Paolo VI, in cui vi sono circa 40 posti per persone in stato terminale (*hospice*) o di minima coscienza (coma vigile), gestita sempre in collaborazione con l'USL16 di Padova; la Residenza Pio XII che accoglie circa 220 persone anziane non autosufficienti, con ricettività e servizi ai più alti standard di mercato; la Casa della Sussidiarietà Filippo Franceschi che ospita su tre piani, religiosi/e anziani o in servizio presso il Civitas Vitae, e giovani disabili nonché ambulatori di medicina generale ed attività commerciali; il Centro di riabilitazione, che offre servizi integrati di logopedia, ergoterapia, fisioterapia, recupero post rianimazione, fisiokinesiterapia, idroterapia, servizi ambulatoriali, punto prelievi (anch'esso in collaborazione con USL16). Sul piano delle strutture residenziali e relazionali vi sono le Residenze Airone, che accolgono persone longeve autosufficienti in un complesso strutturato come le antiche corti venete, formato da 11 villette con appartamenti di piccole e medie dimensioni comunicanti tra loro mediante percorsi protetti dalle intemperie; l' Auditorium S. Pontello, con un sistema di sale attrezzate per convegni, congressi, incontri, esposizioni, mostre ecc.; il Centro Benessere, dove sono erogati servizi per il tempo libero e la cura della persona (biblioteca, mediateca, connessione internet, bar, animazione sociale, parrucchiera, barbiere, pedicure, podologo). Sul piano infine delle strutture educative e culturali vi sono: il centro di formazione e ricerca Varotto-Berto, in cui vengono formati sia gli operatori OIC sia i gruppi di longevi attivi che frequentano i corsi gratuiti "Terza Età Protagonista", un Centro Infanzia Intergenerazionale con asilo nido e scuola materna per favorire la costruzione di relazioni intergenerazionali e offrire un supporto pratico e pedagogico alle famiglie del territorio e della comunità OIC; il Museo Veneto del Giocattolo, che raccoglie una collezione straordinaria di giocattoli da collezione a partire dal primo novecento e ospita ogni settimana numerose scuole che partecipano ad iniziative didattiche (come laboratori del riciclo) animate dal *team* dei Nonni del Cuore in Azione; la Pista didattica, un sistema di strade ed arredo urbano dove tutti i bambini delle scuole elementari di Padova e provincia imparano l'educazione stradale, accompagnati sia da ospiti delle residenze sia da longevi attivi, con la collaborazione della Polizia Municipale e dell'Associazione Amici della Bicicletta, sotto l'egida dell'Ufficio Scolastico di Padova; il

TalentLab, uno spazio di oltre 650mq strutturato in 5 aree tematiche (*fablab*, musica, *food*, *coworking* e *visual arts*) dove persone di tutte le età collaborano secondo logiche *opensource* nella creazione di nuovi prodotti ed attività, mettendo a frutto strumenti e relazioni normalmente di difficile accesso; il Palazzetto dello sport per diverse discipline, a disposizione per esercizi sportivi da parte di persone con disabilità, per associazioni sportive, per manifestazioni di aggregazione (il Palazzetto accoglie la nazionale femminile di basket in carrozzina e il campionato italiano maschile di rugby in carrozzina).

Attorno al Civitas Vitae ruotano associazioni di anziani attivi che contribuiscono con il loro lavoro e la loro presenza a riempire di esperienza umana le strutture. Si tratta di associazioni di longevi attivi che collaborano con istituzioni pubbliche e private in progetti eterogenei che vanno dalla cultura dell'alimentazione al supporto a consumi e acquisti, dalla costruzione di reti intergenerazionali nelle scuole allo studio delle tecnologie informatiche, e che hanno frequentato corsi di formazione anche sull'uso delle tecnologie digitali; queste aggregazioni si occupano anche dell'animazione dei laboratori didattici del Museo del Giocattolo, di specifiche attività all'interno del Centro Infanzia, dell'animazione della pista didattica e del TalentLab oppure, nell'ambito del volontariato, di far compagnia agli ospiti per combattere la solitudine e supportare chi si trova in condizioni di fragilità in una sorta di ideale di famiglia allargata. È interessante l'importanza che assume la partecipazione anche alle scelte dell'istituto con la presenza di un Comitato ospiti, organo di rappresentanza di Ospiti e familiari eletti nelle residenze della Fondazione OIC, con votazione democratica ogni sei anni. Una cooperativa si occupa anche di attività verso l'esterno per valorizzare la carica imprenditoriale degli ospiti attivi in attività di *relational service*: dall'accompagnamento in ospedale alla consegna di pasti a domicilio fino ad arrivare al Banco Ausili, un riferimento di gestione e riparazione di ausili per disabili realizzato insieme ad una ONG israeliana.

Insieme a queste attività strutturate ed organizzate il Civitas Vitae mantiene una stretta collaborazione con enti territoriali (comune di Padova, parrocchie, scuole e università, musei nonché diverse imprese private).

4.3.4 - Per una valutazione complessiva delle esperienze di residenzialità leggera in Italia

Queste esperienze di *co-housing* e di residenzialità alternativa, insieme a quelle, riferite alla Lombardia, analizzate nell'indagine "Abitare leggero"[141], sono indubbiamente interessanti e sembrano intercettare bisogni reali. Indicano quindi una strada percorribile, quella di strutture per anziani ancora autosufficienti totalmente o parzialmente rispetto alle ADL e con qualche fragilità rispetto alle IADL, che per le loro condizioni sono inappropriati per una accoglienza nelle RSA (Brizioli, 2013) e che, d'altra parte, avrebbero molte difficoltà a vivere da soli o peggiorerebbero in maniera rapida e vistosa le loro

[141] Si veda più avanti cap. 4.6

condizioni di fragilità. Esistono però alcune criticità che condizionano lo sviluppo di queste esperienze.

1-Questo settore è lasciato all'inventiva e ai tentativi dei singoli operatori (ne è prova la varietà di denominazioni che si incontrano: alloggi protetti, appartamenti in condivisione, campus, *cantou*, case di accoglienza, case-famiglia, comunità-alloggio, residenze protette ecc. a cui corrisponde un'offerta di servizi identica o solo leggermente diversa). Manca una *policy* unitaria che possa indicare delle linee precise da seguire nella tipologia delle strutture e nell'offerta di servizi (Arlotti, cit.), ciò non per spegnere la creatività e l'attivismo degli operatori del settore ma per rendere questi servizi più efficienti e funzionali. Vi è il rischio che queste esperienze, quando non abbiano alle spalle una seria riflessione teorica e manchi un adeguato controllo, possano crescere in maniera "distorta" (Guaita & Trabucchi, 2017). L'innovazione che si intravvede in queste esperienze inoltre risulta frammentata (Kazepov, 2011) e finisce per produrre modelli interessanti ma accessibili solo a una parte limitata della popolazione, e per non raggiungere quella piena istituzionalizzazione che è indispensabile per produrre effetti benefici su tutto il territorio nazionale.

2- Oltre a una *policy* di governo di queste strutture manca una rete di supporto tra gli operatori che possa mettere in circolo acquisizioni utili, competenze, professionalità, o anche semplicemente suggerimenti, proposte, scoperte. Anche in questo settore è un individualismo del "fai da te" che sembra prevalere.

3- Mancano anche una cultura della residenzialità "leggera"[142] e una conoscenza adeguata delle opportunità che essa offre. Le famiglie pensano alla residenzialità nella forma delle RSA solo quando i loro famigliari anziani sono in condizioni di quasi totale dipendenza mentre in tutte le fasi precedenti del processo di invecchiamento prevale ancora la soluzione della domiciliarità, anche quando le condizioni di vita e delle abitazioni dell'anziano risultano problematiche. Ancora non appare condivisa l'acquisizione secondo cui il processo di invecchiamento può essere rallentato, frenato, accompagnato e che l'anziano può ancora essere efficiente se supportato in modo adeguato da strutture che ne valorizzino l'autonomia e ne sostengano le fragilità.

4- Manca una seria riflessione approfondita sulla sostenibilità economica di queste strutture come mancano analisi serie circa l'impatto economico (e i vantaggi su questo piano) che queste soluzioni possono avere sia sul sistema del *welfare* complessivo che sui bilanci famigliari (Guaita & Trabucchi, 2017).

[142] Si veda più avanti quanto riferito da Predazzi nell'intervista concessa.

5- Da ultimo, ma non meno importante, manca ancora una legislazione organica adeguata a sostenere tali esperienze che sono ancora poco riconosciute sul piano istituzionale. Le normative molto spesso sono rigide, pensate per altre modalità di assistenza ma non adatte a questa nuove esperienze (Giunco, 2016).

4.3.5 - La residenzialità leggera nella legislazione della Regione Lombardia

Il riferimento alla legislazione della Regione Lombardia in merito alla residenzialità per anziani è un'utile premessa che consente di comprendere meglio ciò che poi si verrà ad analizzare. Il riferimento a questa regione è dovuto a due ordini di ragioni; la prima perché è in Lombardia che risiede la struttura che verrà analizzata, la seconda perché la Lombardia, per le sue dimensioni ed entità demografica e per il suo peso in campo economico e culturale, è una sorta di punto di riferimento o di confronto per l'intero Paese[143].

Il sistema del *welfare* socioassistenziale in Lombardia ha conosciuto negli ultimi decenni un'intensa attività legislativa anche a seguito della modifica del titolo V della Costituzione (L. Cost. n.3/2001)[144] che trasferiva alle regioni competenze prima in capo allo stato. Tra queste, quelle in ambito socio-sanitario. Il percorso legislativo compiuto, che qui di seguito viene brevemente delineato, è stato particolarmente tortuoso ma è giunto, alla fine, a costituire quello che è stato chiamato il "secondo pilastro del *welfare* lombardo" (Tidoli, 2020), normando una serie di forme assistenziali di residenzialità alternativa alle RSA. Una prima legge significativa e complessiva, che intendeva ridisegnare l'intero sistema, è stata la Legge Regionale n. 3 del 12 marzo 2008[145]. Essa intendeva disciplinare in modo organico "la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie" al fine di "promuovere condizioni di benessere e di inclusione sociale della persona, della famiglie e della comunità e di prevenire, rimuovere e ridurre situazioni di disagio" (art. 1 comma 1). Tra i principi ed obiettivi esposti nell'art. 2 si segnalano ai fini della presente ricerca i punti d) ed e) rispettivamente: "personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una obiettiva e globale presa in carico della persona" e "promozione dell'autonomia della persona e sostegno

[143] Per una comparazione tra i vari "modelli" regionali di assistenza si veda in particolare: NNA. 6° rapporto, cit. alle pagine 47-51 e 55-74. Per un'analisi critica del sistema lombardo si veda: Gori, 2018b e, per un'analisi dell'evoluzione del sistema assistenziale lombardo, Carabelli & Facchini (eds), 2011; Noli, 2019; Tidoli, 2020).

[144] http://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm

[145] Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3 *Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale*, BURL n. 12 1° suppl. ord. del 17 marzo 2008. Reperibile si :
https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/9534889a-e776-426b-afc3-0117143cb58a/LR+n+3+-+2008.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9534889a-e776-426b-afc3-0117143cb58a.

delle esperienze tese a favorire le vita indipendente"[146]. Questi principi si ritrovano anche nell'art. 7 ("Diritti della persona e della famiglia") dove si parla di diritto "a rimanere, ove possibile, nel proprio ambiente familiare e sociale o comunque mantenere nella misura massima possibile le relazioni familiari e sociali" e di diritto ad "essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti" e infine a "ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno". Questo inevitabilmente portava alla visione di un modello reticolare di offerta, organizzata per garantire il raggiungimento di tali obiettivi, raggiungimento a cui concorrono, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione, comuni, persone fisiche, famiglie, gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà, soggetti del terzo settore, organizzazioni sindacali, altri soggetti del privato sociale ed enti religiosi ecc. (art. 3). Mentre alla Regione competono le funzioni di "indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità di offerta sociali (art. 11), agli altri soggetti pubblici (ASL e comuni in particolare, con la sottolineatura che alle prime venivano attribuite competenze di carattere più sanitario e ai secondi più di tipo socio-assistenziale) del privato e del privato sociale compete l'organizzazione della rete di offerta. Senza addentrarci in analisi più approfondite circa la valutazione della congruità di questi obiettivi e del loro effettivo raggiungimento, si segnala, ai fini della presente ricerca, come negli anni successivi qualcosa sembra essersi mosso nella direzione di una presa in carico delle fragilità delle persone anziane. Una serie di DGR (il DGR 116/2013 - Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo -, e il DGR 856/2013 - primo provvedimento attuativo-)[147] fissano degli interventi a sostegno, tra gli altri, di "persone anziane fragili e non autosufficienti". Destinatari di questi interventi sono anche persone che vivono in condizioni di fragilità determinate da "esiti di patologie che hanno prodotto limitazioni delle capacità funzionali nello svolgere in autonomia le normali attività della vita quotidiana, in molti casi associati a deficit della sfera cognitiva ([…] anziani in condizione di non autosufficienza anche per Alzheimer o altre demenze senili); da necessità di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociale e sociosanitaria […]", con l'aggiunta di un'ulteriore precisazione: "la condizione di fragilità, per essere compresa nella sua interezza, deve essere valutata anche nella dimensione sociale, proprio perché il benessere della persona passa anche attraverso le relazioni familiari e sociali, la capacità organizzativa e di copertura della rete sociale, che

[146] Questi principi non sono comunque di per sé originali a parte il riferimento a una certa flessibilità delle prestazioni (Carabelli & Facchini, cit.).

[147] DGR del 25 ottobre 2013 - n. X/856 Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/2013: primo provvedimento attuativo. Burl n. 45 serie ordinaria del 4 novembre 2013. Reperibile su:
http://www.consultazioniburl.servizirl.it/ConsultazioneBurl/temp/159324532310264459298442843758.pdf#page=2

permettono, da una parte, la soddisfazione di bisogni pratici e dall'altra rispondono a necessità di sostegno affettivo e di sicurezza. La fragilità, quindi, va letta in relazione sia alla persona da assistere, sia alle capacità e alle risorse fisiche ed emotive della famiglia che è impegnata nell'opera di assistenza" (Allegato B del DGR 856). Per questo si parla di valutazione multidimensionale che è affidata alla competenza della ASL territoriale.

Le azioni a sostegno di tali fragilità sono individuate, nel caso degli anziani, in "interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del *caregiver* familiare e/o dell'assistente personale […]", "il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare […]"; la residenzialità leggera ("interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria. Gli interventi e prestazioni dell'azione vengono attuati in contesti abitativi singoli o comunitari che, pur mettendo a disposizione servizi comuni di carattere generale, garantiscono alle persone di rimanere nel proprio contesto di vita, in ambiente controllato e protetto […])"; "RSA/RSD Aperta" [Cioè Residenza Sanitaria Disabilità] (ibid.). Per tutte queste azioni è previsto uno stanziamento in denaro: per la residenzialità leggera è prevista l'erogazione di un *voucher* di 12 euro pro/die (successivamente adeguato). Per il ricovero in RSA/RSD aperta un *voucher* di 500 euro/mensile. Per poter avere accesso alle misure previste la delibera regionale chiede agli enti erogatori dei servizi accreditati determinati requisiti; in particolare per le strutture di residenzialità leggera si tratta di requisiti di carattere strutturale/tecnologico (rispetto dei criteri di agibilità, abolizione delle barriere architettoniche, rispetto delle normative antincendio ecc.) e di carattere gestionale (soprattutto prestazioni infermieristiche di base, assistenza alla persona e attività educative/animative per non meno di 200 minuti a settimana); per queste prestazioni devono essere garantite le seguenti figure professionali: infermiere professionale, ASA/OSS ed educatore professionale/animatore, con reperibilità di un operatore 24 ore su 24 per tutti i giorni della settimana.

A questo DGR ne ha fatto seguito un altro, a poco più di un anno di distanza (DGR 2942 del 19-12-2014)[148] che, confermando l'assetto complessivo del precedente DGR, ne introduceva alcune varianti e integrazioni. In particolare veniva aumentata l'entità dei *voucher* e la loro differenziazione in base ai diversi livelli di entità del bisogno di cui venivano fissati precisi criteri di valutazione (14 euro pro/die per bassa intensità di

[148] D.G.R. del 19 dicembre 2014 - n. X/2942 Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: secondo provvedimento attuativo - Conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative. BURL n.52 serie ordinaria del 23 dicembre 2014. Reperibile su http://www.consultazioniburl.servizirl.it/ConsultazioneBurl/temp/159324499470216328793525311972 05.pdf#page=26

bisogno, per la quale peraltro si fissava in 300 minuti a settimana lo standard minimo di assistenza da garantire, e 24 euro pro/die per media intensità del bisogno, a cui corrisponde uno standard minimo di prestazione di 500 minuti a settimana) (DGR X 2942 Allegato b).

La successiva L. R. 23 dell'11 agosto 2015[149] ha abrogato in modo parziale o totale una serie di leggi precedenti risalenti fino al 1974, apportando consistenti modifiche, tra le altre, alla legge 3/2008. Con questa nuova legge si modifica profondamente l'assetto del sistema socio-sanitario lombardo con l'istituzione di un sistema sanitario e socio-sanitario integrato, guidato all'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali *Welfare*. Tra gli indirizzi fondamentali viene evidenziato l'orientamento alla "presa in carico della persona nel suo complesso"(art. 2 punto 1 comma c); tale obiettivo acquista un suo rilievo in relazione in particolare ai rischi presenti nel sistema lombardo, consistenti soprattutto nell'elevata frammentazione delle unità di offerta. Si ribadisce inoltre che il fine di questa presa in carico dei pazienti cronici/polipatologici e fragili è di ritardare l'avvento di condizioni di non autosufficienza e l'istituzionalizzazione. Si riafferma inoltre la centralità della persona, intesa come detentrice della libertà di scelta e della corresponsabilità nei processi di cura (Art. 2, punto 1 commi a, b). Si assegna inoltre al Piano Sociosanitario Integrato Lombardo (PSL), di durata quinquennale, funzioni di programmazione e di indirizzo degli interventi (Art. 4).

Nel 2017 una serie di interventi della Giunta Regionale hanno introdotto nuovi elementi. In particolare il DGR 7769 del 17 gennaio 2017 prevede misure di sostegno a persone accolte in diverse forme di residenzialità assistita che richiamano quelle già coperte nel DGR 2492 del 2014 (alloggi protetti, ex case albergo ecc.). Il fine di questi interventi è preventivo: attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni di natura sociosanitaria si vuole favorire il mantenimento delle capacità residue, ritardando il più possibile il declino delle condizioni psico-fisiche e di socialità nella popolazione fragile. A tale scopo vengono erogate prestazioni di carattere sociosanitario, definite in base alla valutazione multidimensionale del bisogno, aggiuntive a quelle socio assistenziali, già previste dalla normativa per la struttura preposta all'accoglienza. Ad ogni persona beneficiaria della misura viene riconosciuto un *voucher* giornaliero del valore di € 22 per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie per le quali il gestore garantisce uno standard di 420 minuti settimana. Il DGR 7769 regolamenta anche il servizio delle RSA aperte mentre il successivo DGR 7770

[149] Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). BURL Supplemento n. 33 del 14 agosto 2015. Reperibile su http://www.consultazioniburl.servizirl.it/ConsultazioneBurl/temp/159715900668350373664711374371.pdf#page=2

regolamenta il servizio ADI. Le critiche degli operatori del settore riguardo a questi interventi si appuntano soprattutto sulla mancanza di un modello organico di programmazione, sui tetti di budget previsti, (soprattutto per il servizio ADI) e sui rischi di sovrapposizione dei campi di intervento tra il servizio delle RSA aperte e dell'ADI (Giunco, 2018).

Il DGR 7776 del 17/1/2018 istituisce in Lombardia una nuova unità di offerta residenziale di tipo sociale denominata C.A.S.A. (Comunità Alloggio Sociale Anziani), in grado di garantire tutela e protezione abitativa a persone anziane fragili e vulnerabili socialmente, autosufficienti, o con una parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana e/o nella vita di relazione. Tale offerta assicura servizi alberghieri e sociali interni alla struttura, con capacità di integrarsi con i normali servizi sociali, sociosanitari e sanitari, di comunità e di rete; è gestita da un soggetto pubblico o privato che è responsabile della sua conduzione. La finalità è garantire a un piccolo numero di ospiti (da 5 a 12) un'accoglienza a prevalente impostazione domestica, familiare e abitativa, che favorisca la libera espressione delle autonomie, la socialità, l'arricchimento delle relazioni. In queste strutture gli ospiti possono essere accolti, secondo i casi, temporaneamente o a tempo indeterminato. Gli obiettivi sono: sostenere le esigenze abitative e di protezione delle persone, garantire un progetto di vita che risponda alle esigenze e ai desideri della persona, favorire il mantenimento dell'autonomia e promuoverne il miglioramento, promuovere il mantenimento delle relazioni sociali e familiari, favorire stili di vita che promuovano la salute e il benessere della persona, prevenire e ritardare il ricorso a strutture sociosanitarie e il ricorso improprio ai servizi di emergenza urgenza e di ricovero ospedaliero, aiutare la famiglia, in caso di soggiorno temporaneo, a superare periodi di sovraccarico o di crisi (malattia del *caregiver* di riferimento, *burn-out*).

Anche qui le critiche degli operatori si appuntano soprattutto sulla mancanza di un modello organico di programmazione e sugli adempimenti gestionali imposti ai gestori che paiono economicamente insostenibili per strutture di piccole dimensioni (Giunco, cit.)

Ultimo intervento meritevole di segnalazione è il DGR 2498 del 26/11/2019 con il quale si è approvato il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo per gli anni 2019-2023. Le linee di intervento confermano il percorso già intrapreso: rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità; assicurare forme di residenzialità protetta/assistita intermedia tra domicilio e strutture residenziali, dando stabilità alle sperimentazioni già attive per ritardare il più possibile il ricovero e sostenere le capacità residue in percorsi di vita autonoma; promuovere forme di coresidenzialità autogestite e di percorsi di accompagnamento all'autonomia; valorizzare la VMD sia in ambito ospedaliero che territoriale; valorizzare il ruolo dei case-manager per orientare, accompagnare e tutelare il malato e la famiglia nel

suo percorso di cura; attuare le modalità proattive di individuazione dei soggetti a rischio più elevato per assicurare una più tempestiva presa in carico degli stessi.

Si è delineata nel tempo, attraverso questi interventi, una seconda branca del sistema assistenziale lombardo, che intende accogliere le istanze di maggiore cura della domiciliarità e di una nuova forma di residenzialità leggera che copra il vuoto tra RSA e cura a domicilio, fornendo risposte più personalizzate al bisogno degli anziani e delle loro famiglie[150].

Il giudizio degli operatori del settore su questi interventi finalizzati alla residenzialità leggera è stato generalmente positivo perché, oltre a riconoscere finalmente e in maniera definitiva la presenza e l'efficacia di queste forme di residenzialità intermedia, fino a poco tempo fa viste con un certo sospetto dal legislatore, allineando così l'assistenza regionale agli indirizzi europei, garantisce una presa in carico dell'anziano più duttile e adeguata ai suoi bisogni reali, fornendo un sostegno anche economico alle famiglie. Vengono segnalate però delle criticità, a cui si chiede di ovviare[151]. In particolare si rileva come vengano attribuite a questi tipi di residenze funzioni di carattere sempre più sanitario (accompagnate da un calcolo di minutaggio di prestazione difficile da garantire e anche da conteggiare e certificare) mentre questi tipi di alloggio sono sorti per altri scopi: non sono nati per fornire assistenza sanitaria (che normalmente viene svolta attraverso i normali servizi sanitari di medicina generale del S.S.N. e dell'ADI) ma per un sostegno all'abitare protetto (servizi di portineria, sicurezza notturna e pronto intervento, manutenzione, facilitazioni nelle relazioni sociali). Sembra quasi che si richieda a queste strutture una cambiamento che le snaturerebbe rispetto allo scopo per cui sono sorte. In secondo luogo si attribuisce a queste strutture un carico burocratico-organizzativo-gestionale e contabile di estrema complessità che richiede un personale addirittura superiore a quello impegnato sul campo dell'assistenza diretta agli ospiti e comunque molto superiore a quello che

[150] Complesso e variegato rimane invece il quadro del sistema delle RSA lombarde. Nel Report della CISL Lombarda relativo al 2019 emerge una situazione a "macchia di leopardo" con un calo di posti letto contrattualizzati e parzialmente finanziati dalla Regione (57.603) ed una crescita dei posti letto in solvenza, completamente a carico dell'ospite (7.102), con costo medio giornaliero di 84,15 Euro (particolarmente oneroso). La quota sanitaria giornaliera a carico della Regione per i posti letto contrattualizzati va da un massimo di 52 Euro per malati di Alzheimer a un minimo di 29 per ospiti valutati con Sosia 7-8 (i meno gravi). La quota per famiglia va da una media minima di 51,22 Euro pro/die a una massima di 93,40, con quote più alte nella città di Milano. La media annua del costo per famiglie si aggira intorno ai 24.000 euro con un aumento in questi ultimi 6 anni del 6,7%. Ancora al 31 dicembre 2019 si registravano liste di attesa (Cisl Pensionati Lombardia, 2020).

[151] Per una valutazione critica di questi interventi si veda una serie di articoli apparsi sulla rivista online Lombardia Sociale: http://www.lombardiasociale.it. In particolare Giunco, 2014 , 2018)

strutture di piccole dimensioni come queste possono permettersi. Su queste criticità è atteso vivamente dagli operatori un intervento correttivo[152].

4.3.6 - La ricerca "Abitare leggero in Lombardia"

Gli interventi sul piano legislativo della Regione Lombardia sono venuti a normare una realtà regionale di abitare leggero piuttosto variegata e complessa, realtà che è stata messa in luce ed analizzata dalla ricerca "Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per gli anziani", condotta nel 2013 da Fondazione Cariplo e realizzata dalla fondazione Housing Sociale e dalla cooperativa La Meridiana di Monza. Tale ricerca coordinata da Fabrizio Giunco, analizza nuovi modelli dell'abitare leggero e della residenzialità "intermedia" non istituzionale in Lombardia coinvolgendo 52 strutture di questo tipo che hanno accettato di parteciparvi, distribuite nell'intera regione (dalle 18 in provincia di Brescia alle 13 in provincia di Milano a una sola in provincia di Bergamo e di Sondrio). Gli enti gestori rispondono a diverse tipologie: sono in gran parte cooperative sociali (16), comuni (13), associazioni di volontariato (10), fondazioni (8). I servizi offerti agli ospiti vanno dagli alloggi protetti (21%) ad abitazioni per anziani con servizi accessori (19,8%) fino al condomino sociale (1%). 25 di queste strutture accolgono anziani con vita indipendente e 27 anziani con vita assistita. I servizi forniti riguardano sia il sostegno alla vita quotidiana sia quello alla persona. Per quanto riguarda il sostegno alla vita quotidiana i servizi maggiormante offerti (o di base o a richiesta) sono risultati essere: pulizia e controllo degli spazi comuni (offerto da 42 strutture), animazione e attività di socializzazione (42), lavanderia (42), assistenza alla pulizia domestica (41). Altri servizi offerti in un buon numero di strutture sono quelli di parrucchiere, podologo, collaborazione domestica. La consegna pasti è effettuata da 21 strutture ma solo 3 la prevedono come servizio di base. Per quanto riguarda i servizi alla persona, quelli principali sono: bagno assistito (43), aiuto nell'igiene personale (42), assistenza per assunzione di terapie per via orale (42), preparazione pasti (42), monitoraggio dello stato di salute (41), assistenza infermieristica (39), aiuto per l'uso dei servizi igienici (37), assistenza per trasferimento letto-sedia e per la deambulazione (37), insulinoterapia e monitoraggio glicemia (37), attività fisica e riabilitazione (35), terapie intramuscolo (35). Come si vede vi è un'ampia gamma, in questo settore della vita assistita, di servizi a carattere sanitario. I principali servizi accessori riguardano invece la sicurezza e la protezione e sono:

[152] Con il D.G.R.del 17 dicembre 2018 - n. XI/1046 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019 (Burl n. 52 serie ordinaria del 29 dicembre 2018) reperibile su http://www.consultazioniburl.servizirl.it/ConsultazioneBurl/temp/159324481901954119890882627725 35.pdf#page=4) oltre ad adeguare il budget di spesa regionale per i vari interventi si è avviata la sperimentazione per la realizzazione di Villaggi Alzheimer "purché realizzati da enti con documentata esperienza nella gestione dei servizi socio-sanitari e previa approvazione della ATS territorialmente competente (6.7.1).

mediazione di rete e monitoraggio (44), ascolto e servizio sociale (43), sostegno nell'attività del medico di famiglia (38), piccole manutenzioni (38), *case management* e *care management* (33), pronto intervento 24h/24 (33). Il servizio di portineria sociale è offerto da 20 strutture, quello di telesoccorso da 18 e quello di teleassitenza da 14.

Stando a questa indagine, le criticità maggiori sono quelle riguardanti l'aspetto edilizio delle strutture, spesso collocate in edifici preesistenti che non erano stati concepiti per un uso residenziale protetto e che quindi hanno dovuto essere riconvertiti. Talvolta questa riconversione, oltre che costosa, è risultata complessa per l'iter e gli adempimenti burocratici da svolgere, soprattutto se l'edifico era dato in locazione o in comodato ma non era di proprietà dell'ente assistenziale che vi operava. In questo caso i cambiamenti necessari hanno dovuto essere approvati dalla proprietà e questo ha comportato costi e tempi aggiuntivi. In questo caso a fronte di idee molto chiare da parte degli enti gestori corrispondevano perciò realizzazioni solo parziali. In ogni caso risultano curati alcuni aspetti tecnici quali la flessibilità delle pareti e l'inserimento della domotica. Riguardo alle barriere architettoniche, si rispettano le normative di legge, ma è risultata ancora poco sviluppata l'attenzione a favorire ospiti con limitazioni sensoriali o delle funzioni mentali superiori.

I risultati della ricerca sono comunque incoraggianti dal punto di vista della qualità dei servizi offerti da tali strutture che garantiscono, oltre all'efficienza, anche una grande familiarità. Oltre l'80% di esse permette e favorisce la personalizzazione, soprattutto nelle soluzioni abitative a singole unità per anziano. Circa il 50% ha un'organizzazione degli spazi interni ricalcata su quella dell'abitazione tradizionale (spazi comuni, salotto con tavolo e camino ecc.) così da tener viva la memoria storica degli ospiti. L'indipendenza degli ospiti è legata alla fruibilità ed alla facile accessibilità agli spazi, anche esterni alla struttura, accessibilità curata e sicura. La socialità è promossa anche e attraverso attività comuni, anche se la maggior parte delle strutture, di piccole dimensioni non può disporre di spazi polifunzionali adeguati per attività di gruppo.

Il personale risulta regolarmente assunto e ben tutelato (ridotto l'utilizzo dei volontari). Personale ASA e OSS è presente nelle residenze di vita assistita, più presenti invece assistenti domestiche per il governo degli ambienti nelle residenze di vita indipendente.

Complesso è risultato raccogliere dati in ordine ai conti economici di queste strutture (molte di esse non sono riuscite a rispondere ai quesiti in tal senso per varie difficoltà anche burocratiche). Tuttavia in generale si può dire che l'analisi della struttura dei costi ha dato risultati disomogenei e comunque in buona parte negativi; i risultati economici peggiori riguardano enti di piccole dimensioni e questo aspetto, a detta dei curatori della ricerca, andrebbe ulteriormente approfondito. Complessa è risultata anche la valutazione

delle tariffe sostenute dagli ospiti, tariffe diverse fra loro perché articolate in servizi di base e servizi a richiesta. Il disavanzo tra entrate e costi di gestione correnti è talvolta integrato, ma in modo ridotto, da risorse esterne occasionali come donazioni e azioni di *fundraising* comunque poco influenti nella gestione complessiva.

A fronte di queste problematiche gestionali va detto che il grado di soddisfazione degli utenti (accertato attraverso 101 interviste dirette, *de visu*, progettate da Giuliana Costa, è risultato ampiamente soddisfacente. Al di là dei motivi che hanno spinto le persone a cercare queste soluzioni abitative, il 61,5% dei residenti negli alloggi di vita indipendente ha dichiarato di "sentirsi a casa" (il 46,8% nelle residenze di vita assistita). Apprezzate sono la qualità e la professionalità degli operatori. Frequenti sono rimasti i contatti con i familiari (77,2%) anche se circa un quarto degli intervistati dichiara di non avere più rapporti esterni alla struttura. Rispetto ai rapporti con gli altri ospiti, più di metà degli anziani intervistati dichiara di ricavarne piacere. Il 10,3% dei residenti negli alloggi di vita indipendente (forse perché alle prese con problemi di tipo condominiale) e il 6,5% nelle residenze di vita assistita dichiara di avere qualche difficoltà, soprattutto per la vicinanza di anziani in condizione di maggiore disabilità. Rispetto all'ipotesi di un ritorno a casa nelle residenze di vita autonoma la risposta più frequente (32,1%) è stata di rifiuto "perché mi piace qui e non ho intenzione di cambiare ancora"; negli alloggi di vita assistita il 45,8% ha risposto: "Perché non posso e non voglio gravare sui miei famigliari".

I dati emersi da questa ricerca saranno ripresi più avanti in un confronto con l'indagine su Synergy. Fin da ora però si può concludere che a fronte di risultati positivi sul piano dell'efficacia assistenziale si riscontrano difficoltà e criticità sul piano più strettamente economico-gestionale. Su questo evidentemente si richiede uno sforzo più deciso anche del legislatore (sul piano normativo) oltre che degli enti gestori, per rendere più funzionali ed economici questi servizi senza però abbassare la loro qualità, già soddisfacente, ma, se possibile, migliorandola ulteriormente.

5- UNA PROPOSTA INNOVATIVA DI RESIDENZIALITÁ LEGGERA: IL PROGETTO SYNERGY DI CARDANO AL CAMPO (VA)

5.1 - Che cos'è Synergy

Synergy è un progetto assistenziale realizzato, dopo una lunga gestazione, nel 2014, nel territorio di Cardano al Campo (Varese), con il contributo della Città di Cardano al Campo e della Fondazione Il melo Onlus Luigi Figini di Gallarate (Varese), fondazione che da tempo opera nel settore. Altri *partners* sono l'ALER e la Provincia di Varese. Questo progetto si configura, nelle intenzioni originarie, come un modello abitativo di *housing* sociale per anziani nella forma della "residenzialità leggera". In esso vengono messe in sinergia (da qui il nome), cioè in relazione positiva, fragilità diverse legate a diverse generazionalità: da una parte anziani con necessità assistenziale e di sicurezza e dall'altra famiglie che, prima di entrare a far parte del progetto, vivevano in condizioni di fragilità abitativa e/o occupazionale. Queste differenti realtà sono integrate in un progetto stabile di solidarietà professionalizzata, e inserite nel contesto della comunità locale con la quale interagiscono.

L'ingresso della residenza in Via Mameli, 1 a Cardano al Campo (foto realizzata dall'autore)

L'aspetto innovativo del progetto, nelle intenzioni del suo ideatore Marco Predazzi, è dato proprio dalla presenza di queste famiglie di *caregiver* (attualmente 2), che si fanno carico dell'assistenza agli ospiti della struttura, risiedono all'interno di essa, sono state formate a tale scopo e dovrebbero essere regolarmente assistite e supervisionate da operatori professionali. Agli anziani ospiti vengono così garantiti supporti, anche intensivi e differenziati, per la loro attività quotidiana, assistenza sanitaria compatibile con la normale domiciliarità territoriale, un servizio di guardia 24 h/24 e un controllo attraverso un monitoraggio che, nelle intenzioni, dovrebbe utilizzare gli strumenti più aggiornati della domotica. Ma gli aspetti interessanti sono anche altri. Uno è la collocazione della struttura.

Essa si trova nel centro della cittadina, aperta ad essa in una interazione che vuole essere positiva e feconda di rapporti. La residenza, denominata Paolo VI, si trova infatti nella centrale via Goffredo Mameli al n. 1, attorno ad un ampio cortile, è integrata con aree comuni fruibili dall'utenza territoriale della cittadina (una sala socio-culturale polivalente, una agenzia sociale, una caffetteria-pasticceria-ristoro cui si può accedere sia dall'esterno che dall'interno del cortile). Soprattutto è una struttura aperta, senza cioè porte e cancelli, ed attraverso il suo cortile si può accedere al parco-giochi cittadino. È quindi anche un luogo di passaggio frequentato da molte mamme e bambini.

La pianta del centro di Cardano al Campo (fonte Google maps) dove si evidenzia l'ingresso dalla struttura (in Via Mameli, 1). Si noti la vicinanza con il palazzo comunale, la chiesa parrocchiale, il parco a cui si può accedere dalla residenza, i numerosi esercizi commerciali situati nelle vicinanze

Dal punto di vista abitativo Synergy offre diverse possibilità di ospitalità tra loro collegate, diversamente riconducibili al modello delle *Assisted Living Facilities* e delle *Independent Living Facilities*: vi sono infatti tre "alloggi-autonomia" per singole persone e due in cui vivono coppie, e tre comunità-alloggio o case-famiglia sul modello dei *cantou* (due al primo piano ed uno al secondo) di un edificio a corte nella forma "a ringhiera", come le case di un tempo, affacciato su cortile centrale. In totale la residenza può ospitare una trentina di

persone. Questa contiguità tra diverse tipologie di alloggio costituisce un terzo motivo di interesse legato a questa struttura, che andrebbe esaminato più dettagliatamente. A queste residenze si aggiungono appartamenti ALER[153] in cui vivono famiglie che non usufruiscono dei servizi di Synergy ma che interagiscono con gli anziani ospiti. Come detto vi sono inoltre due famiglie *caregiver* che usufruiscono di alloggi messi a loro disposizione in modo gratuito, percependo anche un riconoscimento economico.

Gli alloggi-autonomia sono mini-appartamenti completi (sala, cucina, bagno, camera da letto) per ospiti che conservano un certo grado di autonomia (generalmente in una fascia di età non molto avanzata, salvo eccezioni che vedremo) e che consentono di mantenere un livello di vita piuttosto indipendente. In genere questi anziani ricevono un'assistenza variabile e ritagliata sulle esigenze personali (chi le pulizie personali, chi le pulizie della casa, chi il trasporto verso luoghi all'esterno) con servizi che vengono contrattualizzati. I pasti caldi che ricevono possono essere consumati sia nella loro sala da pranzo sia accedendo ad una sala condivisa con altri ospiti. A tutti è garantita un'assistenza nelle emergenze, 24 ore su 24. L'intensità dell'assistenza è modulata su ognuno degli ospiti (è "plastica" e "protesica") e tendenzialmente consente un livello di rapporti col mondo esterno ancora abbastanza vivo.

I *cantou* invece sono appartamenti in cui vivono assieme più ospiti che condividono uno spazio comune (sala da pranzo, salottino e bagno) mentre dormono in stanze separate. Nella residenza di Synergy i *cantou*, come detto, sono 3 con una capienza fino a 7 persone l'uno. Nel primo, al momento dell'intervista, erano ospitati due uomini, che condividevano la stessa stanza, e una signora. Nel secondo erano ospitate due signore che avevano la medesima stanza ed un'altra signora che dormiva in una stanza separata. Nel terzo vi erano due signore nella stessa stanza e due che avevano stanze singole. I *cantou* sono ad alta intensità assistenziale perché gli ospiti presentano una ridotta o ridottissima autonomia. In qualche caso sono totalmente dipendenti. Nella struttura opera personale specializzato OSS, un cuoco e personale amministrativo. I servizi sanitari, garantiti per tutti gli ospiti, pur in presenza di un infermiere professionale e di una supervisione medica, afferiscono alle risorse territoriali. Le dimensioni variano dai 40 agli 80 mq.

[153] ALER è acronimo di Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale (ex IACP, Istituto Autonomo Case Popolari).

I destinatari del progetto sono quindi anziani che presentano diverse necessità assistenziali, di sicurezza e supervisione, con difficoltà diverse sul piano cognitivo, psichico e comportamentale ma comunque compatibili con la vita in comune, e che non presentano patologie tali da richiedere un monitoraggio sanitario intensivo. A questi anziani viene dato un supporto di tipo protesico, finalizzato a permettere e favorire il più possibile il mantenimento della loro autonomia, riducendo al minimo le situazioni di *stress* e supportandoli nelle loro relazioni con l'ambiente, anche sociale, valorizzando in tal modo le capacità residue di cui ancora dispongono. L'operatore sviluppa modalità di azione che non sostituiscono in toto le capacità della persona ma fanno da "complemento" ad esse, affiancandola nelle sue attività. L'operatore di turno, presente 24 ore su 24, è il perno della vita quotidiana dei residenti, con i quali condivide tutto: dal disbrigo delle piccole faccende domestiche alle attività ricreative. Con questo servizio di accompagnamento vengono garantite la gestione dell'alzata mattutina e l'accompagnamento serale al letto, l'igiene della persona, aiutata nella doccia settimanale, la fornitura di due pasti caldi giornalieri, il servizio di pulizia della stanza e quello della biancheria, a richiesta anche il servizio di trasporto esterno. Lo spazio di vita garantisce sicurezza e comfort con un forte riferimento alla domiciliarità che ne facilita, per le persone anziane, l'adattamento. A tutti i residenti viene proposta la partecipazione a momenti collettivi strutturati (teatro, cinema, intrattenimenti musicali) presso la sala comune.

Il cortile interno della residenza con l'accesso al parco. Si notino le case "a ringhiera" con il ballatoio che collega i vari alloggi (foto realizzata dall'autore)

In un'intervista concessami all'inizio del lavoro, l'ideatore di Synergy, il dott. Marco Predazzi[154] ha spegato come il progetto Synergy sia nato a seguito di un grande convegno internazionale organizzato nel 1999 in località diverse dell'Europa, convegno che ha raccolto numerosi studiosi, esperti ed operatori nel settore dell'assistenza agli anziani[155]. Da questo convegno, che ha visto un centinaio circa di interventi, sono emerse testimonianze di una grandissima vitalità e creatività, segno che in questo campo in Europa le cose si stavano muovendo da tempo. Importanti sono stati anche, per il sorgere del progetto Synergy, i pressanti inviti da parte della Commissione Europea a ripensare in maniera nuova all'*habitat* delle persone anziane (vedi cap. 2.5.1). Il nome del progetto, che ne esprime bene la natura, indica la volontà di proporre

> "un *habitat* in cui ci fosse fin dall'origine un'intergenerazionalità strutturale, un'integrazione sociale che fosse già connaturata al progetto" (intervista a Predazzi).

5.2 - Lo strumento privilegiato del lavoro: le interviste semi-strutturate

Lavorando sul piano della ricerca di tipo qualitativo (vedi 1.3) strumento privilegiato di indagine sono state le interviste semi-strutturate, rivolte ali anziani ospiti della residenza. L'intervistatore ha interagito con loro proponendo argomenti da trattare con domande di ordine molto generale, secondo una traccia, un "canovaccio" precedentemente

[154] Marco Predazzi, 1953, fondatore del centro polifunzionale Il Melo di Gallarate, una delle realtà più poliedriche e creative del panorama gerontologico italiano, è ora direttore scientifico del laboratorio per l'Housing Sociale Protetto della Fondazione Il Melo onlus L. Figini di cui è presidente dal 1995. Medico generalista, esperto di progettazione sociale gerontologica, saggista, artista, ha al suo attivo partecipazioni congressuali e pubblicazioni in campo gerontologico, produzioni e mostre personali in campo artistico. L'intervista, sotto forma di un dialogo non strutturato, si è svolta nel mese di giugno del 2019 ed è durata circa 2 ore, in un clima molto cordiale e aperto, senza nessun tipo di preclusione né resistenza da parte dell'intervistato a trattare anche gli aspetti di criticità emersi. La parte iniziale si è concentrata sulle origini del progetto ed ha consentito di mettere a fuoco il percorso compiuto, pur nelle difficoltà che sono state di volta in volta descritte.

[155] Il convegno aveva come titolo "Où habitera la personne âgèe du troisièime millénaire" e si è svolto in forma itinerante a Nantes (Francia), Louvain La Neuve (Belgio), Lisbona (Portogallo), Gallarate (Varese). A promuoverlo sono stati 4 enti: IPES (Institut Pluridisciplinaire d'Etudes Sociales), Il Melo (Centro di cooperazione sociale), UCL (Université Catholique de Louvain La Neuve) e CCPC (Centro Comunitario Parrocchia di Carvcavelos) sotto l'egida delle Nazioni Unite per l'Anno Internazionale dell'Anziano e con il contributo della Comunità Europea. Il progetto è stato realizzato con il contributo, tra gli altri, della Presidenza del Consiglio dei Ministri italiana, della Regione Lombardia, della Provincia di Varese, del Comune di Gallarate, della Fondazione Cariplo e di Sea Malpensa. La presidenza del convegno è stata del sociologo Richard Vercauteren, con la collaborazione di Marco Predazzi, Michel Loriaux (demografo), Maria Fernando (direttrice), Franck Jahan (gerontologo). Gli atti del convegno sono stati pubblicati in Predazzi et al., 2000.

predisposto, ma declinato poi in modo flessibile sia nella formulazione dei quesiti sia nell'ordine di sviluppo dell'intervista, a seconda di quanto ritenuto più utile ed efficace al momento. Si è lasciata così ampia libertà sia all'intervistato che all'intervistatore. Questi poteva modulare diversamente le questioni, intervenire, ma ciò è avvenuto in modo molto limitato, per chiedere chiarimenti e approfondimenti o per reindirizzare il discorso quando si allontanava dal tema proposto, per sottoporre all'interessato nuove piste di riflessione suggerite dallo sviluppo del discorso, se ritenute utili e interessanti anche se non previste all'inizio dell'intervista. In realtà si è cercato di intervenire il meno possibile per interrompere le "divagazioni" dell'intervistato, avendo cura di ricondurlo sulla traccia posta dalla domanda solo a divagazione conclusa.
Agli anziani intervistati quindi si è voluto dare la possibilità di spaziare nel discorso, seguendo il flusso della memoria e dei pensieri che di volta in volta emergevano in loro anche riguardo ad aspetti apparentemente estranei all'argomento proposto (ricordi della giovinezza, ricordi di fatti del loro passato e di avvenimenti storici che hanno vissuto, riflessioni sui cambiamenti sociali in atto, cenni anche scherzosi alla realtà politica odierna ecc.) ma ritenuti dall'intervistatore interessanti ai fini della comprensione complessiva dell'intervento. Questo atteggiamento di disponibilità ad accettare in modo non inutilmente censorio il discorso dell'intervistato ha contribuito a mettere a suo agio l'anziano, ad eliminare forme di *stress*, a "sciogliere " le sue resistenze e a creare quella cordialità empatica che ha permesso poi uno sviluppo costruttivo a tutta l'intervista. In questo modo si è ottenuto l'effetto di consentire all'anziano di esprimere ampiamente il suo "vissuto" cosciente e quindi di poter delineare un ritratto, per così dire "a tutto tondo" della sua personalità. Domande troppo dettagliate e minuziose e una conduzione rigida dell'intervista con continui interventi rettificatori avrebbero creato una sorta di "gabbia" che avrebbe magari facilitato il lavoro successivo di analisi e sintesi ma che non avrebbe reso giustizia della complessità e della ricchezza del mondo interiore dell'anziano, fallendo così il suo scopo. Oltretutto molte risposte, sganciate da una visione complessiva della personalità dell'intervistato, sarebbero risultate poco comprensibili o addirittura, per così dire, "standardizzate".

Diverso è stato il caso per le successive interviste con i familiari *caregivers*, nelle quali si è proceduto in modo più strutturato (stesse domande per tutti nella stessa formulazione e nello stesso ordine anche se ancora "aperte"). Ciò proprio per le diverse caratteristiche delle persone coinvolte. A queste ha poi fatto seguito un colloquio-intervista conclusivo con la Direttrice della struttura, colloquio nel quale si sono messi a fuoco i temi emersi dalle precedenti interviste, avviando una prima discussione critica.

5.2.1 - La trascrizione e l'analisi delle interviste

Questa modalità, come accennato sopra, ha creato maggiori difficoltà in sede di successiva analisi dei dati e di realizzazione di una sintesi valutativa, proprio per l'aspetto, a volte "fluviale", degli interventi, ma si è voluto correre questo rischio per raggiungere una comprensione più adeguata e meno "asettica" delle problematiche prese in esame e per accedere al punto di vista degli intervistati, alla loro "definizione della situazione"(Cardano, 2011: 160), ed acquisire utili informazioni rispetto al contesto sociale in cui vivono.

Naturalmente ove le risposte si sono mostrate del tutto sconnesse rispetto ai riferimenti spazio-temporali e del tutto prive di consequenzialità logica, per le condizioni evidenti dell'anziano, le interviste sono state annullate.

Le interviste sono state regolarmente registrate e trascritte alla lettera. Nella loro riproposizione si è voluto mantenere l'andamento del parlato, con le eventuali sgrammaticature, interiezioni, esclamazioni, termini dialettali (Cardano, cit.) Solo ove queste caratteristiche del discorso parlato impedissero la piena comprensione del contenuto si è intervenuti per correggerne la forma espositiva.

Le interviste sono state poi esaminate, selezionate nelle parti più significative in ordine alle problematiche affrontate, che sono state raccolte e classificate per temi e proposte dapprima in termini "narrativi" (che consentono quasi di immedesimarsi col vissuto diretto delle persone), individuando, con l'adeguata contestualizzazione e con brevi indicazioni sulle caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati, gli spunti più interessanti presenti. Al termine dell'esposizione si sono discussi i contenuti selezionati per arrivare a una sintesi generale e per giungere alle conclusioni rispetto alle domande di fondo della ricerca. La natura particolare della conversazione e delle risposte e il numero ridotto del campione intervistato non hanno consentito una generalizzazione statistica (anche se le risposte simili sono state, ove possibile e con tutte le cautele del caso data la tipologia delle interviste, quantificate anche numericamente e percentualmente rispetto al totale degli ospiti intervistati, allo scopo di formulare un quadro generale limitatamente alla struttura esaminata) ma hanno permesso una valutazione di tipo qualitativo. Solo per i dati socio-anagrafici si è fatto ricorso in sede di presentazione a tabelle sintetiche riassuntive. L'esito di questo primo sondaggio è stato confrontato poi con quello delle interviste ai *caregivers*, a loro volta trascritte ed analizzate, per avere punti di vista più articolati e quindi raggiungere una valutazione più completa. Utile è stato a questo punto anche il confronto con dati statistici nazionali disponibili riguardo a queste tematiche e con la più recente letteratura sul tema, in particolare con l'indagine "*Abitare leggero in Lombardia"*.

Da ultimo si segnala che nella presentazione e nell'analisi delle interviste si è avuto cura a distinguere sempre le risposte degli ospiti degli alloggi-autonomia da quelle degli ospiti dei *cantou*, per consentire una valutazione metodologicamente più corretta.

Condurre un'indagine sul mondo degli anziani e approcciarsi a loro ha costituito per chi l'ha vissuta un'esperienza ricca di novità; è stato l'incontro con un mondo che, visto da fuori, appare completamente diverso da come è in realtà. Spesso chi guarda al mondo degli anziani segue degli stereotipi che precludono a una vera comprensione di questa realtà, molto più ricca e articolata, e per molti versi sorprendente, di come appaia all'esterno. Occorre, per entrare veramente in questo mondo, una sorta di "osservazione partecipante[156] (Corbetta, cit.), un'interazione personale, un coinvolgimento fino all'immedesimazione senza atteggiamenti di distacco o di totale coinvolgimento acritico, gli atteggiamenti cioè del "marziano" e del "convertito" (Davis, 1973), ma in modo equilibrato. Pur nell'ambito temporale ridotto di questa ricerca (l'osservazione partecipante in realtà richiede tempi molto più lunghi) anche l'intervistatore si è recato più volte presso la residenza (per due mesi con cadenza settimanale o bisettimanale), ha condiviso con gli anziani ospiti momenti della giornata, ha pranzato con loro, ha condiviso i momenti di svago e di festa, ha cercato di arrivare a vedere il mondo con i loro occhi.

5.2.2 - I temi affrontati e le modalità di somministrazione delle interviste

I temi affrontati con gli ospiti della residenza tramite queste interviste riguardavano in particolare quattro ambiti:

a- **le condizioni di vita precedenti all'ingresso in Synergy e le motivazioni che hanno condotto a questo passo**. Attraverso questi quesiti si intendeva anche accertare come è stata conosciuta la residenza, che ruolo hanno avuto familiari e parenti nella decisione, che ruolo hanno avuto i medici e gli operatori socio-sanitari;

b- **il grado di autonomia e indipendenza** che gli ospiti hanno o pensano attualmente di avere o di avere conservato e come questa autonomia e indipendenza si pone e viene gestita rispetto alla vita quotidiana all'interno della residenza, ai servizi che essa offre, alle attività che propone;

c- **la qualità del livello relazionale** cioè il rapporto con le persone interne alla residenza (altri ospiti innanzitutto, ma anche operatori socio-sanitari, famiglie

[156] L'osservazione partecipante è una tecnica di ricerca nella quale il ricercatore condivide l'esperienza delle persone oggetto di studio, in modo ravvicinato, empirico, interattivo (Clifford, 1997), vive con loro e come loro, "coordina le proprie mosse con quelle delle persone coinvolte nello studio" (Cardano, 2011: 93). È la "tecnica principe per lo studio dell'interazione sociale" (ibid.).

caregiver) e con quelle esterne (parenti, visitatori, ambiente urbano di Cardano, amici avuti prima del ricovero); qual è quindi il grado di socializzazione che gli ospiti vivono e se si può parlare, in questo ambito, di relazioni intergenerazionali;

d- **la percezione della domiciliarità** cioè il significato da essi attribuito alla residenza nella quale vivono attualmente: se la percepiscono e la "vivono" come il proprio "domicilio", se si sentono "a casa", se eventualmente lo considerano l'"ultimo" domicilio della loro vita e quindi si sentono in una condizione di definitività oppure se mantengono nei confronti di essa un'ultima estraneità, se la considerano un luogo da cui si può ancora uscire. Questa questione si intreccia con quella più profonda di come percepiscono questa fase della loro vita: se conservano ancora, anche grazie all'ambiente in cui vivono, una certa progettualità rispetto al loro futuro o al contrario se prevale la passività, la percezione di aver intrapreso il percorso del declino definitivo e l'attesa rassegnata dell'ultimo definitivo e inevitabile evento del morire.

Gli stessi temi sono stati trattati nelle interviste rivolte a famigliari e *caregivers*, con quesiti però più strutturati. L'intento era quallo di trovare conferma o smentita, rispetto ai giudizi emersi nelle interviste con i loro parenti anziani, ma anche di allargare la riflessione su Synergy, sul suo funzionamento, sulle positività e criticità che, dal loro punto di vista, emergono.

Le interviste sono state effettuate in due fasi, purtroppo ben distinte e distanziate, a causa del *lockdown* imposto dalla diffusione dell'epidemia da Covid19:

1- La prima, con gli anziani ospiti della residenza di Synergy, è avvenuta nell'estate del 2019 ed è in questo contesto che sono state realizzate le venti interviste di cui quattro a uomini e sedici a donne. I nominativi degli intervistati sono stati concessi dalla Direzione della struttura che ha permesso la realizzazione della ricerca. Analizzando con cura e leggendo le varie relazioni di ingresso, i referti medici, le dimissioni ospedaliere e l'anamnesi clinica di ogni paziente, si è accertato fin da subito che i soggetti da intervistare si trovassero tutti in condizioni cognitive adeguate. Le interviste sono state precedute dall'avviso agli intervistati da parte del personale di assistenza e da una lettera informativa sulla privacy che è stata consegnata loro allo scopo di rassicurarli. Durante il colloquio, inoltre, si sono rispettate tutte le strutture della conversazione, posizione e distanza, poiché le conversazioni sono eventi comunque strutturati e non casuali (Bailey 3, cit.: 53), si è specificato il tema dell'intervista, il tempo stimato per la sua realizzazione ed infine, per quanto riguarda il luogo, si è cercato sempre di mantenere la massima riservatezza. Alcuni colloqui si sono tenuti nell'abitazione delle singole persone anziane e altri in luoghi adatti e silenziosi come la sala *Ipazia* all'interno della residenza, con tempi diluiti, in modo

da lasciare a proprio agio l'intervistato, evitandogli situazioni di *stress*. Si è prestata grande attenzione anche al linguaggio non verbale: gesti, atteggiamenti, mimica facciale e corporea, movimenti involontari, pause, distrazioni e temporanee perdite di contatto, tic e lapsus (Cardano, cit.): di tutto si è preso nota e si è poi tenuto conto in sede di esame delle interviste. In conclusione si può dire che le interviste sono state realizzate in un clima di massima cordialità.

Su venti, quattro interviste non sono state ritenute valide successivamente per l'esiguità dei contenuti e la mancanza di pertinenza delle risposte.

2- La seconda, con i familiari caregivers, è stata realizzata nell'estate del 2020, dopo la lunga interruzione di contatti dovuta al *lockdown*. Anche qui le interviste sono state precedute da una lettera informativa con la quale si spiegavano gli scopi dell'intervista, le modalità della stessa e si fornivano tutte le indicazioni per il rispetto sia delle normative sulla privacy che su quelle anti-contagio. Gli indirizzi dei famigliari e i contatti telefonici sono stai forniti dalla Direzione che ha offerto piena collaborazione. Alla richiesta hanno risposto positivamente dieci *caregivers* che poi sono stati personalmente contattati e intervistati. Si tratta di otto figli/e, una nuora e una amministratore di sostegno. A causa delle norma anti-contagio le interviste non si sono potute realizzare all'interno della residenza, ma sono state effettuate in altri luoghi scelti dall'intervistato. Il clima nel quale si sono effettuate le interviste è stato molto sereno e collaborativo. Spesso gli intervistati nelle loro risposte manifestavano un certo desiderio di narrare ed esporre che andava oltre il contenuto della domanda stessa, segno di una loro volontà di esprimersi e di confrontarsi con qualcuno sull'esperienza faticosa che stanno vivendo. I risultati di queste interviste sono poi stati esaminati in un colloquio con la Direttrice della struttura[157].

5.3 - Considerazioni preliminari

5.3.1 - La spontaneità delle risposte

Le interviste alle persone anziane, pur con alcune difficoltà, presentano indubbi vantaggi soprattutto riguardo alla spontaneità e sincerità delle risposte. Molto spesso infatti, nel tipo di inchiesta condotta mediante interviste (ma anche questionari) (Bailey 2, cit.: 37-38) vi è negli adulti intervistati una sorta di diffidenza che li porta a dare risposte non del tutto sincere e spontanee: ad esempio rispondono "normativamente" cioè dicendo quello che

[157] Va detto che, ad una prima impressione dello scrivente che ha potuto entrare nella struttura a distanza di alcuni mesi, è parso che il *lockdown* dovuto alla pandemia Covid 19, abbia lasciato un certo strascico negativo sul piano psicologico soprattutto nei *caregivers* famigliari (riguardo agli ospiti non c'è stata possibilità di incontrarli). Sebbene, grazie alle rigide misure precauzionali adottate dalla Direzione, non vi siano state vittime, si è potuto notare un certo clima di sfiducia, di dismissione, quasi di rassegnazione nel guardare a questa vicenda e alle prospettive future. Per una prima analisi dell'effetto pandemia sulle strutture residenziali per anziani si veda: Gori, C. & Trabucchi, M. (2020).

pensano l'intervistatore si aspetti da loro e non quello che effettivamente loro pensano; oppure temono di fare brutta figura, di apparire poco intelligenti o poco istruiti e quindi danno risposte "pilotate" (*social desiderable answers)* per "salvare la faccia" (è il *management impression* di cui parlano Potter e Hepburn, 2005); temono che dietro le interviste ci sia qualche trucco o inganno (magari la solita pubblicità) oppure ritengono il loro tempo troppo prezioso per dedicarlo a tali faccende. Tutto questo non accade o accade in misura minima per gli anziani, i quali si accostano all'intervista senza preconcetti e quindi in modo molto spontaneo. Così è accaduto anche nelle presenti interviste, salvo forse un caso in cui una persona si è mostrata preoccupata di esporre critiche. Le persone anziane, non avendo nulla da perdere né freni inibitori di tipo sociale, hanno parlato "a ruota libera", dando spazio ai loro pensieri e sentimenti reali.

5.3.2 - Condizione reale e condizione percepita: un dualismo inevitabile

Un'altra considerazione preliminare riguarda la differenza tra la condizione reale dell'anziano e quella da lui "percepita"[158]. Scegliere di effettuare interviste semi-strutturate indirizza la comprensione verso le condizioni percepite. Questo vale per ogni tipo di indagine condotta con questo strumento e, nel caso in oggetto, è il metodo più adeguato. Si tratta infatti di valutare se una struttura destinata a garantire il "benessere" degli anziani fa realmente percepire questo stato di benessere a chi la usa. Strutture come questa che si sta esaminando non devono solo funzionare bene ma devono anche far percepire nell'anziano ospite un senso di soddisfazione nell'invecchiare "bene". E il benessere è innanzitutto una condizione soggettiva ("sentirsi bene").

Tuttavia, nel caso degli anziani la percezione ed il livello di gradimento della loro condizione sono a volte legati a fattori, sicuramente ineliminabili, che risiedono nel profondo dell'animo, pescano nelle esperienze vissute e interiorizzate, accumulate nella loro vita, anche in età giovanile. Il livello di percezione della condizione presente da parte dell'anziano dipende anche da tutto il "vissuto" della sua vita passata, dalla personalità che si è andata costruendo nel tempo e che incide sul suo modo di giudicare l'esperienza presente. Come si è detto nel corso del lavoro (vedi supra 3.6) la vita è un "arco", un

[158] Il problema delle condizioni reali e delle condizioni percepite torna spesso alla ribalta del dibattito pubblico: si pensi, ad esempio, riguardo alla diffusione della criminalità, alla differenza tra l'insicurezza reale e l'insicurezza percepita dai cittadini (*Furti, rapine e omicidi: la mappa della criminalità nelle regioni italiane* – Il sole 24 ore del 5 maggio 2015 su https://www.infodata.ilsole24ore.com/2015/05/05/furti-e-omicidi-la-mappa-della-criminalita-nelle-regioni-italiane/?uuid=8ZtZsYrh), oppure rispetto all'immigrazione a quella tra presenza reale degli immigrati nella nostra società e presenza percepita (ricerca *Immigrazione in Italia tra realtà e percezione* - Istituto Cattaneo, 2018 su http://www.cattaneo.org/wp-content/uploads/2018/08/Analisi-Istituto-Cattaneo-Immigrazione-realt%C3%A0-e-percezione-27-agosto-2018-1.pdf). Spesso a determinare la differenza tra il reale e il percepito sono i pregiudizi diffusi, i mass media, i social con le loro *fake* news. Evidentemente questi fattori non entrano in gioco nel caso degli anziani, dove subentrano però altri fattori determinanti legati alla loro condizione.

percorso dove ogni fase è collegata inestricabilmente all'altra. La partecipazione dell'anziano alle reti relazionali tende a riflettere i modelli e i livelli di partecipazione acquisiti e vissuti prima dell'epoca dell'invecchiamento. In altri termini, per esemplificare, una persona dal carattere schivo e riservato, che ha sempre vissuto in questo modo, tende a mantenere la sua riservatezza anche all'interno della residenza e quindi magari a vivere con maggiore fastidio i momenti di promiscuità che tale vita offre rispetto ad una persona che in passato ha vissuto molte esperienze di socialità e si è formata un carattere aperto. Vi sono anziani che hanno uno spirito attivo e che quindi valutano positivamente certe proposte di attività ed altri pervasi da un senso di "dismissione dalla vita" e che perciò non riescono più a provare attrattiva per le stesse attività (Cumming & Henry, cit; Erikson, cit.; Bowlby, cit.) e hanno uno sguardo passivo e rassegnato rispetto al proprio futuro e al senso del loro essere al mondo; a volte il senso di sconfitta o di fallimento che accompagna taluni quando guardano indietro al loro passato determina anche il loro modo di vedere il presente e il futuro. Tutto questo può creare nelle persone anziane uno stato d'animo negativo che tende poi a proiettarsi su tutte le esperienze che vivono (il cibo non va mai bene, le persone che li avvicinano sono sempre fastidiose ecc.). Per quanto una struttura pensata per garantire il benessere degli anziani faccia di tutto per ovviare a tali situazioni di disagio e *stress*, queste non saranno mai del tutto eliminabili proprio perché risiedono nel profondo della persona. Pertanto in una ricerca che intende valutare il valore e la qualità di un'esperienza di assistenza non si può tener conto solo del giudizio espresso dagli ospiti nelle loro interviste. Occorre che l'esame si estenda ai punti di vista di altre persone implicate (*caregivers*, operatori) ma anche che tenga conto di dati quantitativi reperibili da altre fonti di carattere statistico (qualche esempio fra i tanti possibili: la durata della vita indipendente nei vari tipi di strutture, l'incidenza del livello di istruzione nella vita attiva e di relazione ecc.). Si tratta di *test di verosimiglianza* (Becker, 1998) che danno consistenza veritativa ai contenuti riferiti dagli intervistati. Integrare e armonizzare questi vari livelli di osservazioni per giungere a una sintesi interpretativa valida è il compito arduo del ricercatore.

5.3.3 - Il "filtro" della memoria e l'importanza del "raccontare"

Bisogna inoltre tener conto che nel giudizio sulla propria vita passata e presente ha un ruolo decisivo e complesso la memoria che interagisce col racconto e che opera, a volte, come un filtro. I ricordi emergenti sono il risultato dell'azione creativa e trasformativa della memoria sul materiale codificato e immagazzinato (Bartlett, 1932). Ciò può dipendere da meccanismi di costruzione di memoria collettiva (Halbwachs, 1925; 1950) ma soprattutto dal fatto che la memoria opera al servizio dell'identità della persona, lavora al servizio del sé, cercando di mantenere e preservare il senso dell'identità personale che l'uomo si è costruito nella vita (Fivush, 1991; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Wilson & Ross, 2003). Per questo la persona tende a ricordare più facilmente fatti che sono coerenti con la

costruzione della propria identità rispetto a fatti più "neutri", oppure tende a dimenticare i ricordi negativi, incoerenti col sé, infine può manomettere, alterare o distorcere fatti del passato per renderli accettabili nell'ambito di questa prospettiva (Greenwald, 1980).

D'altra parte:

> "Un uomo senza memoria non sarebbe in grado di comunicare correttamente con il mondo circostante, né di comprenderlo. Allo stesso tempo, un sistema di memoria che non dimenticasse risulterebbe estremamente inefficiente e richiederebbe una capacità di immagazzinamento illimitata con enormi problemi di recupero. Dobbiamo, quindi, pensare che un sistema efficiente di memoria debba operare dialetticamente tra processi di dimenticanza e di ricordo, ricordando e dimenticando selettivamente" (Cesa Bianchi & Cristini, 2009: 102)

Come avvenga questa selezione, se è processo del tutto cosciente oppure no, è problema complesso anche per la psicologia[159]. Tuttavia appare evidente che tale selezione opera nel profondo dell'animo anche delle persone anziane. La prova è che nel racconto della loro vita passata molto spesso esse si soffermano su pochi episodi che ripetono a più riprese, cancellandone altri, come se fossero stati appunto questi i momenti salienti della loro esistenza, e magari, ad un'analisi oggettiva e distaccata, non risultano esserlo stati nella stessa misura e intensità. Per l'anziano la memoria è lo strumento col quale ricostruisce e rimodella oggi la sua identità, dà un senso al percorso della propria vita, reinterpretandone il passato:

> "In età anziana […] la memoria rappresenta la possibilità di ripercorrere di ricapitolare il passato personale e collettivo dandovi un significato, rappresenta un'opera di ricostruzione, un'operazione di selezione e di continuo rimodellamento dell'esperienza passata vista con l'occhio di oggi" (Giuni & Stoico, 2007: 242)[160].

La tendenza ad arroccarsi in un proprio passato, filtrato dalla memoria, e accompagnato dalla cancellazione dei fatti recenti, può essere anche una sorta di fuga rispetto alla difficoltà di stare di fronte al presente. Vi è a volte la tendenza ad idealizzare in qualche modo il passato (frequente è l'uso di espressioni come "ai miei tempi" all'inizio di un confronto col presente che, rispetto al passato, risulta quasi sempre perdente), ma questo avviene non perché il passato fosse oggettivamente migliore, ma perché è l'ambito in cui si è vissuti e si è costruita la propria avventura umana, rispetto al presente dove vince ormai la passività.

[159] Cesa Bianchi (cit.: 103- 104) cita studi recenti nel campo della ricerca psicologica, nei quali si parla di *intentional forgetting* e d'altra parte è pure evidente che l'esercizio favorisce la conservazione della memoria ed esistono tecniche in tal senso.

[160] Questo risulta molto evidente in in alcune delle testimonianze riportate più avanti.

> "Spesso le persone anziane dimenticano gli episodi recenti, mentre conservano e talora accentuano il ricordo di quelli remoti. La capacità di memorizzare nuovi contenuti si riduce con l'invecchiamento, ma non per un'intrinseca difficoltà a ricordare, bensì per un certo disinteresse che gli anziani manifestano per quei contenuti che non rientrano in uno spazio vitale che si va progressivamente restringendo" (Cesa Bianchi & Cristini, cit: 92).

D'altro canto è anche vero che la persona anziana, libera da certi condizionamenti sociali, si sente talvolta spinta a formulare giudizi più liberi e spregiudicati.

Tutto questo fa capire la complessità della dimensione del raccontare e rende difficile interpretare questo "racconto" degli anziani. Il carattere selettivo della memoria può interferire con il significato referenziale e veritativo delle risposte date (Potter & Hepburn, cit.) e renderle "meno attendibili" e chiede pertanto un'attenzione ed un esame critico dei loro contenuti, e non un'accettazione ingenua degli stessi, secondo una "celebrazione romantica dell'intervista" per cui essa sarebbe una sorta di "macchina della verità" (Atkinson & Silverman, 1997). D'altra parte però, questa dialettica tra il detto e il non detto, tra il ricordato e il non-ricordato, che si gioca nella mente e nel discorso dell'intervistato, se opportunamente e criticamente ricostruita apre a una comprensione complessiva del suo vissuto e della sua personalità, comprensione che non si raggiungerebbe prescindendo dalla dimensione del racconto e puntando esclusivamente su interviste strutturate con domande mirate, univoche e in qualche modo stereotipate (Cardano, cit.). Nella semplice ed immediata risposta a domande di questo tipo gli anziani vivrebbero ancora in una dimensione di passività mentre nel racconto del loro passato possono dire chi sono oggi, si sentono vivi, riaffermano il loro essere nel mondo, difendono la loro personalità, affermano il loro progetto di vita (Giuni & Stoico, cit; Cucurachi, 2007)[161].

5.3.4 - La percezione del declino della vita e del venir meno della progettualità per il futuro

Infine è inevitabile nella percezione che della loro condizione hanno gli anziani il fatto che sono ben consapevoli che la loro vita ha iniziato una fase inevitabile e inarrestabile di declino e che il loro futuro si presenta in gran parte privo di progettualità. Senza un progetto di futuro, la vita dell'anziano tende per così dire (emerge tantissimo in alcune interviste) a "lasciarsi andare" e quindi ad avere una percezione ormai rassegnata e passiva della vita (una sorta, come detto, di "dismissione dalla vita"). Si verifica nell'anziano un progressivo distacco affettivo nei confronti della realtà circostante, e i suoi atteggiamenti e

[161] Nel corso della mia ricerca mi sono imbattuto anche nel racconto dell'esperienza del "giardino della memoria" con la quale Massimo Mattei, Direttore di una residenza a Firenze, ha valorizzato la dimensione narrativa della comunicazione degli anziani, raccogliendo e pubblicando i loro racconti come antidoto alla spersonalizzazione e consolidamento della loro autoconsapevolezza (Mattei, cit.).

le sue valutazioni di conseguenza diventano sempre più dipendenti dalle condizioni personali e ambientali. Anche questa è una condizione quasi inevitabile e che nessuna struttura, per quanto ottimamente organizzata e pensata a misura di anziano, potrà mai del tutto eliminare. Qui si entra in un campo che non è più strettamente scientifico ma attiene alle scelte valoriali, filosofiche e religiose.

> "Il modo in cui si muore dipende in non poca misura anche dalle possibilità che un individuo ha avuto di porsi, e raggiungere, delle mete durante la sua vita. Dipende da quanto una persona, in punto di morte, sente d'aver trascorso una vita piena e sensata, o vuota e senza senso. Le ragioni di tale sentire non sono sempre chiare, ed anche questo è un problema a cui si deve ancora trovare una risposta. Ma, quali che siano le ragioni, è facile supporre che la morte sia meno dura per colui che pensa di avere fatto il proprio dovere e più difficile invece per chi pensa di aver mancato allo scopo della propria esistenza, per non dire poi di colui che, appagato o no, sente il suo stesso modo di morire come insensato" (Elias, 1985: 77-78).

5.4 - Le interviste agli ospiti ed ai caregivers famigliari

5.4.1 - I dati socio-anagrafici

Nell'estate 2019 sono state intervistate 20 persone ospiti della residenza, ma solo per 16 di esse è stato possibile poi utilizzare l'intervista in quanto per gli altri 4 la comprensione del loro dire è risultata impraticabile per difficoltà di ordine espositivo e di connessione logica e spazio-temporale. Delle interviste utilizzate 6 (1 maschio e 5 femmine, di età compresa tra i 67 e i 95 anni) appartengono a ospiti dei cosiddetti "alloggi autonomia", e 10 (2 maschi e 8 femmine, di età compresa tra gli 80 e i 94 anni) a quelli residenti nei *cantou.* Al momento della realizzazione delle interviste gli ospiti presenti nella residenza erano 27 ma 7 di loro non hanno accettato di farsi intervistare. L'età media degli intervistati era di 84,9 anni (77,6 per gli ospiti degli alloggi autonomia e 89,6 per quelli dei *cantou*).

Nella tabella riassuntiva qui di seguito si riportano i dati personali degli intervistati (**Tab. 5.1**).

Tab. 5.1 - Dati personali degli intervistati

Ospiti					
Nome in codice*	**Sesso**	**Età**	**Anni di residenza nella struttura ed età all'ingresso**	**Residenza**	**Provenienza**
AG	M	80	4 anni (76)	Alloggio Autonomia	Hotel A**
BG	F	88	3 anni (85)	Cantou	ospedale
BP	F	95	meno di un anno (95)	Cantou	domicilio
CE	M	85	1 anno (84)	Cantou	domicilio
CL	F	67	2 anni (65)	Alloggio Autonomia	ospedale
CS	F	80	1 anno (79)	Cantou	casa di cura non indicata
GE	F	93	5 anni (88)	Cantou	Hotel A
LI	F	83	3 anni (80)	Cantou	Hotel A
LR	F	86	3 anni (83)	Alloggio Autonomia	domicilio
MR	F	95	2 anni (93)	Alloggio Autonomia	domicilio
PG	F	69	4 anni (65)	Alloggio Autonomia	Hotel A
PR	F	91	meno di un anno (91)	Cantou	casa di cura non indicata
RA	M	94	2 anni (92)	Cantou	domicilio
RC	F	96	4 anni (92)	Cantou	riabilitazione
RL	F	91	1 anno (90)	Cantou	RSA
SM	F	69	3 anni (66)	Alloggio Autonomia	comunità psichiatrica
Caregivers					
GS	Figlio di LR				
LR	Figlio di BG				
AM	Figlio di AG				
AA	Figlio di SML (non intervistata)				
CPR	Figlio di BM (non intervistata)				
CP	Figlio di BM (non intervistata)				
RS	Figlia di DPB (non intervistata)				
MA	Nuora di GE				
AA	Amministratrice di sostegno di SM				
SB	Direttrice della struttura				

Da qui in avanti al codice dell'intervistato si aggiungerà la sigla **aa, per indicare se si tratta di ospite di alloggio autonomia, e **c**, per indicare se si tratta di ospite di cantou.*

***Di che cosa sia l'Hotel A verrà data spiegazione più avanti*

Le interviste inutilizzabili riguardano tre donne e un uomo rispettivamente di 86, 83, 94 e 64 anni.

Gli intervistati sono quindi per la gran parte femmine: 81,25% rispetto a 18,75% (lo stesso vale rispetto al numero complessivo degli ospiti: 85,2% donne e 14,8% uomini). In particolare nei *cantou* sono stati intervistati otto femmine e due maschi e negli alloggi autonomia cinque femmine e un maschio.

L'età media degli intervistati è 85,1. Per i *cantou* 89,6 (media uguale sia per i maschi che per le femmine) e 77,7 per gli ospiti degli alloggi autonomia (qui l'età media delle femmine è di 77,2, più bassa dell'unico maschio intervistato: 80). La mediana per i *cantou* è 91 e per gli alloggi autonomia 74,5. La moda è rispettivamente 91 e 69. Anche l'età media di accesso alla residenza rispecchia questa differenza: 74,6 per gli alloggi-autonomia e 87,6 per i *cantou*.

Questa differenza si spiega col fatto che i *cantou*, essendo residenze a più alta intensità assistenziale, ospitano inevitabilmente persone di età più avanzata. Gli alloggi autonomia invece accolgono persone ancora con un alto grado di autonomia, bisognose solo di protezione, sicurezza e qualche limitata assistenza rispetto alle IADL. La loro età media è quindi inferiore (in alcuni casi sotto i 70 anni). Anche l'età di ingresso nella residenza conferma questa differenza (media di 87,6 per i *cantou* e di 74,6 per gli alloggi autonomia). Gli ospiti dei *cantou* sono più anziani con disabilità diffuse riguardo alle ADL, già assistiti in casa da badanti e *caregivers* (poco o per nulla invece dai servizi di assistenza domiciliare). Si tratta di dati in linea con le rilevazioni generali circa il progredire della fragilità e della dipendenza (nell'indagine *Abitare Leggero*, d'ora innanzi AL, si riscontra un'età media all'ingresso di 74 per le strutture di vita indipendente e di 83 nelle strutture vi vita assistita)[162]. Questo tra l'altro conferma che l'età in cui inizia il percorso di invecchiamento si situa ormai intorno ai 75 anni e che il grande salto verso forme più gravi di dipendenza inizia circa dieci anni dopo e procede con gradualità. Questa "finestra" di dieci anni è quella in cui si inserisce la possibilità di forme di residenza alternative alle RSA di tipo tradizionale. Un altro dato che trova conferma nelle rilevazioni statistiche generali è la prevalenza femminile, non solo tra gli intervistati ma anche tra gli ospiti della residenza.

Lo stato civile degli intervistati mostra un quadro precedente di generale solitudine: solo una persona è ospitata con la moglie che però, in condizioni di dipendenza molto più gravi, vive in altro alloggio. Da segnalare ben tre signore divorziate, di età più giovane, ospitate negli alloggi autonomia a ricordare che la condizione di separazione o divorzio ormai è

[162] In un raffronto con le ALF americane risulta che gli ospiti di queste strutture hanno un'età media di 86 anni, quindi leggermente più elevata (Giunco, cit.)

arrivata a toccare anche persone che si trovano nelle fasce di popolazione più anziana (Belloni Sonzogni, 2006) (**Tab. 5.2**).

Tab. 5.2 - Stato civile al momento dell'intervista	
Vedovo/a	11
Nubile	1
Coniugato	1*
Divorziata	3**

**Con moglie residente nella struttura ma in altro alloggio*
***sono tutte femmine, residenti negli alloggi autonomia*

Tre persone intervistate sono senza figli. La maggioranza ha due figli (**Tab. 5.3**).

Tab. 5.3 - Numero di figli al momento dell'intervista	
0	3
1	5
2	7
3	1

Riguardo al titolo di studio, il livello è complessivamente basso. Non vi sono laureati e le licenze di scuola superiore si riferiscono a diplomi magistrali o a scuole di avviamento professionale (**Tab. 5.4**). Ciò appare comprensibile data l'età delle persone ospitate nella residenza, che hanno compiuto il loro percorso scolastico parecchi anni fa.

Tab. 5.4 - Titolo di studio	
Licenza elementare	7
Licenza media	5
Licenza superiore o assimilati*	4

**Scuola di avviamento professionale*

Riguardo all'eventuale attività lavorativa svolta ne hanno parlato 13 intervistati. Per la maggior parte sono stati operai/e. Tre hanno detto di non aver mai lavorato (**Tab. 5.5**). Un'analisi sommaria delle condizioni economiche della famiglia di appartenenza fa pensare a 7 di condizione economica medio-bassa e 6 medio alta (tre non ne hanno parlato) (**Tab. 5.6**).

Tab. 5.5 - Attività lavorativa svolta	
Nessuna	3
Operaio/a	6
Attività impiegatizia	2
Attività artigianale	1
Settore commerciale	1

Tab. 5.6 - Condizioni economiche della famiglia	
Medio-bassa	6
Medio-alta	7

Interessante rilevare le località di residenza degli ospiti primi di iniziare il percorso che li ha portati a Synergy. Questo ha una certa importanza rispetto al mantenimento dei contatti con le reti sociali di origine e con figli e parenti (**Tab. 5.7**).

Tab. 5.7 – Località di provenienza degli ospiti intervistati		
Località	**Numero di persone**	**Distanza in chilometri da Cardano al Campo**
Gallarate	5	4,5
Cardano al campo	4	0
Busto Arsizio	3	11,2
Castellanza	2	13,5
Solbiate Olona	1	12,5
Besnate	1	7,3

La distanza in chilometri da Cardano al campo è calcolata usando Google maps

Ospiti della residenza. Questa fotografia consente di avere anche una visione dell'interno degli alloggi (foto realizzata dall'autore)

5.4.2 - Il percorso e le motivazioni che hanno condotto a Synergy

Il primo nucleo tematico intorno a cui si strutturavano le interviste riguarda le condizioni di vita degli anziani ospiti prima dell'ingresso in Synergy ed il percorso motivazionale compiuto per arrivarvi. Questo tema consente di mettere a fuoco il tipo di bisogno che motiva l'accesso a una struttura di residenzialità leggera come questa e di conseguenza qual è il tipo di utenza a cui questa struttura si rivolge e se simile proposta ha una sua ragion d'essere nel panorama della LTC in Italia. Alla prima domanda dieci degli intervistati

anziani hanno riposto che vivevano da soli dopo la perdita del coniuge o del parente presso cui abitavano, o dopo la separazione dal marito. Gli altri vivevano con figli o altri parenti (sorella, nipoti, nuore). Quattordici di loro hanno raccontato di una vita giovanile e adulta e precedente all'ingresso in Synergy autonoma, attiva e dinamica, a volte con frequenti cambi di residenza essendo originari anche di regioni lontane dalla Lombardia (due persone ne hanno parlato esplicitamente). Per queste persone è stato più facile abituarsi a vivere in questa nuova residenza. Spesso conducevano una vita piena di interessi e di svaghi: fare la spesa al supermercato, uscire a ballare col marito e vedere le amiche, fare attività sportiva, fare volontariato; addirittura un'ospite organizzava i pellegrinaggi a San Giovanni Rotondo presso i luoghi di Padre Pio e un'altra frequentava i casinò. In alcuni casi si tratta di interessi coltivati anche nell'età anziana prima del ricovero. Otto intervistati hanno raccontato di quanto fosse importante per loro guidare l'automobile e poter muoversi, grazie a ciò, autonomamente e quanto gli costasse aver dovuto rinunciare a questo:

> "Avevo la macchina per uscire a fare la spesa, ma alla guida a 82 anni, ho rinunciato. Era una BMW grossa e mangiava [consumava tanto]. Io ero una che prendevo e andavo a Parma, a Mantova [sua località di origine]. Diciamo che ero una di spirito. Dopo ho rinunciato. La mia pensione era rimasta minima e allora per non buttare via i soldi ho rinunciato alla guida. L'unica cosa che mi dispiace è stata la guida e quella mi manca tuttora, perché adesso se l'avessi… […] Io gioco a carte. Andavo anche al casinò. Tutti i casinò li ho passati, Montecarlo, Mentone, Sanremo, Campione d'Italia. […] la mia casa, il mio giardino, l'orto. Tutti i tipi di frutti. Alberi da frutto che mio figlio ha tirato via. Stupido!" (LR, aa, f-86)

Entusiasta della sua BMW, ormai in pensione, faceva ancora da badante notturna ai malati in ospedale. Il suo racconto è stato come un fiume in piena, segno di una grande bisogno che lei aveva di comunicare con altri.

> "Avevo il computer, mi piacevano le lingue e c'avevo i dischi, li mettevo su e sentivo. Nel fine settimana se c'aveva voglia il marito di andare in giro andavamo in giro, sennò andavamo a ballare o stavamo a casa." (PG, aa, f-69; stiratrice con la licenza elementare)

> "Ero un diavolo! Io ho fatto ginnastica sotto Mussolini, e vincevo sempre a pallacanestro e a salto in lungo sulla sabbia e arrivavo prima a ruba bandiera. Mio papà era bersagliere nella prima guerra mondiale e a me chiamavano "la bersagliera" perché ho sempre camminato in punta di piedi." (BP, c, f- 95)

Per molti la perdita del *partner* è stato il primo evento traumatico che ha segnato una svolta nella loro vita. A questo si è aggiunto ben presto l'aggravarsi delle condizioni di

salute connesse a cadute o a malattie improvvise (nove intervistati parlano di cadute e quattro di malattie gravi che hanno condotto al ricovero, anche prolungato, in ospedale).

Il racconto delle cadute è spesso dettagliato, segno che questi eventi sono ben impressi nella loro memoria con tutto il carico di drammaticità e dolore.

> "Nell'attraversare il zebrato [le strisce pedonali] uno con la macchina non fa in tempo a fermarsi, e lì sono andata a finire a sbattere addosso al muretto. Ho sbattuto la testa e ho sofferto abbastanza. E dopo un signore mi ha portato a casa perché abitavo lì a due passi. E da lì sono andata a finire all'ospedale… Sono finita a Somma Lombardo [località vicina a Cardano al Campo] perché mio figlio mi ha portato lì. Mi hanno fatto la TAC e mi hanno detto che io a 82 anni non potevo stare da sola in casa." (LR, aa, f-86)

A questo punto il figlio le ha procurato una badante e la cosa pare sia stata poco gradita dalla signora:

> "Ho fatto io la badante agli altri e adesso me la ritrovo qua".

Parla poi di una seconda caduta ben più grave:

> "Quando sono caduta da sola in casa, mi han fatto gli esami. E mi hanno detto che a casa da sola non potevo stare".

RA (c, m-94; in residenza con la moglie in carrozzina, ormai del tutto assente, e ospitata in un altro alloggio) dice che il posto glielo ha trovato il figlio dopo gravi eventi traumatici che hanno segnato la fine della vita autonoma sua e della moglie (prima aveva avuto una badante rumena ed era stato ospite di un'altra RSA di Gallarate):

> "Io ho fatto un'ischemia a lei ha fatto l'anca e dopo l'anca ha fatto altre cose ed è rimasta così [in carrozzella]".

Parla poi di continue cadute di entrambi, nonostante la presenza della badante; l'ultima caduta è stata estremamente drammatica:

> "Io ho provato a tirar su lei perché è caduta, e sono caduto anch'io, eravamo per terra tutti e due. Allora sono riuscito a telefonare alle due di notte e a chiamare mio figlio di venire a tirarmi su. A questo punto eravamo conciati così male che non potevamo più rimanere, dovevamo trovare un altro posto".

La signora GE (c, 93) parla di ripetute cadute:

> "Ho tenuto una persona a dormire, ma quando lei si svegliava, io ero già caduta […] quando dovevo andare in bagno la notte, io cadevo."

Al *cantou* 3 è ospite la signora PR (91 anni). Ha sempre vissuto con la mamma e la nonna e anche lei parla di una caduta e di aver trascorso tutta la notte per terra prima di ricevere un soccorso e che, a causa di questo fatto, si è presa una bronchite e una polmonite. Da lì ha trascorso quattro mesi in una casa di riposo a Busto (non è però chiaro perché parla anche di ospedale). Racconta:

> "Sono venuta qui perché ero a casa, era d'inverno, e allora avevo lavato della biancheria, della roba. E l'avevo stesa e al mattino o al pomeriggio, non ricordo, avevo la roba asciutta e sono andata a ritirarla. Nel piegarla mi è andato un coso per terra, mi sono abbassata, si vede di colpo, mi è girata la testa, son andata per terra e non son stata più capace a muovermi. Ho fatto tutta la notte lì per terra, il cellulare l'avevo da un'altra parte e ho fatto tutta la notte lì."

AG (aa, m-80) mette in risalto soprattutto la solitudine dopo la morte della moglie; questo ha indotto a una certa trascuratezza che ha causato il peggioramento delle sue condizioni fisiche, fino alla caduta e alla malattia:

> "Vivevo a Gallarate, con mia moglie, poi quando è morta son vissuto solo. C'era una signora che veniva lì, il mattino, a farmi i mestieri, da mangiare; mi preparava per la sera e poi mi arrangiavo io. Per la spesa qualche volta andava quella signora, altrimenti facevo io. Mi facevo la nota, pigliavo la macchina, la moto e andavo. Avevo la Vespa […] Ma tante volte, a casa, da solo, un po' di malinconia, solitudine. […] Facevo quello che volevo, forse mi trascuravo anche troppo. Diciamo che ho sempre avuto i figli vicini nel senso che eravamo a contatto, …vabbè, ho sofferto quando è morta lei e sono rimasto solo."

Alla domanda su quando è perché è venuto alla residenza ha risposto:

> "Sono caduto e ho picchiato la spalla. Mi sono ammalato di prostata, ho avuto un'emorragia prostatica, tant'è che il dottore mi ha ricoverato; sono stato parecchio in ospedale e poi uscendo arrivi al punto che ti dici: -da solo non puoi stare-. […] perché quando uno non sta bene e si trova nel suo appartamento, anche se conosci la gente, i vicini, però si sente maggiormente la solitudine".

Di una grave malattia parla anche la signora CL (aa, 67; divorziata, ha lavorato come maestra fino al 2013, quando è intervenuto uno "shock anoressico"):

> "Praticamente avevo la polmonite ma non mi sono accorta […] Una mattina ero pronta per andare a scuola e probabilmente sono svenuta. Praticamente sono rimasta senza ossigeno, sono andata in coma per tre settimane".

Dopo un ricovero in rianimazione e 6 mesi di ospedale, è stata dimessa ma ha dovuto ricorrere per 4 anni alla badante, sia diurna che notturna. Con la badante aveva un buon rapporto ma dichiara di essersi sentita un po' "oppressa" ("24 ore su 24 era pesante"). Anche i costi erano piuttosto elevati per cui la scelta di entrare in Synergy è stata motivata soprattutto da due fattori: motivi economici e un certo bisogno di autonomia che Synergy sembrava soddisfare. Quest'ultimo aspetto conferma come Synergy sembri offrire un certo grado di autonomia agli ospiti, autonomia che evidentemente viene da loro percepita.

La signora RC (c, 96) è a Synergy dal 2015 e dice di esserci venuta credendo di rimanere solo qualche mese ma poi le cose non sono andate così. Dopo la morte del marito viveva a Gallarate da sola e dice che non si sentiva sicura, anche se aveva in casa l'allarme e il salvavita. Anche per lei l'evento traumatico è stata una rottura del femore che l'ha costretta a un lungo periodo d'ospedale, al termine del quale ha trovato ospitalità alla casa Paolo VI grazie al dott. Predazzi che era un amico di famiglia. Ecco il suo racconto preciso e dettagliato, ancora vivo nella sua memoria:

> "A Santo Stefano del '14 ero a casa da sola e ho visto un fiore sul balcone e allora faccio per aprire ma era una porta a tre vetri: gli altri due vetri non erano assicurati, per cui la porta si è aperta tutta e io indietreggiavo. Indietreggiando ho fatto cadere un tavolino con un vaso, il vaso rotolava e io dicevo: -Chissà dove va a finire!-. A un certo momento son caduta con la testa nel vaso: un taglio qui di 12 punti. Però dopo qualche giorno ho cominciato a sentire un male cane e i miei figli dicevano: -Mamma, sarà l'artrosi!-. Però il male continuava ad aumentare. Cos'era successo? Si era incrinato il femore, piano piano si è rotto."

Tra le motivazioni addotte per la richiesta di inserimento in Synergy un'ospite, la signora CL (aa, 67) ha parlato del costo eccessivo della badante che, unito a quello per le spese di casa, non era più in grado di sostenere. Per lei la scelta sembra essere stata del tutto autonoma sia per far fronte alla difficoltà di gestire l'aggravamento delle condizioni di salute sia, e questo viene sottolineato molto, per le difficoltà economiche legate alle spese per la casa e per la badante:

> "[La badante] mi costava tantissimo […] spendevo 2.000 euro e rotti e qua [nella residenza] spendo 2.300 euro ma consideri che a casa avevo anche tutte le spese: cibo, assicurazioni, le bollette…"

Ecco in estrema sintesi quanto emerso riguardo a questa parte delle interviste (**Tab. 5.8**)

Tab. 5.8 - Motivazioni prevalenti addotte dagli intervistati per la decisione di entrare in residenza*	
Solitudine in seguito alla morte del partner	7**
Caduta	9 (7 sono ospiti nei *cantou*)
Malattia grave o improvvisa	5
Mancanza di sicurezza	1
Casa in pessime condizioni	1
Difficoltà economiche	1

**Le motivazioni addotte potevano essere più di una*
***In un caso il partner non era defunto ma ricoverato in condizioni irreversibili in ospedale*

Le interviste con i *caregivers* famigliari confermano in gran parte queste testimonianze: cinque hanno parlato di ripetute cadute del loro caro e di un bisogno per loro di maggiore protezione e sicurezza in casa, soprattutto quando stavano da soli (dieci anziani intervistati prima dell'entrata in residenza vivevano da soli, gli altri vivevano con figli, genitori anziani, altri parenti). Tre hanno parlato di un tracollo fisico, soprattutto dopo la morte del *partner*, di irruzione di malattie gravi o di ricoveri ospedalieri prolungati e ripetuti. A volte le dimissioni improvvise dall'ospedale dopo un ricovero hanno creato gravi problemi organizzativi ai famigliari, che hanno dovuto far fronte in tempi rapidi ad un'emergenza imprevista:

> "L'ospedale da un giorno all'altro l'hanno dimessa dopo l'ischemia e mi hanno detto: -A mezzogiorno dimettiamo sua madre, non può più vivere da sola, si organizzi, così-. Per me dopo 30 anni è stato uno shock." (GS, figlio di LR, era da 30 anni che non rivedeva la madre)

La soluzione di ricorrere al servizio delle badanti in alcuni casi non è parsa adeguata o praticabile o perché hanno trovato particolarmente difficile reperire una persona preparata e competente che si rendesse disponibile alle esigenze, anche di orario, della famiglia, oppure per i costi elevati che queste assunzioni comportavano:

> "Avevo cercato di assumere delle badanti e ho dato degli appuntamenti a questa signora, chiedendo delle caratteristiche ben precise di disponibilità di tempo, che poi non mi venivano garantite e allora a quel punto mi son detto: -Se devo diventar matto, perdere tanto tempo per selezionare del personale che poi si presenta e non mantiene le promesse-, ho detto no, basta e allora… e poi, per una persona sola ci vogliono almeno due badanti e i costi…". (LR, figlio di BG)

Un'altra difficoltà nel ricorso a questa soluzione è stata l'impossibilità di garantire alla badante un alloggio adeguato:

> "In questo è subentrato il discorso alloggiativo, nel senso che papà stava in un monolocale e io credo che la badante abbia diritto ad avere una stanza propria e diventava più problematico cercare un appartamento diverso, organizzare un trasloco. La soluzione è stata la scelta di andare in una struttura protetta, è stata quasi obbligatoria." (AM, figlio di AG)

L'esperienza delle badanti, per coloro che ne hanno fatto ricorso, è giudicata in termini ambivalenti dagli anziani: cinque ospiti hanno riferito di essere stati assistiti da badanti (una 24 h/24; un'altra 6 h/24; una terza solo nelle ore notturne) e in genere il ricordo che ne hanno non è negativo; in un caso il rapporto è definito "splendido". Tuttavia l'assistenza fornita era per varie ragioni inadeguata: mancava nelle ore notturne quando c'era più bisogno (RA); "mi sentivo un po' costretta" e costava troppo (CL); "però qui [a Synergy] è un'altra cosa (CS); "Ho fatto io la badante per gli altri e adesso me la ritrovo qua" (LR). Due intervistate ne danno invece un giudizio negativo anche se in realtà non dicono di averne mai avute. Si tratta quindi di un pregiudizio ("mette le mani dappertutto", PR). Tre intervistati avevano invece un'assistenza per i lavori domestici (pulizie, preparazione pasti). Solo una signora dice di essere stata assistita per i pasti (non si capisce se dalla parrocchia o dal comune tramite la mensa della scuola materna):

> "C'è stato un periodo che ho provato a farmelo portare [il pasto], quello che fanno le suore per i bambini dell'asilo." (MR, aa, f-95)

Il problema abitativo (cioè il vivere in un'abitazione non adatta a un anziano o fatiscente) non sembra emergere come una motivazione rilevante se non in un caso:

> "mi pioveva il soffitto ed ho dovuto chiamare i pompieri e i pompieri mi han detto: -Lei qua non può più entrare-. E allora dove vado? A casa di mia nuora no. È già lei tanto così a farmi di tutto…" (GE, c, f-93)

Così, scegliendo di entrare in residenza, non ha voluto gravare ulteriormente sulle spalle della nuora che faceva già tanto.

Due anziani intervistati sottolineano che l'abitazione aveva l'ascensore e due che non l'aveva. Molte abitazioni erano di dimensioni anche ampie.

Il punto di vista dei *caregivers* fa emergere una motivazione ulteriore alla base della scelta del ricovero del loro caro: la fatica del lavoro quotidiano di cura, che pregiudicava o rendeva difficile la loro serenità e l'organizzazione stessa della vita famigliare:

> "Avere un anziano così, in casa alla fine poi, come dire…La vita sociale, cioè, cambia tutto, cambia tutto, come quando nasce un figlio, non c'è sabato, non c'è la domenica. Di notte si alza [l'anziano], ha le sue esigenze e tu devi andare a lavorare o

a studiare , insomma, sono tutte cose che bisogna conoscere. Quindi non è uno scherzo!". (LR, figlio di BG)

Analisi delle risposte: il momento di svolta nella vita

Un esame complessivo di queste risposte evidenzia come per tutti il primo momento di svolta nella vita sia stato la morte del *partner* o della persona cara con cui convivevano, mentre nessuno ha ricordato come significativa l'uscita dal mondo del lavoro e l'inizio del pensionamento: nel ricordo degli anziani questo fatto non sembra assumere rilevanza ed essere stato determinante per modificare la loro percezione e la loro esperienza di vita, sicuramente non lo è stato se paragonato al fatto ben più grave della morte del *partner*. Questo elemento conferma il dato ormai acclarato (vedi supra 3.1) secondo il quale non è l'estromissione dal mondo del lavoro né il raggiungimento della soglia dell'età pensionabile l'evento percepito come punto si svolta in negativo nella vita e l'ingresso in una nuova fase di essa; questa esclusione non preclude infatti, in presenza di condizioni di salute accettabili, il persistere di una vita attiva e di relazioni sociali forti che anche gli ospiti hanno in gran parte confermato (Facchini & Rampazi, cit.; Rossi et al., cit.; Santini et al., cit.).

Difficoltà economiche e condizioni di abitabilità della casa in generale non sono state segnalate, in genere, come elementi determinanti le scelte successive. Questo si può spiegare col fatto che la residenza in oggetto si trova in un'area piuttosto ricca della Lombardia e del Paese (l'area che va da Milano al varesotto) e che il *target* di provenienza degli ospiti è la fascia media della popolazione (anche se alcune ospiti sono state operaie durante la loro vita lavorativa). Nove anziani intervistati hanno detto, tra l'altro, che la casa in cui vivevano era di loro proprietà. La conferma si ha poi quando si parla delle rette e i *caregivers* riferiscono che sono gli anziani con le loro pensioni e i loro risparmi a pagare la retta interamente (sei risposte) o al 50% (tre) segno questo di un relativo benessere economico di base.

Del tutto irrilevanti, stando alle interviste condotte, sono stati gli interventi di altri servizi di assistenza domiciliare (SAD e ADI), a conferma, questa, del carattere quasi residuale di questi servizi e del fatto che il SAD in particolare è utilizzato solo nei casi di persone che sono in condizioni di estremo disagio (i "casi sociali") (vedi supra cap. 4.2.1.3) (Tidoli, cit.; Falasca, C., cit.) e gli ospiti incontrati a Synergy non sembrano rientrare in questa categoria (nel colloquio con la Direttrice si è parlato di una sola ospite segnalata dai servizi del comune come "caso sociale" e questa persona non rientra tra le intervistate).

Osservando l'età degli anziani al momento dell'ingresso in Synergy si trova conferma che l'età anagrafica stessa a cui si attribuisce l'inizio della vecchiaia vera e propria non può più considerarsi quella dei 60-65 anni (vedi supra cap. 3). Gli eventi che hanno segnato il punto

di non ritorno nella vita e quindi l'inizio della vecchiaia vera e propria, vissuta e percepita, e che hanno messo in moto i processi che hanno portato alla ricerca di una nuova sistemazione abitativa sono stati, prima la perdita del *partner* e poi l'irrompere di gravi malattie o l'incombere di fatti traumatici come cadute, a volte ripetute, in alcuni casi anche estremamente drammatiche (con intere nottate trascorse a terra da soli senza aiuto e senza potersi rialzare), a cui hanno fatto seguito degenze più o meno lunghe in ospedale. Si può dire che non è stata la solitudine, da sola, la causa determinante per il ricovero, se non quando ad essa si sono associati l'aggravamento delle condizioni fisiche ed il rischio di eventi traumatici gravi quali le cadute (per tutti Reinardy, 1992; Biassoni, 2018; Gava et al. 2014) e quindi il bisogno di sicurezza e protezione quando si sta da soli. Questo vale sia per gli ospiti degli alloggi autonomia che per quelli dei *cantou* ed è confermato dal racconto dei *caregivers*. Questo anche perché gli anziani, almeno buona parte di quelli intervistati, anche dopo la perdita del *partner*, non vivevano mai una totale solitudine: quelli in condizioni fisico-cognitive adeguate, conservavano una trama di rapporti (parenti che comunque abitavano con loro o nelle vicinanze, conoscenti)[163]. Non mancavano poi rapporti saltuari (uscite a far la spesa, al mercato, in chiesa, al cimitero ecc.) che facevano percepire meno la condizione di solitudine. Questo era facilitato dal fatto che gli anziani intervistati vivevano in paesi di dimensioni medio-piccole che consentono ancora di mantenere viva una certa trama di rapporti.

Anche in questo caso quindi si conferma come cruciale nella vita dell'anziano il momento in cui la fragilità comincia a manifestare i suoi segnali e avviare il percorso verso le prime forme di disabilità. È qui che diventa importante un supporto che si potrebbe definire "protesico" che fornisca un sostegno ed aiuti l'anziano a compensare queste prime forme di limitazione (vedi supra cap. 3.4). È in questa fase della vita che, soprattutto in presenza di difficoltà oggettive di accudimento da parte dei famigliari, si situa la necessità di forme di residenzialità per il passaggio dalla vita indipendente a quella assistita come è appunto Synergy. Si tratta di forme di residenzialità che trovano qui la loro ragione d'essere, che si possono porre come alternative credibili e praticabili o all'assistenza familiare (con o senza badanti) o al ricovero nelle RSA vere e proprie. Esiste quindi un bisogno doppio (dell'anziano e dei famigliari) a cui queste residenze possono andare incontro.

[163] Dati Istat del 2020 relativi alle condizioni di vita degli anziani over 75 rilevano che il 60% degli anziani abita nello stesso comune dei figli, il 25,8 a meno di un km di distanza e il 20,9% in casa con i figli (Istat report 27 aprile 2020). Inoltre, dati relativi al 2018, solo il 9,1% di over 65 non ha relazioni esterne alla famiglia (mentre la percentuale sale al 18,2% per gli over 85) (Istat. Rapporto annuale, 2019). Un'indagine Eurispes del 2012 indica come la paura della solitudine riguardi solo il 10,5% degli anziani a fronte di un 71,6% che temono soprattutto la malattia e la perdita di autonomia (Eurispes, cit.). Per la funzione delle reti di sostegno in Italia si veda: Istat. Rapporto annuale, 2019; Cavallero et al., 2006; De Nardis & Alteri, cit.

5.4.3 - Il rispetto della competenza decisionale della persona anziana

Come visto (Vigorelli, cit.) nel lavoro di *care* dell'anziano, anche in quello in condizioni fisico-cognitive più compromesse, è di fondamentale importanza il rispetto e la valorizzazione delle sue competenze di base tra le quali quella a contrattare, a decidere, a comunicare. In una sola parola il rispetto per la sua autonomia (poca, tanta, residuale). Ciò risponde ad un imperativo innanzitutto etico: l'anziano, anche nelle condizioni più compromesse rimane per sempre una persona e come tale va trattata e rispettata (Sennett, 2004). Ma si tratta anche di un'indicazione terapeutica: il rispetto e la valorizzazione delle competenze rallenta il processo di invecchiamento e l'avanzare della disabilità, contribuisce all'*empowerment* delle capacità dell'anziano anche in condizioni di deficit cognitivo (Taulbee e Folsom, 1966; Feil & De Klerk-Rubin, 1982; Feil, 1993; Babins, 1988; Kitwood & Bredin, 1992; Jones, 1996; Kitwood, 1997; Day, 1997; Touzinsky 1998; Benjamin, 1999; Jones et al., 1999;) ne potenzia l'autostima e il coinvlgimento sociale (Holloran-Hitzel & Bressler-Richardson, 1996; Bianchin & Faggian, 2006).

Questo rispetto si dovrebbe manifestare fin dal momento della decisione di lasciare il proprio domicilio e di entrare in una residenza. La decisone dovrebbe essere il più possibile condivisa tra i famigliari e l'anziano, mai segreta o imposta. L'anziano non deve trovarsi davanti al fatto compiuto, ma deve essere preparato e accompagnato (Vigorelli & Peduzzi, 2009). Allo stesso modo deve essere accompagnato l'ingresso che deve essere vissuto il meno possibile come evento traumatico e fonte di *stress* e destabilizzazione (Thompson & Bass, 2013; Beffa Negrini, 2009). In questo è importante il ruolo dei *caregivers* famigliari ma anche quello della struttura che deve fornire una adeguato accompagnamento agli ospiti che arrivano ma anche alle loro famiglie (Vigorelli & Peduzzi, cit.).

Stabilire però sulla base di semplici interviste chi abbia avuto il peso determinante nella decisione di lasciare il proprio domicilio e di entrare in residenza, e nello scegliere questo tipo di residenza piuttosto che un altro, se si tratti dell'anziano o dei figli o di altri famigliari e parenti o addirittura di altre persone, è estremamente complesso. Per rispondere a questo interrogativo infatti bisognerebbe conoscere a fondo le persone coinvolte nella scelta e i loro rapporti, e anche allora risulterebbe un compito piuttosto improbo. Occorrerebbe conoscere qual è il grado di autonomia decisionale che l'anziano conserva, qual è il livello di influenza o di condizionamento che le altre persone implicate hanno su di lui, qual è la motivazione che le guida. Può anche essere che la scelta sia maturata consensualmente attraverso un dialogo franco e sereno tra l'anziano e le altre persone e che quindi si tratti di scelta pienamente e consapevolmente condivisa. Oltre che difficile tutto questo non è sicuramente accertabile tramite le interviste e le analisi delle risposte. Quello che si può fare è limitarsi a rendicontare quanto gli anziani stessi hanno riferito, se ne hanno riferito. Le interviste semi-strutturate infatti lasciano aperta anche questa possibilità: che di taluni argomenti una persona non parli spontaneamente. Anche questo

può comunque essere un segnale indicatore che va però interpretato con saggezza: infatti se un argomento viene sottaciuto può essere per varie ragioni non facilmente discernibili. Può essere perché non è vissuto come problematico e quindi importante dalla persona, che per questo non avverte la necessità di parlarne; oppure al contrario può essere che sia avvertito come troppo problematico e quindi "rimosso" dalla persona (cfr Fivush, cit; Conway & Pleydell-Pearce, cit.; Wilson & Ross, cit.; Greenwald, cit.), e questo può benissimo essere il caso di un evento portatore di *stress* come la transizione dal proprio domicilio ad una residenza. Può essere anche semplicemente che sia stato dimenticato, ipotesi non remota trattandosi di persone anziane. È necessario e utile, ma molto difficile, anche leggere tra le righe delle risposte, cogliere l'implicito che sta dietro al discorso esplicito, cogliere e valutare le contraddizioni che nel proseguo di un discorso possono rintracciarsi e che, se lette con attenzione, possono offrire spunti di interpretazione e di avvicinamento alla verità (Cardano, cit.).

Per la signora CS (c, 80), stando a quanto si può ricostruire, sono stati i figli a cercarle la residenza per non lasciarla da sola. Lei comunque afferma di avere voluto lei stessa il ricovero per non gravare sulla loro vita e sul loro bilancio e per non essere costretta a vivere con le nuore (quindi per una sorta di indipendenza) forse per esperienze negative vissute in passato con la sua, di suocera:

> "Loro pensavano di stare a casa dal lavoro ma io gli ho detto: -Voi vi tenete il vostro lavoro che io mi sono data tanto da fare per farli arrivare e avere la loro famiglia […]- Io in casa con loro non volevo andare perché le suocere non devono esistere per me, perché chi prova sa."

La stessa motivazione, con una punta di orgoglio, è addotta da CE (c, m-85), che è stato ospite del figlio per un annetto e mezzo poi ha deciso di andarsene per non essere di incomodo (ed ha cercato lui la residenza Paolo VI). Dice a tratti in un colorito dialetto:

> "Vivere a casa del figlio non è bello. Vedi sempre quello che fanno …son andai föra di ball [sono andato fuori dalle scatole]. Ho deciso io di venire qui, non volevo più dar fastidio. Lei può dire quello che vuole, dai sempre fastidio! E allora ho saputo di questo posto qua, son venuto qua a vederlo, ho parlato con il direttore e ho deciso, se mi prendevano, volevo sapere quanto al mese e son vegnü via [sono venuto via]."

In generale due intervistati parlano o lasciano intendere apertamente che si sia trattato di una decisione totalmente personale (una addirittura dice che la figlia era contraria a questa scelta); tre parlano di scelta personale ma con consigli di altre persone (figlia, medico, parenti); in due casi parlano di decisioni prese dai figli contro il loro parere (e quindi in una situazione di conflitto); altri quattro parlano di interventi di figli o altri parenti (senza ulteriore indicazione circa il peso di questi interventi, anche se in un caso si

sottolinea una certa insistenza da parte dei parenti); in due casi si riferisce dell'intervento decisivo nella scelta da parte dei servizi sociali e del medico curante; in due casi infine le risposte paiono ambivalenti: in una si parla di scelta personale ma poi si dice della volontà in tal senso del figlio; in un'altra si parla di forzatura del figlio sulla quale l'ospite però si dice d'accordo, ma poi dal proseguo del discorso si evince che questo accordo non c'era. Tra gli anziani un solo intervistato non ne parla.

Le risposte conflittuali sono:

> "Io sono venuta qui perché mi ha portato mio figlio, ho capito che voleva la casa e io gli ho detto: -Te la aggiusti, vai dentro, c'è la cameretta, la camera grande-. Adesso loro [il figlio con la nuova compagna] hanno buttato giù perché hanno fatto il bagno più largo. Hanno fatto quello che hanno voluto. Nove gradini interni. Era bello. Quando qualcuno entrava si innamoravano tutti. Aveva nove gradini di granito di Sicilia. Una casa stupenda. La posizione era stupenda. Adesso è là ai quattro venti." (LR, aa, f-86)

La signora da una parte tende a giustificare il figlio ("ha il mutuo da pagare") e mostra un certo orgoglio per il fatto che è riuscita a dargli una casa ("sono contenta perché mio figlio ha la casa e se muoio, muoio contenta perché, cavolo, almeno lui è a posto"). A tratti nell'intervista però si avverte un certo rancore nei suoi confronti (dice anche che ha dovuto "fare la firma per togliere l'usufrutto" della casa di cui evidentemente godeva, per permettere al figlio di entrarvi) ed un certo rimpianto per aver dovuto lasciare la sua abitazione, in cui si trovava bene ("nella mia casa, lì ero felice, era bella e mi piaceva, nella zona residenziale. Mio figlio ha cambiato tutto l'andamento della casa, ha fatto nell'interno un muro che non lo doveva fare, io non vado, così non metto becco e basta"). Prima lo aveva definito "stupido" perché aveva distrutto l'orto che, con tanto amore, lei aveva realizzato.

È utile e interessante rilevare come la punta di orgoglio che accompagna l'affermazione di entrare in residenza di loro spontanea volontà e di essere stati capaci di lasciare ai figli una casa di proprietà in buone condizioni (insieme all'altra affermazione, fatta da un altro ospite intervistato, di essere in grado di pagarsi la retta con i propri soldi) esprimano la volontà di affermare la propria libertà e autonomia anche rispetto alla scelta fatta e alle condizioni in cui vivono. Non è da escludere che si tratti di un aggiustamento posteriore rispetto a quanto effettivamente avvenuto, fatto per difendere o sostenere l'immagine di sé che l'anziano si è andato costruendo (Fivush, cit; Conway & Pleydell-Pearce, cit.; Wilson & Ross, cit.; Greenwald, cit.).

I *caregivers* intervistati sostanzialmente confermano queste risposte. In un caso si è trattato di una scelta voluta proprio dalla madre, che non rientra tra le persone prima

intervistat), e che però, va detto, era residente a Cardano al Campo, conosceva bene la struttura ed aveva prospettato un trasferimento in essa quando il marito era ancora in vita e parlandone con lui.

> "Sì, sì, assolutamente, è stata lei che ha fatto questa richiesta, noi non eravamo tanto convinti per il fatto che la vedevamo ancora presente e attiva, però è stata una sua richiesta, infatti poi ci siamo dovuti ricredere io e mio fratello che forse è stata la scelta giusta." (AA, figlio di SML)

Questa risposta rivela, indirettamente, come nei famigliari l'idea del ricovero, anche in una struttura "leggera" come Synergy, sia comunque ancora associata a una qualche perdita di autonomia. Il fatto che la madre fosse ancora "presente e attiva" costituiva per lui un'obiezione all'accesso a Synergy, che viene quindi percepita ancora come una sorta di RSA.

Alcuni *caregivers* (quattro) parlano dell'importanza, nella scelta, dei consigli e dei suggerimenti del dottor Predazzi che era il loro medico di famiglia, oppure di operatori della residenza o dell'Hotel A conosciuti personalmente (due). In un caso si riferisce di una decisione presa contro il parere dell'anziana (era la suocera) che vi si è dovuta rassegnare:

> "No, no, è stata una cosa violenta, violenta. L'ha accettata, causa forza maggiore, perché lei non voleva assolutamente una badante per casa, nello stesso tempo non potevamo lasciarla [da sola] perché non capivamo nemmeno perché fosse caduta due volte." (MA, nuora di GE)

Cinque *caregivers* hanno riferito di aver visitato prima la residenza con i loro anziani e quindi di averli in qualche modo preparati.
Per sei anziani, stando al racconto dei *caregivers*, l'inserimento non è risultato affatto facile, e questo è stato attribuito in gran parte al loro carattere difficile (scorbutico, solitario, pigro, preso da interessi tutti suoi) oppure dalle sue condizioni fisiche (ipovedente). L'inserimento è risultato più facile (tre casi) quando la decisione è stata presa in modo pacificamente consensuale (questo vale ad esempio per la signora di Cardano al Campo di cui si è parlato sopra).

Nessuno nelle sue risposte ha segnalato l'attivazione di un particolare percorso di accoglienza nei confronti degli anziani o dei *caregivers*, che sembrano essere stati un po' lasciati a se stessi in questo difficile passo.

Va detto che per molti il percorso per arrivare alla residenza Paolo VI non è stato un percorso lineare (dal domicilio alla residenza). Cinque intervistati provengono direttamente dal loro domicilio, quattro di loro invece sono stati ospiti in precedenza

dell'Hotel A[164]. Tre sono state in una RSA non altrimenti specificata, due provengono da un ospedale e una da un centro per riabilitazione. Una infine proviene da una comunità psichiatrica.

Tab. 5.9 - Luogo di provenienza prima di entrare in Synergy	
Domicilio	2 (cantou) 3 (alloggi autonomia)
Hotel A	2 (cantou) 2 (alloggi autonomia)
RSA	3 (cantou)
Ospedale	2 (cantou)
Centro di riabilitazione	1 (cantou)
Comunità psichiatrica diurna	1 (alloggi autonomia)

La signora RL (c, 91) conserva un ottimo ricordo dell'esperienza della RSA da cui proviene (la definisce un "paradiso" e conserva ancora le foto della festa che le hanno fatto al momento di lasciare):

> "Ero a Busto…son due anni e mezzo che esiste, l'hanno ristabilito. Era un posto di un signore, è proprio attaccato alla Coop. Sono stata lì due anni. I primi tempi dicevo: -Mi dispiace morire- perché vivevo in paradiso, poi dopo, man mano che non potevo più, ho pianto, ma la festa che mi hanno fatto quando sono andata via…perché gli è dispiaciuto che sono andata via…io ero voluta bene, non è perché lo dico io ma perché lo dicono loro. Le faccio vedere le foto: una tavolata di persone, hanno fatto un pranzo… [poi mostra la lettera d'addio all'intervistatore che legge: -Ciao cara L., ti vogliamo tanto bene. Per tre anni hai fatto parte della nostra famiglia, abbiamo passato momenti belli e brutti, facili e difficili, allegri e tristi, ma in tutto tre anni belli belli, di tante emozioni. Ti auguriamo di stare bene nell'altra casa e ricorda che la nostra porta è aperta sempre per te- [firmato] T. e M. Poi, siccome mio genero c'ha uno stabilimento qua, conosceva questo ricovero, dice :- Mi sembra l'unico che va bene per te- […] dovevo provare!. [Mostra all'intervistatore anche una collana che le hanno regalato e spiega] Lì non potevo stare più perché non ero più per loro autosufficiente, dovevano prendermi, scendere, non avevano tempo perché le persone che servono [gli operatori] non sono tanti."

[164] L'Hotel A (la lettera A sta per Alzheimer, anche se comunemente viene usata per indicare Astoria dal nome dello storico hotel di Gallarate dove è situato) è una residenza per persone anziane affette da demenza, avviata nel 2013 dalla Fondazione Il Melo-Luigi Figini, la stessa che gestisce la Casa Paolo Vi di Synergy. Il rapporto tra la residenza Paolo VI e l'Hotel A ed il percorso di transizione degli anziani da una struttura all'altra è stato uno dei temi trattati nel colloquio con la Direttrice di cui si darà conto più avanti.

Non altrettanto positivo il giudizio della signora LI (c, 83 anni, ipovedente) riguardo alla sua permanenza all'Hotel A (peraltro durata solo due mesi):

> "Prima di venire qua i primi due mesi sono andata all'Hotel Astoria; mi piaceva da morire, poi son venuta via per il fatto che se andavamo giù al mattino ci facevan fare la colazione alle 8 e mezzo e fino alle 8 e mezza la sera non si poteva andar su. Allora se per caso non ci volevi star lì, volevi sdraiarti sui divani che c'erano, sì, ti sdraiavi, però passavano via gli uomini: -Ciao, come stai? Stai male?- -No, non sto male, sono stanca di star qui-."

Quello che la signora lamenta era la rigidezza degli orari e dei regolamenti, rigidezza che forse può apparire ai suoi occhi eccessiva ma che si comprende se si tiene conto della particolare natura dell'Hotel A.

Tortuoso è stato il percorso del signor AG (aa, 80) che è passato da due diverse strutture, ("non andavo d'accordo") tra cui, ultima, l'Hotel A.

> "Quindi per un po' anche lì [prima era stata a Il Melo] ha fatto quest'esperienza che sin da subito gli è stata un. pochino stretta, perché […] si è trovato ad avere a che fare non più con persone come a Il Melo sane. Da lì lui ha cominciato a dire: -Sì, ma se io voglio fare due chiacchere con chi vado? Perché mi trovo con persone che boh, non si ricordano neanche come mi chiamo-." (AM, figlio di AG)

Pertanto la convivenza in questa RSA per malati di Alzheimer è risultata per lui difficile ed inappropriata, col rischio che la vicinanza con persone con gravi deficit cognitivi avesse un'influenza negativa sulle proprie condizioni psico-fisiche. La decisione di trasferirlo a Synergy è stata quindi appropriata.

Positivo è invece il ricordo che la signora SM (aa, 69; sofferente di depressione e con un passato da alcolista), ha del centro psichiatrico che frequentava prima (si tratta del CRA-Centro Riabilitativo ad altissima protezione sito in Rho, un centro diurno):

> "Frequentavo la comunità psichiatrica, e la sera venivo a casa, cenavo, facevo le pulizie, mi mettevo lì a dormire, poi la mattina avevo il pullman lì vicino, andavo in comunità e stavo lì tutto il giorno. […] In comunità pranzavamo insieme, andavamo alla mensa dell'ospedale di Rho […] durante la mattina ero lì con loro e facevo le attività che volevano loro […] C'era l'assistente sociale (le ho detto che sono ben organizzati) hanno l'assistente sociale e la primaria, che è una psichiatra, hanno tanto personale e l'assistente sociale: è lui che m'ha voluto mettere qui."

In realtà l'amministratore di sostegno, che è tra i *caregivers* intervistati, ha riferito del suo carattere piuttosto instabile e litigioso, per cui anche nella struttura psichiatrica di Rho litigava in continuazione con tutti.

5.4.4 - Vivere in autonomia nella residenza

Ampio nelle interviste è stato lo spazio dedicato all'accertamento del livello di autonomia vissuto dagli ospiti una volta trasferitisi nella residenza. Era importante accertare fino a che punto gli ospiti avessero spazi di autonomia rispetto all'organizzazione e alla gestione della propria vita, sia l'autonomia reale che quella da loro percepita. Garantire il massimo di autonomia possibile agli ospiti è infatti uno degli obiettivi qualificanti di Synergy e d'altra parte il bisogno di autonomia è un bisogno al quale gli anziani non intendono rinunciare. Per loro la sicurezza non può essere disgiunta dal conservare un certo grado di autonomia e libertà nel governare la propria vita.

Per rispondere a questa domanda si è chiesto agli ospiti di raccontare cosa fanno durante la giornata, che attività svolgono, dentro e anche fuori dalla residenza, da soli o accompagnati da *caregivers* e personale OSS, se e come partecipano alle proposte degli animatori, se si coinvolgono con attività presenti sul territorio. Dalle risposte si è cercato di capire quanto siano loro a prendere le decisioni e in base a quali motivazioni. Si è voluto sapere che giudizio danno di queste attività ed iniziative e se sono protagonisti attivi o soltanto fruitori passivi dei vari servizi.

La signora SM (aa, 69) organizza personalmente la sua giornata, esce per alcune piccole commissioni o per recarsi al parco, si dedica al suo passatempo preferito che è l'ascolto della musica. Ama pranzare da sola per sua scelta e lo dice senza manifestare alcun particolare rammarico. Sembra un po' insofferente rispetto alla gestione di alcune attività di cura troppo programmate e strutturate:

> "Avevo più attività quando ero in Comunità [si riferisce alla comunità riabilitativa di Rho a cui partecipava], molto di più, ma sono passati tanti anni e io tornavo volentieri anche per conto mio. […] la diversità era che ero a Rho, il posto dove sono nata, che conoscevo tutte le vie, anche della periferia, e poi durante il giorno, andando in comunità, frequentavo altre persone, poi andavo a casa, mi davano il *poste pay* per fare la spesa, che portavo a casa con un borsone. Qui non c'è bisogno più di fare, al di fuori di qualche cosa che voglio prendermi io per la merenda."

E continua:

> "Mettendomi qua sono proprio sola […] al mattino mi lavo, mi vesto e poi vado di là io a prendere la terapia […] danno a tutti, anche a quelli che sono nella cameretta, la colazione [ma] io vado di là per il caffè perché sono già vestita. Durante la

giornata esco, come stamattina che avevo bisogno di alcune cose e poi ritorno qui e accendo [la radio]: io ascolto musica, mi piace ascoltare [musica] sulle emittenti locali, le canzoni degli anni 60 e le canzoni del giorno d'oggi: a me piacciono, le ascolto volentieri. Sento più la radio che non la televisione. Pranzo da sola, posso andar di là al *cantou* 2 dove mi danno le medicine e tutto, ma poi pranzo da me. La mattina a volte mi capita di uscire, di prendere il caffè, di andare al parco: hanno tutto strutturato per l'estate, è molto bello qui il parco Usuelli, ci sono i giochi dei bambini e c'è una specie di casa prefabbricata, non so se si chiami *bungalow* o che cosa, una cosa molto moderna. Fuori hanno messo i tavolini e gli ombrelloni e andavo lì a prendere una menta quando faceva caldo […] Io pian pianino, col bastone, vado, non sono granché ma comunque…"[165]

Ha concluso poi in tono perentorio:

"Io vengo qui da me, non mi impongono niente, faccio quello che voglio."

e ha ribadito questo anche rispetto alle varie attività proposte agli ospiti. Lei cerca di partecipare a molte attività ma lo fa di sua spontanea volontà ("Cerco di essere presente"). L'impressione è quella di una donna (di 69 anni) pienamente autonoma, che vuole gestirsi senza troppe ingerenze esterne. La sua *caregiver* conferma questo suo spirito ribelle che in passato l'ha portata anche a non assumere i farmaci prescritti, peggiorando la sua condizione di instabilità psichica. Per questo motivo è stata scelta Synergy come residenza in quanto realizza il "giusto compromesso" tra la sua volontà di autonomia ed un minimo di controllo nelle gestione della sua vita.

Anche la signora CL (aa, 67) afferma di essere e sentirsi libera, ricevendo qualche supporto per l'igiene personale e per l'accompagnamento all'esterno della struttura per far visita alle amiche:

"Qui sono più libera perché vado e vengo come voglio, perché vado e vengo quando voglio, qua mi assistono, vengono la sera e il mattino. La sera per aiutarmi a lavarmi, la doccia, e mettermi a letto e poi durante il giorno mi portano le pastiglie e basta Per il resto io vado come voglio: esco più volte alla settimana, anche per bere un caffè."

Descrivendo la sua giornata poi conferma quanto ha detto:

"Il mattino in genere mi alzo alle 6,30, poi aspetto che mi vengano a fare la doccia. Viene una ragazza OSS a farmi la doccia, poi mi vesto e vado là [al *cantou* 3] dove c'è la colazione. Faccio colazione, poi vengo qui, faccio le parole crociate, guardo la

[165] Come detto in precedenza dalla struttura si può accedere liberamente al parco-giochi cittadino.

televisione oppure leggo.[…] ho chiesto a una ragazza, per contratto, che mi porta due volte alla settimana a Cassano Magnago [a giocare a carte con le amiche]. Poi il mercoledì mattina mi accompagna in piscina, poi se ho bisogno qualche altra volta mi accompagna dove voglio."

La signora LR (aa, 86) afferma la propria libertà soprattutto scegliendo di stare da sola:

"Mi faccio la doccia, mi faccio il letto, mi faccio la colazione, mi lavo i piatti.[…] Il pranzo caldo lo portano loro. Sì, pranzo qua, da sola, ci sto bene, stavo bene anche a casa da sola, trent'anni da sola. E mi piace perché se uno ha voglia mangia e guarda la televisione…"

La signora PG (aa, 69):

"Partecipo a tutte le cose, mi piace tutto. Non esco, son sempre qui […] da sola no [prima ha affermato che fin da ragazza era abituata ad andare nei luoghi pubblici solo se accompagnata]. Ci sono le signorine che ci invitano ad uscire, se poi diventi pigra ti fanno svegliare fuori [ride]. Io preferisco anche stare seduta a vedere la televisione, ho le mie abitudini".

La signora MR (aa, 95) esprime la propria libertà con la piccola trasgressione di stare a letto dopo la colazione (naturalmente in questo caso bisogna tener conto dell'età: 95 anni). Per lei il crescere della disabilità ha comportato un allentamento delle relazioni e della vita sociale, che ha accettato con rassegnazione, senza però rinunciare ad affermare la propria autonomia ("a modo mio"), ad esempio evidenziando come quella di stare in camera sia una scelta voluta anche dal proprio carattere indipendente:

"Qui siamo noi due sole. Fra le otto e le otto e mezzo: -Signora, abbiamo portato la colazione!-. Io la colazione la faccio un po' a modo mio: aspetto che vengano loro, mi portano quello che devono portare, mangio e poi mi rinfilo nel letto. Poi pranzo qua. Io non faccio niente. Non faccio attività. I primi tempi, per circa un mese, sono stata bene, non avevo dolori e allora sono scesa un po' di volte. Poi ha cominciato che mentre facevo la ginnastica mi veniva il dolore […] Al cinema non ci sono mai andata. Io sono una un po' a parte, sono un po' a sé: loro vanno, fanno, ma io non ce la faccio. E ora, siccome vado a peggiorare, basta, la mia vita è questa: sto nel letto […] Io non ho mai visto una casa di riposo, però sento dire che c'è l'orario, che tutti allo stesso orario si devono alzare e questo già per me non andrebbe bene."

Anche per il signor AG (aa, 80) il peggiorare delle condizioni di salute ha limitato le attività e lui vede però questo con un certo dispiacere:

> "Prima uscivo molto di più, perché mi muovevo e camminavo, diciamo due anni fa, fino all'anno scorso si andava […] A volte si resta come in malinconia, per cui c'è il mercoledì che alle quattro c'è merenda per cui si va giù tutti, si ride, si chiacchiera e si scherza se si vuole e ti danno la merenda. E io non ci vado, preferisco star qua nella mia camera. Guardo la televisione e quando c'è l'attività della ginnastica vado giù. Fin quando stavo bene si scendeva, andavo al parco. Adesso faccio più fatica ad andare perché io mi sto portando le conseguenze di un incidente che ho avuto a vent'anni, mentre tornavo dal lavoro. E adesso comincio a risentirne di più, anche per via del peso."

Come già detto all'inizio, gli ospiti dei *cantou* godono di un'autonomia più ridotta per le loro condizioni di maggiore dipendenza rispetto a quelli degli alloggi autonomia.

La signora CS (c, 80) si attribuisce un certo grado di autosufficienza e quindi di autonomia nella gestione della pulizia personale e nel far colazione ("sono contenta che sono autosufficiente. Finora, diciamo, finora") e nel camminare, anche se adesso ha qualche problema:

> "Cammino qui, sul ballatoio, prima andavo anche a teatro, fanno anche palestra. Son sempre andata, però adesso… sto aspettando di camminare […] In caso di bisogno ho la pulsantiera, però non l'ho mai usata, la tengo nel comodino. Per me la pulizia e l'ordine va tutto bene. Non ho niente da reclamare anche per l'organizzazione della giornata. Di attività adesso non ne faccio tante, perché gli anni sono tanti, comunque stare in compagnia, poi ascoltiamo la televisione, andiamo fuori; io vado a camminare perché voglio riprendere il movimento delle gambe, perché questo sì mi preme."

Prima, quando evidentemente riusciva a camminare meglio, usciva per andare al parco sempre in compagnia di qualcuno, spesso della figlia. Ora questo le risulta più difficile. Dice anche che le piace stare in compagnia e ascoltare la televisione.

Il signor CE (c, 85) dice che va al parco, a bere il caffè, o a vedere qualche partita ma:

> "Preferisco stà da par mi [stare da solo]. Qui faccio la bella vita. Faccio ancora il giovanotto."

Il signor RA (c, 94) ha un'autonomia molto più ridotta e ne è consapevole, anche perché sta con la moglie che è in carrozzina, in condizioni di totale dipendenza:

> "Io non sono più uscito. Cammino sul balcone, perché cammino con la carrozzina. Io cammino ma mia moglie no, mia moglie non sta neanche in piedi. Io riesco, non un granché ma qualche volta. Non vado mai a messa. Al parco sono andato due-tre

volte, ma qui, se nessuno ti porta, come vai? Io non mi arrischio se vado da solo […] Nessuno [mi accompagna], loro hanno mica tempo e allora son qua."

La signora RC (c, 96) partecipa volentieri alla ginnastica e ai momenti di ascolto della musica, non gradisce invece la merenda comune. La domenica va a messa. Dice di sentirsi libera:

"la mia libertà qui ce l'ho."

La signora GE (c, 93) è molto più restia nei confronti delle attività proposte; faceva ginnastica ma ha interrotto perché non le era di aiuto. Anche al parco andava con delle amiche che però, adesso, sono andate via. Né va al cinema o al canto. Attribuisce questo non ai limiti fisici ma al suo carattere, e questo è in qualche modo un segno della sua residua volontà di autonomia:

"Sono così. È il mio carattere."

Molto negativo è il giudizio della signora BP (c, 95) che si sente costretta e abbandonata; ammette però di coltivare il suo passatempo che è quello di cucire e che ciò le piace:

"Non ci portano in nessun posto. Niente da fare. L'unico posto che vado io sola è l'anticamera che vado a vedere la pianta […] Non mi piace come è organizzata la giornata, solo che a me piace cucire e allora mi svago un po'. Non mi piace il mangiare e la prigionia…come fa una donna col cervello a posto a stare qui? Non mi piace nessuna attività. Non fa niente nessuno qui!"

La signora LI (c, 83) dice che prima andava al parco ma ora non più, perché "non vogliono" (evidentemente perché non ha nessuno che la accompagna). La signora RL (c, 91) ci va con la figlia quando viene a trovarla e dice anche che fa fatica a parlare con le altre ospiti:

"Faccio due parole giusto perché non so comprendere, perché son tanta gente che è un po' svanita."

La signora BG (c, 88) dice di riuscire a fare tutto da sola e quindi non è aiutata dalle assistenti; descrive in modo dettagliato le attività proposte ma non vi partecipa molto. Al parco ci andava prima, sulle panchine a chiacchierare; ora non ci va più, così pure a ginnastica. Al cinema ci va ma poi se ne esce subito (i film proposti li giudica "disgustosi"); prima leggeva ora non riesce più. Soprattutto, ed è risultata l'unica ospite a farlo, parla di "noia":

"Non ho partecipato alla festa che hanno organizzato in paese, perché quando si deve stare in piedi tanto non riesco. Volendo, potrei usare il girello con il ripiano così quando uno è stanco si siede, ma non sono poi così leggera."

Anche la signora PR (c, 91) dice che i film proposti "non valgono niente" (evidentemente ne parla con la signora BG perché sono in camera insieme) e che quando vuole andare al parco le fanno storie perché non vogliono che vada da sola. Racconta questo in modo scherzoso ed autoironico:

> "Mi dicono : -P. dove vuole andare?-
> -A fare un giro-
> -Per vedere chi?-
> -Per vedere se trovo un ragazzo con un po' di soldi, perché i miei vanno a finire!"

È interessante notare come in questa situazione un'ospite come la signora CS (c, 80) si attivi per dare una mano:

> "Quando c'è bisogno, aiuto un po' a tenere a bada quelli un po' troppo vivaci [si riferisce a qualche altro ospite meno capace di autocontrollo], perché ci sono, e allora il tempo vola quando si fa qualcosa di utile, se invece sto là seduta a far niente a me non passa mai. Io non sono mai stata là a guardar per aria."

I *caregivers* confermano sostanzialmente queste testimonianze. Riconoscono nei loro cari un certo grado di autonomia.

> "... Lui (mio padre) ha sempre valutato positivo il fatto di avere il suo telecomando a portata di mano: - Mi guardo la TV quanto e quando e che cosa voglio, eh, non ho voglia di mangiare subito tanto ho qui il microonde me lo scaldo poi e me lo mangio-." (AM, figlio di AG)

I *caregivers* ritengono questa capacità di conciliare autonomia e protezione come uno dei punti di forza di Synergy.

Ritengono invece la mancanza di proposte di animazione valide e qualificate, diminuite in questi ultimi tempi, forse anche in seguito al *lockdown*, come una delle criticità della struttura. È una constatazione abbastanza diffusa tra i *caregivers* e su di essa si avrà modo di ritornare più avanti. Altri lamentano una certa carenza del personale che impedisce di sostenere la voglia di autonomia delle ospiti (ad esempio a volte non c'è nessuno che le accompagni al parco)

Un dettaglio di non poco conto e apprezzato è la flessibilità degli orari di cui parlano alcuni ospiti e *caregivers*, flessibilità che viene messa a paragone spesso con la rigidità della RSA.

Analisi delle risposte

Una valutazione d'insieme di queste testimonianze permette di riconoscere come, all'interno della struttura, gli ospiti vivano una condizione di autonomia e la ricerchino. Per la gran parte decidono loro cosa fare, e anche la scelta di stare in camera, di isolarsi e di

non partecipare alle attività, è rivendicata come una decisione voluta da loro. Per loro autonomia è anche preservare, pur in una condizione di vita comunitaria, una loro privacy, uno spazio tutto loro da gestire senza interferenze. Vivendo all'interno di una istituzione, per quanto "aperta" e "leggera", avvertono la necessità di spazi individuali in cui coltivare i propri interessi (Cavallero et al., 2006). Anche il poter cavarsela da soli nella quotidianità della vita domestica senza dover ricorrere all'aiuto altrui è percepito come una forma di autonomia, e per questo cercata. La situazione si fa naturalmente più difficile con l'avanzare degli anni (e quindi passando dagli ospiti degli alloggi autonomia a quelli dei *cantou*). Qui il limite fisico diventa determinate e molte cose che si facevano anche da soli in precedenza (soprattutto uscire, andare al parco ecc.) non sono più possibili senza accompagnamento, che invece spesso manca.

Rimane però viva una capacità di giudizio; gli intervistati sanno esprimere una loro volontà, si rammaricano se certe cose non sono possibili, criticano, esprimono i loro gusti ("mi piace", "non mi piace"), giudicano il valore dei film proposti o delle musiche ascoltate. Esprimono quindi una competenza decisionale, emotiva e valutativa (cfr Vigorelli, cit.). Alcuni ospiti sono capaci anche di giudizi fondati e ponderati sia sui comportamenti degli altri ospiti, sia sul funzionamento della struttura. In due casi è emerso un atteggiamento più attivo rispetto alla vita nella residenza, atteggiamento che si è espresso in una certa cura verso un'altra ospite o nel "dare una mano" agli assistenti nel gestire situazioni difficili nei confronti di ospiti problematici.

In un caso l'autonomia difesa si identifica con la possibilità di poter uscire dalla residenza per recarsi dalle amiche, in una località a una certa distanza, per poter coltivare la propria passione di giocare a carte.

Un punto carente invece sembra essere proprio quello relativo all'accoglienza degli ospiti nella loro transizione nella residenza: qui non vengono attivati percorsi di accompagnamento né dell'ospite né dei suoi familiari e quindi questa fase, in realtà importantissima, sembra un po' subita dall'ospite che non pare sentirsi protagonista di questo passaggio pur affermando, in taluni casi, di aver condiviso la scelta.

5.4.5 – Una prima verifica: a che livello si pongono questi servizi? Sono in linea con gli scenari internazionali?

A questo punto è ci si può porre la domanda se questo progetto, così come è stato posto in essere e non solo dichiarato, risponde ai bisogni per cui è stato pensato (in sintesi: fornire protezione, sicurezza e tutela dell'autonomia degli ospiti), se è quindi una struttura adeguata ad accompagnare gli anziani nel passaggio dalla vita indipendente alla vita assistita, più delle forme di assistenza domestica fornite dalle badanti o del ricovero nelle RSA.

Gli ospiti di Synergy con ancora adeguata funzionalità nelle ADL e con qualche limitazione nelle IADL, e i loro *caregivers* famigliari, cercano sicurezza e protezione non però a scapito dell'autonomia. Col progredire dell'età, in particolare per gli ospiti dei *cantou*, il bisogno dell'assistenza e del sostegno nelle funzioni ADL aumenta e quindi aumenta l'intensità assistenziale da essi richiesta. In entrambi questi casi Synergy sembra assolvere in maniera adeguata a questo compito. Offre sicurezza e protezione 24h/24, e servizi di assistenza proporzionati ai bisogni degli anziani, tutelando la loro autonomia residua e facendo loro percepire tale sensazione di autonomia che non sembra venir meno anche nelle condizioni di maggiore difficoltà e dipendenza (naturalmente con i limiti imposti dalle condizioni fisiche, cognitive o psicologiche delle persone). Sono naturalmente necessari alcuni interventi migliorativi (primo fra tutti forse un adeguamento del personale al fine di accompagnare meglio questo passaggio) di cui si parlerà più avanti, ma l'impostazione di fondo pare idonea e rispondente al progetto.

Più nel dettaglio i servizi offerti da Synergy possono essere suddivisi in servizi per la vita indipendente e servizi per la vita assistita (anche se poi nella pratica, di fatto, tali servizi non sono facilmente distinguibili):

-i servizi per la vita indipendente sono: la portineria, una figura di riferimento prevalente in caso di necessità, la pulizia degli spazi comuni, la garanzia di un primo intervento tempestivo in caso di bisogno con reperibilità 24h/24, un monitoraggio in remoto, infermiere, fisioterapista, medico di struttura. Ad essi si possono aggiungere altri servizi contrattualizzati;

-i servizi per la vita assistita sono tutti i precedenti con intensità anche maggiore, a cui si aggiungono cura e igiene personale, preparazione pasti.

Dal punto di vista edilizio e abitativo l'edificio è ristrutturato ma di buona qualità. Non presenta barriere architettoniche rilevanti. È dotato di ascensori. Negli alloggi autonomia è garantita una sufficiente privacy come pure, anche se in misura più limitata, nei *cantou*; i locali sono fruibili e accessibili agli ospiti senza difficoltà, sono di piccole e medie dimensioni secondo gli standard internazionali (Scott Hanson & Scott Hanson, cit.; Gresleri, cit.) così da consentire agli ospiti di avere il pieno controllo degli spazi e garantire una adeguata vivibilità ma anche di ricevere visitatori esterni. Gli alloggi hanno una caratterizzazione domestica e non hanno nulla che richiami una casa di cura. Gli ospiti hanno la possibilità di personalizzare gli alloggi che possono quindi ricordare il loro precedente domicilio (Van Hoof et al., 2015). Sono luoghi di vita e non anonimi "non-luoghi" (Augé, cit.). La struttura edilizia ricorda quella dei cortili di una volta, le "corti", con la piazza centrale su cui si affacciano gli alloggi e lunghi ballatoi che permettono di

afffacciarsi sulla piazza, e quindi partecipare in qualche modo alla vita esterna, e di incontrarsi senza pregiudicare, per chi lo volesse, l'esigenza di privacy.

E' importante infine rilevare la posizione centrale della struttura rispetto al paese ed ai servizi offerti da esso: non è un "luogo dimenticato" ai margini della città, per persone "dimenticate" io "da dimenticare" (Olcese, cit.) anche se questo non sembra un aspetto di immediato gradimento degli ospiti, soprattutto di quelli con maggiori imitazioni funzionali, mentre pare più apprezzato dai famigliari. Rispetto agli standard ed alla modellistica internazionale Synergy, dal punto di vista della struttura, dei servizi e delle prestazioni offerte appare pienamente in linea.

5.4.6 - Una seconda verifica: gli ospiti sono adeguati a questo tipo di struttura?

Tra gli intervistati non vi sono persone con gravi limitazioni cognitive, in quanto nella selezione iniziale, esaminando le cartelle cliniche, si operata la scelta di rivolgersi solo a persone integre da questo punto di vista. In realtà poi nel corso delle interviste ci si è resi conto che alcuni anziani erano oltre la soglia del deficit cognitivo (questo riguarda le quattro interviste che sono state successivamente scartate). Questa osservazione empirica porta a dire che vi sono tra gli ospiti persone che presentano deficit cognitivi più gravi. Questo crea problemi riguardo alla qualità complessiva dell'assistenza fornita dalla struttura (anche, come vedremo, in relazione alla convivenza tra questi e gli altri ospiti più autonomi) nonché all'ospite stesso, che sarebbe più adeguatamente assistito in una RSA (Zimmerman et al., 2005; Maslow et al., 2005)[166].

A un'analisi complessiva, tenendo conto di questi casi, il bisogno che Synergy intercetta è quello di anziani soli, con un'età media che va ben oltre i 70, con qualche difficoltà nell'espletamento delle IADL ma che godono ancora di una buona autonomia rispetto alle ADL. A questi si aggiunge un numero, peraltro limitato, di ospiti che presentano limitazioni cognitive a livello anche più grave e che potrebbero ricevere un'assistenza più adeguata in strutture a maggiore intensità assistenziale. Quindi Synergy sembra sicuramente fornire un'alternativa all'assistenza domiciliare offerta dai *caregivers* famigliari anche tramite badanti, offrendo, rispetto a quest'ultima, personale di assistenza regolarmente assunto e tutelato contrattualmente e più preparato. Non sembra invece costituire una piena alternativa alle RSA con le quali per certi aspetti sembra allinearsi, ma fornendo una qualità assistenziale sicuramente inferiore dal punto di vista sanitario. C'è da valutare se

[166] Non costituirebbe un problema e non inficerebbe la qualità complessiva dell'assistenza fornita se si trattasse di condizioni di Compromissione Cognitiva Lieve o Mild Cognitive Impairment, ma occorre in ogni caso che la situazione sia continuamente monitorata (Giunco, 2014). Nella pratica delle ALF statunitensi sono previste Memory Care Unit che consentono una buona accoglienza a persone con demenza anche nelle strutture di vita assistita (ibid.). Addirittura in tali strutture si arriva a livelli dal 23 al 42% di ospiti con livelli misurabili di deterioramento cognitivo (Polzer, 2013).

questa soluzione sia per le famiglie un'alternativa valida anche dal punto di vista economico. Da qualche intervista con i *caregivers* famigliari, riportata più avanti, sembrerebbe di sì.

5.4.7 - Socialità e intergenerazionalità: due percorsi difficili

Favorire la socializzazione delle persone anziane tra loro e con il mondo esterno, evitare il loro isolamento e la loro "ghettizzazione": questo è l'altro obiettivo dichiarato del progetto di Synergy, che punta a realizzarlo incrementando i rapporti intergenerazionali mediante la presenza all'interno della struttura di famiglie giovani *caregiver* e l'apertura al territorio. Le domande poste agli intervistati miravano pertanto ad accertare quanto nella residenza fossero positivi i rapporti degli ospiti tra loro, con il personale assistente (e qui entra in gioco il tema importantissimo della relazione di cura), con le famiglie *caregiver*, con gli abitanti di Cardano al Campo.

È stato chiesto agli ospiti se e come viene vissuta questa possibilità di mantenere rapporti dentro e fuori la struttura di Synergy e come viene da loro giudicata questa possibilità.

> "Ho fatto un periodo a mangiare con gli altri di là, a dire il vero è per questo che mi sono trovato bene, ma qualche volta c'erano problemi nel senso che sono tutta gente, per l'amor di Dio, con rispetto, l'Alzheimer, non si ricordano, è gente che … chiacchieri, parli, ma non si ricordano." (AG, aa, m-80)

La signora LR (aa, 86) mostra di avere una certa conoscenza degli altri ospiti e, dopo aver affermato da avere un'amica, una ex maestra con cui gioca a carte, esprime il suo disagio nello stare con gli altri:

> "Là [in mezzo agli altri] uno si rende conto che… che… poi sarò come quella lì, come quella là. Invece sono qua e non vedo niente. Taglio netto! È un conforto anche stare da soli. Perché lì bisogna sopportare anche tutto il resto: uno ha il raffreddore, l'altro starnuta, chi starnuta in faccia. Non è colpa loro. E' la vecchiaia. L'altro tossisce…e a me dà fastidio. Ne ho curati tanti e adesso non voglio saperne niente […] Le amiche? La cartolaia è lì col bastone, la Franca ha il bastone anche lei, l'altra ha fatto un infarto, hanno dei problemi patologici che io non ho. E' logico. Io non li ho per cui non posso andare a rompere le balle."

Da questo brano di intervista emerge una ragione profonda che sta alla base della sua volontà di isolarsi: non se la sente di stare con le persone in condizioni più gravi perché questo la porta a pensare a come diventerà anche lei una volta che le sue condizioni peggioreranno. Si tratta di una considerazione da tener presente nel momento in cui si valuta l'efficacia di far convivere nella stessa struttura e in prossimità persone di differenti condizioni fisiche o cognitive. Qui si pone anche il problema di valutare se e in che misura

la vita in prossimità di persone in condizioni ancora di discreta autonomia e pre-fraglità con persone invece in condizioni fisico-cognitive più deteriorate non possa incidere negativamente sulle prime. Si tratta di un aspetto meritevole di approfondimento ulteriore.

Riguardo ai parenti, sempre LR dice che il figlio si fa vedere pochissimo ("Questo è il sistema che viaggia moderno, il figlio moderno"). Soffre inoltre molto per la mancanza della macchina, non le hanno portato le sue biciclette, e neanche il telefonino [a casa ne aveva due], per cui si sente isolata.

> "Il rapporto con le altre persone della struttura è buono, cioè le conosco, queste che abitano qui le conosco abbastanza, c'è un rapporto così insomma da condominio, cordiale ma così e basta." (CL, aa, f-67)

Questa signora dice inoltre di partecipare alle attività di un'associazione di cui fa parte, ASP [dovrebbe trattarsi di un'associazione per malati di Parkinson che si trova a Cassano Magnago] e lì dice di seguire molte attività.

E' interessante il fatto che solo una signora (LR, aa, 86) ha parlato nell'intervista del rapporto con i vicini di casa della struttura ERP, di cui dimostra di conoscere le condizioni, e di quello con la famiglia *caregiver*:

> "Lì c'è una famiglia intera [si riferisce a una famiglia di vicini ospiti della case ALER] E' morto il marito ma c'è la moglie con i tre figli. Qua c'è un'altra persona che lavora a Malpensa [e descrive la famiglia]. Il Pier [il marito della famiglia *caregiver*] si occupa della manutenzione e ha la sua famiglia nel secondo corridoio in fondo."

Nella residenza nascono anche forme di amicizia e solidarietà come quella che ha legato la signora PG. e MR., distanti ben 26 anni di età, e quella che ha legato le signore DPB e SML.

Della prima racconta la signora MR (aa, 95) che in passato risiedeva nel *cantou*:

> "Di là ho avuto problemi, c'era una che è matta, ce l'aveva con me, mi diceva: -Che schifo mangiare quella m…- perché io mangiavo frullato oppure avevo delle ciabattine che all'ospedale tutti mi facevano i complimenti e a lei le facevano schifo. E poi c'era una che dicono che ha l'Alzheimer."

ma poi, essendosi liberato un alloggio per due in quelli di autonomia, hanno proposto a lei e alla signora PG di viverci assieme:

> "Io ero convinta che dovevo andare a casa perché con mia nipote avevamo fatto l'accordo che andavo a casa[167]. Ho detto [al coordinatore]: -Guardi c'è un problema: io tra un paio di mesi o tre vado a casa-. -Ma guardi, se è solo per 2-3 mesi perché non va a stare meglio?- Insomma mi sono convinta e siamo venute qua e siamo state assieme. E andrò fuori con la cassa da morto. […] Io giuro le voglio bene [alla signora PG] l'avevo presa sotto la mia ala protettiva, perché ai tempi non era così la G. Sì faceva i lavori, ma era taciturna. Ci sono voluti alcuni mesi […] la G. è buona ma lei è giovane, poverina, non è giusto che si sacrifichi per stare qua con me. Io e la G. ci curiamo."

La signora PG (aa, 69) conferma la sua disponibilità:

> "Aiuto sempre gli altri, sono disponibile, li porto in giro, anzi, mi sgridano perché li voglio portar su io."

Un *caregiver* racconta invece dell'amicizia di sua madre con un'altra signora:

> "Quando, quando, diciamo, è stata messa assieme con questa signora [cioè DPB: a suo tempo entrambe avevano rifiutato l'intervista che invece ci è stata concessa dai loro *caregivers*] devo dire che è stata una cosa fantastica, cioè nel senso, praticamente,… adesso poi passano gli anni e si sentono anche, insomma... gli anni sulle spalle, l'invecchiamento comincia a essere più evidente, diciamo quella signora praticamente... avevo l'impressione che fossero amiche di infanzia. Si facevano gli scherzi, sì, proprio, no, no, guarda è stata una scelta il fatto di abbinarla, di metterla insieme con questa signora che... che è stata davvero fantastica, veramente. (AA, figlio di SML).

Giudizio positivo anche da parte di un'altra *caregiver*:

> "Con la sua vicina, coinquilina, c'è un rapporto tutto sommato discreto, riescono a convivere, certe volte c'è qualche screzio, magari una vorrebbe più gentilezza o più... disponibilità. Ci sono queste dinamiche, una, un po' di gelosia una da parte dell'altra. Ma niente di significativo. Poi una di 94 e una di 97 che non sono parenti e convivono da 5 anni senza grosse problematiche vuol dire che la cosa funziona" (MA, nuora di GE)

Riguardo alle problematiche relazionali nei *cantou* si segnalano, forse in misura maggiore rispetto agli alloggi autonomia, difficoltà nella convivenza quotidiana, difficoltà dovute sia alla più stretta vicinanza che vi è in questo tipo di alloggi (molte incomprensioni nascono

[167] A Synergy si fanno anche ricoveri temporanei, detti di "sollievo", di 1, 2, 3, fino a 6 mesi, poi l'ospite torna a casa. Generalmente succede dopo le ospedalizzazioni.

dall'uso della televisione) sia alla presenza di patologie che comportano nelle persone un minor autocontrollo ed un più facile eccesso nei comportamenti.

> "Ci sono delle persone che sono piuttosto difficili, però si cerca di limitare le cose. Io non alzo la voce, l'ho alzata ieri una volta dopo tanto, e son contenta di averla alzata [ha sgridato un altro ospite che alzando il volume del televisore infastidiva le persone], anche se non sono del parere di alzare la voce facilmente, però ieri mi han tirato fuori perché ci sono quelli che credono di essere padroni e allora ho detto che dovrebbero vergognarsi perché la televisione è a mille già la mattina. Almeno abbi l'educazione di tenerla un po' bassa! O sbaglio? Un po' di rispetto per gli altri!" (CS, c, f-80)

> "Capo primo [Per prima cosa] ti devi adattare […] Qui mi sento a casa mia. Vedo dei vecchi che sono prepotenti, che vogliono comandare, ma è inutile, non puoi più comandare […] Quello che conta è essere socievole, non a fa' ul comandon [non fare quello che comanda]. Non bisogna essere orgogliosi. Teà cuntentas de chel ca lè, sa te cumenciat a fa el rugnus, te se un rugnus [devi accontentarti di quello che è, se cominci a fare il lamentoso sei un lamentoso]." (CE, c, m-85)

> "Qui ognuno ha il suo carattere. A me piace la televisione, vedere la politica, poi le avventure. C'è questa signora che mangia con noi che lei vuol vedere il [canale] 28 che è del Vaticano [si riferisce ad un'emittente TV cattolica], sempre quello. E allora abbiamo fatto un po' di discussione. E io c'ho detto: -Senti, la televisione è mia. Se tu la vuoi vedere nella tua camera, prendi la televisione e mettitela lì, e sennò vedi quello che vedo io-." (RA, c, m- 94)

Aggiunge una critica, che pare tutto sommato fondata, rispetto alle persone che vengono accolte nella residenza, che non sono di suo gradimento:

> "Qui non è un posto per quella gente lì, qui se è una residenza per gli anziani, dovrebbe essere per gli anziani tranquilli. Di là dove dormo io c'è una che è sclerotica, è matta, non parla, non dice una parola, è sporca, conciata male".

La signora GE (c) dice che con le altre ospiti "è un pasticcio" perché

> "Ci son quelle che non capiscono cosa si sta facendo […] Quella di cui stavo parlando adesso, che non mi viene il nome, mi saluta, si ferma ma non sa chi sono."

> "I problemi con gli altri, oh sì! Adesso, poverina, gli è successa una cosa incredibile alla F.; era una che voleva fare quello che c'aveva voglia lei: doveva andare in bagno, andava tre volte al giorno e non tirava l'acqua e non apriva. E allora io le facevo osservazione."(LI, c, f-83)

La signora BP (c, 95) dice che non riesce a dormire perché la sua compagna di camera russa e grida di notte. Inoltre è con due altre persone, una sorda e l'altra in carrozzella:

> "Allora io vado a prendermi qualcosa nel guardaroba, disfo e cucio per distrarmi, perché io non guardo tutto il giorno la televisione".

Molto positivo è il suo giudizio sulla famiglia *caregiver*:

> "Solo il signor Pier e sua moglie sono due persone squisite, lui grida forte ma è gentile, invece la signora Mery è la prima che ho conosciuto, è gentilissima".

La signora GE (c, 93) ha abitudini diverse rispetto alla sua compagna di appartamento ma riescono a convivere in quanto dormono in stanze separate. Di un'altra ospite della casa dice però che continua a dire parolacce e ha la lingua lunga.

Più facile sembra essere la convivenza per la signora BG (c, 88):

> "Con queste due signore benissimo, con R. anche […] Ci facciamo compagnia a tavola, a volte nel pomeriggio vado a trovare due che sono lì in fondo, vado lì, sto lì un'oretta con loro, cammino e anche loro sono contente, loro giocano a carte."

In generale il giudizio che i *caregivers* hanno dei rapporti tra i loro cari e gli altri ospiti sono positivi, anche se solo uno, di cui abbiamo parlato prima, segnala il nascere di un'amicizia profonda. Essi nel raccontare si attengono a quanto riferiscono i loro cari, tendono a minimizzare le difficoltà di rapporti che vengono segnalate, le attribuiscono al carattere difficile dei loro cari e li inviano ad adattarsi e ad essere tolleranti.

> "Il suo carattere l'ha portato alle volte ad avere un po' di malintesi, perché è vero che non ha a che fare con una persona, ma ha a che fare con tante persone nel senso che io credo che l'anziano in casa con la badante alla fine deve trovare un rapporto, se avesse 10 badanti deve riuscire a rapportarsi con 10 che hanno caratteri diversi e soglie di sopportazioni diverse..." (AM, figlio di AG)

> "Le beghe del vicino, di chi vuole la finestra chiusa e lei la vuole aperta e così via lì evito. Le dico: -Mamma fattene una ragione e va bene-." (CPR, figlio di BM)

> "Ci sono delle antipatie e ci sono delle simpatie, no a lei piacerebbe avere una camera da sola, perché […] io penso che ancora in camera ogni tanto ci sono un po' di screzi e va molto più d'accordo con altre due signore che hanno un appartamento sullo stesso piano, in fondo al balcone…e le va a trovare." (LR, figlio di BG)

L'impressione complessiva che si ricava dalle testimonianze dei *caregivers* è che essi tendono a minimizzare queste difficoltà di rapporti che si manifestano nella convivenza dei

loro cari, le interpretano come piccoli "screzi", quando invece forse nella psicologia di alcuni anziani hanno un peso maggiore. In ogni caso le caratteristiche della struttura sono tali da permettere, quando i rapporti tra conviventi nello stesso alloggio sono problematici, sia spostamenti decisi dalla direzione (spesso con esiti positivi) sia rapporti con residenti in altri alloggi, rapporti che fungono da "valvola di sfogo" relazionale utile comunque a garantire un benessere relazionale alle persone.

Riguardo al rapporto con figli e parenti dopo il trasferimento in residenza, sette anziani intervistati dichiarano di ricevere spesso loro visite; una dichiara di ricevere visite dai cugini che vengono a pagare la retta; tre di non ricevere visite dai figli; una riceve visite dall'avvocato tutore; una da amici.

Tab. 5.10 - Intensità delle visite

Da figli o altri parenti		Da persone non parenti
Spesso (ogni 2-3 gg. fino a 3 volte a settimana)	**Mai/raramente**	
7	3+1	2

Le risposte dei *caregivers* sono state più precise, indicando quante volte esattamente a settimana (da una a tutti i giorni). In alcuni casi le visite sono state inserite nella *routine* famigliare (tutte le volte che torno dal lavoro, mi trovo sulla strada ed entro) oppure sono suddivise a turnazione tra i membri della famiglia.

> "Facevamo una turnazione con i miei figli, con mia moglie, con gli amici suoi, per cui evitavamo le sovrapposizioni; visto che è una persona intellettualmente ancora molto viva, cercavamo a rotazione che quasi tutti i giorni ci fosse lì qualcuno." (CP, figlio di BM).

Questo garantisce una frequentazione quotidiana, utile all'ospite, ma anche una regolarizzazione dei ritmi degli impegni famigliari che produce inevitabilmente anche una situazione di minore *stress* per le famiglie dei *caregivers*.

Va detto che riguardo ai casi di latitanza totale o quasi dei figli, essa è il frutto di situazioni conflittuali pregresse, che risalgono molto indietro nel tempo, ben prima dell'ingresso nella residenza. Anzi, in un caso, l'ingresso è stata l'occasione di un minimo di ripresa di rapporti, che pure rimangono molto conflittuali, in quanto il figlio, unico, ha dovuto farsi carico, per legge, della madre incapace di provvedere a se stessa. Riguardo all'uso del telefonino come strumento di contatto tra ospiti e famigliari, cinque di loro hanno detto di farne uso. Secondo la testimonianza dei *caregivers*, due ce l'hanno ma non sanno usarlo o

lo usano male, una addirittura ne è stata privata perché "li buttava via". Queste indicazioni non sembra possano far dire che si tratta di una vera e propria "intimità a distanza" (Cioni, 1999), perché i contenuti delle telefonate sono spesso costituiti da informazioni di *routine*, oppure offrono all'ospite l'occasione per sfogare o scaricare sul parente le proprie lamentele anche oltre il dovuto:

> "Lei ha un cellulare con il quale riceve solo, io adesso la chiamo 1 o 2 volte al giorno, telefonate corte tristi, di rito. Ma come vuoi che vada, lo so già come va, si annoia, si stufa, le manca questa parte di contatto relazionale, quello le manca." (CP, figlio di BM)

Complesse e alquanto problematiche sono le relazioni con le operatrici socio-sanitarie soprattutto nell'opinione dei *caregivers*. Generalmente tra gli ospiti il giudizio che viene dato è positivo (sono gentili, cordiali e premurose). L'esperienza diretta e personale raccolta sul campo conferma questo giudizio. Un ospite dice che sono inesperte e lo stesso ospite, di cui però il figlio nell'intervista che ci ha rilasciato ci ha detto del caratteraccio, ha espresso una lamentela nei confronti di operatrici di colore ("fanno quello che vogliono" AG) anche se ribadisce di non essere razzista. Un altro dice:

> "Non tutti sono bravi. Ce ne sono 2 o 3, perché per fare questo mestiere bisogna avere un po' d'animo verso le persone perché le persone anziane hanno bisogno anche di un sorriso, di una parola, invece di dire "Toh, toh" o buttar lì la roba senza dire niente. Cioè non c'è quell'amore che si pensa di desiderare e di pretendere." (RA, c, m-94)

Lo stesso signore sostiene che, a suo avviso, il personale è sottodimensionato.

Più articolato il giudizio dei *caregivers.* Per molti rimane positivo, ma alcuni sottolineano un livello professionale non specializzato, la mancanza di comunicativa con gli ospiti e i famigliari e soprattutto la mancanza di passione nello svolgere il lavoro di cura:

> "Chi fa un certo lavoro deve sempre tenere in considerazione, ben presente l'aspetto diverso dal fare il proprio dovere, cioè la passione che ci deve mettere, la dedizione che ci deve mettere, la responsabilità che si deve prendere rispetto al rapporto che ha col cittadino, col proprio che in quel momento è sotto di lui [con la persona che in quel momento è oggetto del suo servizio]...! Cioè il fatto di prendere la passione per il proprio lavoro, la dedizione per il proprio lavoro che a Synergy manca. Manca da parte del 90% di chi fa quell'attività." (AM, figlio di AG)

Molto positivo è invece il giudizio dei parenti sulle famiglie *caregiver*, presenti nella struttura. Del marito in particolar essi apprezzano soprattutto la gentilezza, la disponibilità, la prontezza negli interventi, l'abilità nelle manutenzioni ordinarie. Sono pochi invece gli

anziani che ne parlano e solo una signora ne parla non come un semplice assistente efficiente ma lasciando trasparire un giudizio di simpatia e quasi di amicizia; lo descrive come uno sempre pronto a scherzare, che le fa compagnia.

> "Facciamo sempre di quel ridere, fan gli scherzi, si nasconde e poi mi salta fuori." (LI, c, f-83)

Generalmente invece gli altri ospiti tendono a non distinguere i *caregivers* dalle normali operatrici socio-sanitarie.

Significativo il fatto che, pur nell'apprezzamento generale solo un famigliare abbia colto il significato della presenza delle famiglie *caregiver* (presenza, come si vedrà dopo, comunque ridimensionata nel tempo) in relazione all'obiettivo di una assistenza intergenerazionale:

> "È una cosa secondo me positiva per quanto riguarda il fatto di rendere un po' più normale la vita di queste persone anziane, perché se fossero tutte persone anziane sembra quasi... [un ospizio], invece così è una cosa un po' più normale di quello che è la loro vita quotidiana. Questa secondo me è una cosa molto positiva […] rendono, come dicevo prima, la vita quasi normale, rispetto all'RSA che [in cui] vedono solo persone anziane e vedono solo quello." (AA, figlio di SML).

Per quanto riguarda i rapporti con l'esterno per molti ospiti tali rapporti risultano piuttosto scarsi sia per le difficoltà di deambulazione che rendono difficile l'accesso al parco, che pure è molto vicino alla struttura, sia perché, non essendo molti di loro originari di Cardano, non hanno rapporti costruiti in passato da coltivare e continuare.

La signora SM (aa, 69) dice che a volte le capita di uscire per il caffè e per andare al parco ma aggiunge:

> "Vado da me. Qui non si muovono le signore, sono tutte più anziane di me e hanno più difficoltà. Io, pianin pianino, col bastone, vado non sono 'sto granché ma comunque…".

Sempre la signora SM dice di aver a poco a poco interrotto i rapporti con le persone del CRA, il centro di riabilitazione di Rho che prima frequentava. La figlia invece ha tagliato definitivamente i ponti con lei. ("Scena muta. Segue il consiglio dei nonni e di mio marito" [dal quale è divorziata]).

Paradossalmente per la signora SM l'eccesso di assistenza è un limite alla sua autonomia (per questo preferisce il centro che frequentava prima) e infatti conclude:

> "[Questa] è una casa di riposo, non si può paragonare a una comunità che si occupa di persone a volte non normali, che vengono seguite dalla dottoressa […] è per quello che volevo andare ancora da me da sola."

Sembra quasi inesistente per lei la differenza tra un centro come questa residenza ed una normale casa di riposo.

Alla domanda se esce con qualcuno la signora LR risponde:

> "Come faccio? Vado a piedi? Oh, ma da chi? Con chi? Con chi ha 100 anni? Uno ha 102 anni, l'altro 100, l'altro 95 e 98…Al parco cosa vado a fare? A vedere le piante? […] la G., la francese, cammina con i trampoli [le stampelle] e io cosa faccio? Vado con una con i trampoli io? Cosa vuole, che a 86 anni mi attacchi a una con i trampoli?"

Detto del fatto con lo scorrere dell'età le uscite al parco si sono diradate, solo la signora PR (c, 91), peraltro di Cardano, dice che riceve molte visite, che la domenica esce per andare alla messa in parrocchia e che c'è una signora che la domenica la viene a prendere, la porta al cimitero e poi a casa sua. Lei dice anche di ricevere tante visite [evidentemente sono compaesani che la conoscono] oltre a quelle dei parenti. Dice inoltre di usare abbastanza di frequente il telefono per mantenere i contatti.

La signora GE (c, 93) dice di ricevere le visite della nuora tutte le settimane e di aver perso contatti con altre amiche anche loro ricoverate in case di riposo. Ha il cellulare ma ha paura di telefonare alle amiche perché teme di sentirsi dire che sono morte.

La signora RL (c, 91) nota tristemente che:

> "Tante amiche sono morte, ad aprile è morto mio fratello, voglio dire che dell'età mia son rimasti in pochi, poi non lo so il perché, io non sono andata più in paese…".

Analisi delle risposte: una rete di rapporti faticosa e solo in qualche caso significativa

Un punto meritevole di attenta riflessione sembra quello della socializzazione tra gli ospiti. L'esame delle interviste degli anziani (un po' meno quelle dei *caregivers*) rivela un quadro dove le criticità sembrano prevalere sugli aspetti positivi (a differenza di quanto sembra emergere nell'indagine di AL dove si denota un quadro relazionale "decisamente positivo": Giunco, cit.: 86). Da una parte i rapporti sono in gran parte di rispetto e correttezza formale ma, salvo casi rari, non sembrano nascere amicizie intense e durature. Frequente è l'idea che l'altro/a ospite sia "quello/a là", con una sorta di ultima estraneità. Ove la convivenza si fa più stringente, come nei *cantou*, emergono più frequenti episodi di insofferenza su aspetti anche banali (uso del bagno, televisione ecc.). E' una convivenza che per buona parte dei casi, anche negli alloggi-autonomia pare forzata e obbligata, non

certamente scelta (scelta semmai è la decisione di voler stare da soli). Due sole sono le amicizie profonde che sembrano essere nate nella residenza. Un ospite solo parla della necessità di avere "spirito di adattamento", ma è oggettivamente difficile pensare che tale spirito possa essere presente in persone in queste condizioni.

Queste osservazioni trovano conferma in molte ricerche sull'argomento. Secondo tali ricerche le persone in età avanzata "selezionano" i rapporti (la "selettività emotiva": Carstensen, 1992)**,** tendono a ridurre la quantità dei contatti a vantaggio delle relazioni più significative, per cui il loro interesse si sposta dal numero delle relazioni alla qualità delle stesse e questa qualità, in una residenza dove la convivenza è in qualche modo forzata e le condizioni fisico-cognitive tra gli ospiti sono diverse, non è facilmente conseguibile. I rapporti intimi e profondi che possono nascere nella residenza sono quindi veramente pochi (Cavallero et al., cit.). Si cerca, per evitare *stress* emotivi, di puntare sull'approfondimento dei rapporti consolidati, che sono in gran parte quelli famigliari. Quando questi rapporti cercati e voluti vengono meno o si riducono (ad esempio quando le visite dei parenti diminuiscono) è maggiore la percezione della solitudine (Pinquart & Sörensen, 2000; Dykstra et al., 2005) e questo aumenta la percezione di un malessere che può favorire il sopraggiungere di malattie e depressione (Cacioppo et al., 2010). Ciò è risultato ancor più evidente proprio in occasione del *lockdown* a seguito della pandemia Covid 19 che ha comportato l'interruzione piuttosto prolungata dei rapporti con i famigliari. L'esito, segnalato dai *caregivers*, è stato una ricaduta negativa sullo stato umorale degli ospiti, ne ha accentuato il senso di passività e di abbandono degli impegni e di perdita di progettualità. È accertato in letteratura il legame tra la percezione della solitudine e il senso di malessere e insoddisfazione per la propria vita (Pinquart, cit.; Jones et al. 2003); le relazioni sociali positive sono uno dei fattori determinanti per la qualità della vita ed il benessere soggettivo (tra gli altri Maslow, 1954; Holmen & Furukawa, 2002; Fiori et al. 2008; Hazer & Boylu, 2010; Fiori & Jager, 2012). Questo vale non solo per le relazioni col mondo esterno alla residenza ma ancor di più all'interno dove l'individuo più fragile può risentire maggiormente dell'inadeguatezza dei rapporti percepiti (Gava et al., 2014; Drageset et al., cit). Anche all'interno delle strutture la rete famigliare è una delle risorse più importanti, è il punto di riferimento fondamentale, a conferma dell'importanza che l'anziano attribuisce ai legami intimi, consolidati nel tempo, come sono appunto quelli famigliari. Questo spiega anche la difficoltà per gli anziani ad allacciare rapporti nuovi con persone prima sconosciute, rapporti che vadano oltre la semplice accettazione della convivenza ravvicinata per giungere ad un livello più profondo di interazione. Infatti all'interno sembrano nascere a fatica amicizie nuove, ma quelle poche che nascono (lo si vede in due casi) sono più stringenti ed esclusive. In questa decisione di accettare le amicizie nuove è comunque ancora determinante il ruolo attivo dell'anziano (Pinquart & Sörensen, 2000), mentre all'interno della residenza coloro che hanno e percepiscono una

rete sociale meno adeguata sono anche coloro che usano meno strategie di *coping* basate sul sostegno sociale (Gava et al., cit.).

Anche se emerso in una sola intervista, un problema grave e, ad avviso dello scrivente, non adeguatamente valutato e studiato è quello costituito dalla convivenza tra persone con gradi di disabilità e fragilità diversa. Già si è accennato al problema dal punto di vista dell'intensità assistenziale qui si valuta dal punto di vista relazionale: chi si trova in condizioni di autonomia guarda con sospetto chi è in situazioni di deficit fisico-cognitivo e sicuramente non ne cerca il contatto ("Come si fa ad andare con quella là: cammina con i trespoli, non si ricorda nulla, è svanita"). È da approfondire quanto incida sul progredire della fragilità o dei deficit cognitivo-funzionale la convivenza all'interno della stessa struttura tra persone con problematicità e gradi di deficit differenti. Dal punto di vista psicologico è da segnalare il fatto che questo tipo di contatto sia rifiutato anche perché ha l'effetto di indurre le persone ancora autonome a pensare a come diventeranno loro nel futuro, è il "ritratto" di come si diventerà negli anni successivi (ne parla esplicitamente un'ospite). Avere davanti a sé, quotidianamente, questi esempi può causare, in persone di 60-70 anni che pensano di avere ancora un futuro in buona salute e lo affrontano con una certa progettualità positiva, una dismissione di interessi e di impegno e un ripiegamento verso la passività, che finisce per accelerare il decorso della fragilità. Si tratta, in tal caso, di una sorta di intergenerazionalità dagli effetti negativi, piuttosto che positivi. Inoltre mentre persone con caratteristiche simili tendono a promuovere un ambiente armonioso, è probabile che persone con caratteristiche differenti possano introdurre nella convivenza elementi di tensione che, nelle persone anziane, sono causa di ulteriore *stress* (Thompson & Swisher, 1983).

I contatti con i famigliari dopo l'ingresso nella residenza sono quantitativmente adeguati ; hanno una certa intensità settimanale in circa la metà dei casi (qualcuno parla di visite giornaliere), in altri sono più radi. In qualche caso del tutto assenti (4 ospiti degli alloggi autonomia sembrano parlare di abbandono vero e proprio). Sembra nel complesso confermato comunque che quello dell'abbandono dei parenti nelle case di cura sia un "mito" da sfatare (Gaugler, 2005). Per valutare questo dato pienamente bisogna tener conto probabilmente del fatto che il bacino di provenienza degli ospiti è molto ampio e che per alcuni parenti visite più frequenti siano difficili anche dal punto di vista logistico[168]. In qualche caso gli intervistati stessi scusano la latitanza dei famigliari con il lavoro o le necessità economiche (il figlio abita lontano, ha molte preoccupazioni, è via per lavoro ecc..); non si sa fino a che punto si tratti di motivazioni veritiere o se sono modi in cui l'anziano "copre" il comportamento dei figli. I casi di assenza totale sembrano comunque il

[168] Nell'indagine AL si sottolinea invece la vicinanza delle strutture alle dimore abituali degli ospiti (Giunco, cit.: 86)

frutto di rapporti conflittuali tesi già da prima del ricovero. Ancora sottoutilizzato, stando alle interviste, sembra il telefonino (una persona lamenta come esempio di volontà di interrompere i rapporti proprio il fatto che le sia stato sottratto dal parente il telefonino). In ogni caso si può leggere tra le righe di molte interviste il desiderio che questi contatti con i famigliari siano più intensi. Tutto questo conferma quanto emerge in letteratura circa l'importanza del rapporto parentale per gli anziani e la necessità che esso continui anche all'interno della residenze in quanto il legame famigliare è quello che più resiste e si approfondisce con il progredire dell'età (Gava, cit; Charles & Carstensen, 2009) e rimane l'unico rapporto che lega le persona anziana in istituto alla sua vita precedente.

Non adeguato e poco volto alla collaborazione sembra il rapporto tra famigliari e operatori della struttura. Un più intenso rapporto, oltre a favorire una maggiore condivisione degli obiettivi della struttura, può avere ricadute positive anche nell'assistenza agli ospiti (Karner et al. 1998; Kemp, 2009; Bottura, 2020).

Analisi delle risposte: intergenerazionalità, un sogno non pienamente decollato

Il tema dell'intergenerazionalità dentro Synergy sembra un sogno non decollato. Tale tema doveva costituire inizialmente uno dei punti di forza del progetto: inserire nella struttura, accanto agli anziani, famiglie più giovani che fungessero da *caregivers* e da accompagnamento alla vita degli ospiti. Alla realizzazione di questo obiettivo dovevano concorrere anche il fatto che la struttura si trova inserita in un edificio con case ALER ed è collocata in ambito cittadino con possibilità di apertura al territorio. In realtà su questo fronte i risultati al momento non sono pari alle aspettative. Le famiglie *caregiver* nel progetto iniziale dovevano essere cinque e sono al momento solo due, sono riconosciute, e molto apprezzate, come forme di aiuto e sostegno ma non se ne coglie appieno il valore sul piano relazionale e del significato complessivo nella vita nella residenza. Il motivo di questa insufficiente valorizzazione è spiegato da Predazzi (si veda più avanti) col fatto che nel tempo la struttura ha cambiato la sua caratteristica di fondo tendendo ad assumere sempre di più la fisionomia di una struttura sanitaria comportando un riassestamento del personale in servizio, con l'aumento di operatori sanitari e la diminuzione dei *caregivers* che fornivano prestazioni più socio-assistenziali. Questa è sicuramente una ragione più che plausibile ed attiene alle problematiche economico-gestionali su cui si ritornerà più avanti. Ad avviso dello scrivente però tra le cause va annoverata anche la scarsa comunicazione e condivisione di obiettivi tra la struttura e i famigliari. Dalle interviste emerge come non sia sempre chiara a questi ultimi la caratteristica costitutiva di Synergy, la sua *mission,* i suoi obiettivi di fondo: pochi famigliari distinguono questa struttura da una RSA, oppure ne colgono la differenza rispetto alla sistemazione logistica (alloggi singoli invece di camerette ospedaliere e stanzoni) ma non nei valori di fondo. Pochi sembrano aver recepito che si tratta non di una struttura sanitaria ma di una struttura abitativa per la vita indipendente e

assistita. Occorre che la *mission* di Synergy sia maggiormente condivisa con gli ospiti e i famigliari, mediante uno sforzo comunicativo più intenso e mirato (ad esempio nel momento dell'accoglienza).

Lo stesso discorso vale per le famiglie ospitate nelle case ALER, la cui presenza non è mai ricordata nelle varie testimonianze (se non in un caso). Quasi inesistente infine il rapporto degli ospiti con la vita cittadina e con la sua rete di rapporti. Si parla di uscite al parco ma non di relazioni con le persone o di partecipazione ad attività (in parrocchia, ad iniziative comunali, ad attività di associazioni ecc.). Qualche *caregiver* apprezza il fatto che, logisticamente, vi sia all'interno della struttura il passaggio per il parco cittadino e che grazie a questo gli ospiti possono vedere i bambini che giocano, ma il rapporto finisce qui. Le uniche due ospiti che hanno conservato rapporti con la vita cittadina, almeno fino a prima del *lockdown* (andavano a messa, al mercato, al cimitero, erano ospitate da qualche famiglia), sono persone originarie di Cardano al Campo e che quindi mantengono i rapporti che avevano costruito prima della transizione nella residenza. Gli altri che provengono da altri paesi hanno progressivamente perso i rapporti originari e non ne hanno costruiti di nuovi.

Analisi delle risposte: la qualità delle relazioni di care

Da quanto detto e dalle varie testimonianze raccolte emerge come, al di là dell'aspetto meramente prestazionale, su cui si ritornerà più avanti, debba essere molto più qualificato in Synergy l'aspetto relazionale dell'assistenza, basato sulla valorizzazione della persona dell'anziano, la comunicazione, l'ascolto, l'empatia. Le azioni di care con gli anziani, sia quelli non autosufficienti che quelli con limitazioni di grado minore, sono sempre mediate dalla qualità del rapporto tra chi accudisce e chi è accudito, e da questa traggono la loro efficacia (Ploton, 2003; Censi, 2008; Cavallari, 2018). Nella relazione con l'anziano si deve partire dall'accettazione della sua persona fragile e dalla valorizzazione delle sue capacità anche quando limitate (l'intervento infatti oltre ad offrire cure ed accudimento, deve mirare all'*empowerment* della persona). Tutto questo richiede però rispetto, capacità di entrare in relazione, di provare e manifestare affetto, in modo che la persona si senta accolta e non perda autostima, tempo dedicato con continuità. E l'attivazione di questi processi non dipende tanto dalle "carte dei servizi" (che pure in una struttura non devono mancare) né da protocolli tecnici più o meno standardizzati, né tantomeno da direttive organizzative quasi sempre di tipo efficientistico; attengono invece alla volontà del singolo operatore, alla sua voglia di mettersi in gioco nel rapporto con l'anziano e di accettare di compiere un cammino di vita insieme a lui. Nella condivisione del rapporto anche l'operatore deve ricercare e sperimentare un piacere e un benessere personale. Numerosi studi mettono in evidenza come una relazione più intensa, aperta e collaborativa tra operatori, *caregivers* famigliari e ospiti vada a vantaggio di tutti gli attori in gioco (Karner at

al. 1998; Kemp, 2009; Ball et al. 2005; Gaugler, 2005). È vero che tali studi si riferiscono in modo particolare alla realtà delle *nursing homes* e che nel caso della residenze di vita indipendente e di vita assistita il bisogno di intensità relazionale sia minore (Hawes et al. 1999), ma nonostante ciò alcune acquisizioni di tali ricerche possono essere estese anche a questo tipo di strutture più leggere. D'altro canto l'esperienza di Synergy è "ibrida", si situa in un raggio di azione che va dalla vita autonoma a forme di bisogno assistenziale più intense e questo rende plausibile il confronto.

E' importante che nella conduzione della struttura vi sia anche la preoccupazione per chi vi opera, che possa cioè operare nelle condizioni migliori, sia sul piano occupazionale e della remunerazione economica che su quello della valorizzazione delle sue risorse; logiche basate sul risparmio, sul contenimento dei costi a danno dei lavoratori, come sempre più spesso sta avvenendo in generale nelle RSA non vanno in questa direzione, introducono elementi di tensione, criticità che si ripercuotono poi inevitabilmente nelle relazioni di cura (Kitwood & Bredin, cit). È un segnale chiaro che mandano a Synergy quegli interventi che chiedono pertanto maggiore cura nei rapporti, maggiore disponibilità all'ascolto, più "passione" da parte del personale oppure quelli che segnalano un frequente *turn over* degli operatori.

5.4.8 - Una casa dove progettare ancora la vita o un posto dove si aspetta di morire ?

L'ultima tranche delle interviste mirava a conoscere qual è il sentimento degli ospiti e dei *caregivers* verso questa residenza in relazione all'idea di "casa" o, meglio, di domicilio. Se cioè arrivano a considerarla come una casa loro (paragonabile in qualche modo a quella che hanno lasciato), oppure se la ritengono un luogo comunque "di passaggio" verso altri approdi che possono essere il ritorno a casa oppure, ben più drammaticamente, la RSA o la morte. Da questo punto di vista anche l'aspetto semantico assume un certo interesse. Usare la parola "casa", piuttosto che la parola "posto" o "luogo" dice molto. La "casa" non è solo uno spazio fisico, è uno "spazio della mente" (Cooper, 2010), qualcosa di stabile, costruito nel tempo, che ha a che fare con il benessere, l'appartenenza, la coerenza (Gilleard, 2007; Sixsmith & Sixsmith, 2008); il "posto" invece indica qualcosa di passaggio, che non è vissuto come proprio, non è stato investito delle cura della persona ma è qualcosa di anonimo, uguale anche per altri, il non-luogo di cui parla Augé (1992). A questo proposito Predazzi (2013) usa la parola *habitat*. Questo tema si salda inevitabilmente con quello di come le persone affrontano l'ultima fase della vita, se per loro è ancora piena di progettualità, se cioè vivono ancora in una dimensione di apertura al futuro, o se invece dal futuro non si aspettano più nulla ed attendono ormai passivamente il sopraggiungere della fine. È stato di proposito omesso di rivolgere domande su questo tema ai *caregivers,* essendo questa una problematica che riguarda proprio il vissuto profondo degli anziani.

Il primo livello è comunque accertare se nella mente degli anziani questa di Synergy è l'ultima o se rimangono aperte altre possibilità. A volte la risposta a questa domanda è già scritta in quanto esistono necessità ineluttabili a cui l'ospite non può far fronte.

> "Non saprei; a volte mi arrabbio con i miei figli per determinate disorganizzazioni, però dire che vado via di qui? In un altro posto? È sempre la stessa storia, per cui il mio destino sarà di morire in uno di questi ambienti, purtroppo!"(AG, aa, m-80)

> "Rimarrò qui per sempre, perché non sono capace di fare le carte [i documenti], di muovermi: se voglio uscire di qui per andare a pagare l'affitto non son capace, cosa devo dirgli? Rimarrò fino alla fine dei miei giorni. Sì, mi sento a casa, mi sono abituata bene […] Questo mi sembra un albergo rispetto alle case di riposo che mi immagino quando avrò novant'anni." (PG, aa, f-69)

Qui la parola albergo non è da intendersi come un luogo di passaggio ma come sinonimo di comodità, di sentirsi bene, serviti e a proprio agio.

> "Io spero per sempre, se mi lasciano l'appartamento spero per sempre, anche perché ho venduto la mia casa. Ho fatto fatica per due anni però l'ho venduta, calando un po' il prezzo sono riuscita a venderla. Qua mi sento bene, perché mi sento un po' a casa. Mi sono organizzata e …mi sento a casa. Ho il mio appartamento e mi sento a casa." (CL, aa, f-67)

Qui il sentirsi a casa è affiancato all'idea di una qualche proprietà (il "mio appartamento") ma anche al fatto che si è dedicato ad essa del lavoro ("mi sono organizzata") e questo la fa sentire sua.

> "Tornerei a casa, se potessi. Qui mi trovo bene e credo che forse ci siano pochi posti dove le persone sono trattate così, insomma c'è una certa elasticità, però son sempre estranei per quanto siano affettuosi." (MR, aa, f-95)

Per queste ospiti degli appartamenti autonomia è chiara la differenza tra questa residenza e altre "case di riposo", e questo non mancano di rilevarlo positivamente. Rimane naturalmente un senso ultimo (ineliminabile?) di estraneità.

La consapevolezza che questa sia la loro ultima dimora prima della morte emerge comunque, come visto, in più di una testimonianza.

La signora LR (aa, 86) manifesta una notevole nostalgia della casa, nella quale ora vive il figlio, e si è fatta portare nell'alloggio il gatto e alcuni suoi mobili vecchi ma questo ha peggiorato la situazione aumentando il rimpianto per la propria precedente dimora, in quanto il figlio è stato piuttosto frettoloso e maldestro nel trasloco ed i mobili sono stati in parte rovinati:

> “Mio figlio ha disfatto fuori tutto del vecchio appartamento, poi ha raccolto due-tre pezzi e li ha portati qui. Non mi ha accontentato, trema tutto…il tavolo si stacca.”

Ormai la signora non ha più speranze di uscire da questa ultima residenza:

> “La vecchiaia è grigia […] hanno tutti problemi, patologie, vecchiaia, sovraccarico, stanno aspettando di invecchiare e arrivare al termine e poi si parte per il viaggio senza ritorno. L’anticamera, cioè il cimitero, è qui. E non si scappa, perché quando si è vecchi, sì…Adesso non mi vien voglia più [di andarmene].”

La signora MR (aa, 95) è lapidaria:

> “Andrò fuori con la cassa da morto.”

> “Rimango qui fino a che crepo. Case non ne ho più […] Non ho più un posto dove andare. Andare da un’altra parte ho sempre paura che sia peggio che questo. […] Qui non mi sento per niente a casa […] A casa mia stavo meglio. Non vuol mica paragonare la casa a un <u>posto</u> così? Qui non è casa tua. Devi fare quello che dicono loro […] Com’è che si può sentire a casa uno in un <u>posto</u> del genere? Non è che sia brutto, però non è più casa tua. Casa tua è casa tua. Apri e vai […] Mi piacerebbe la libertà.” (CS, c, f-80)

> “Non so quanto rimarrò qui e neanche faccio programmi. Io adesso ho riacquistato tanto, perché anche stare in compagnia è diverso. Invece a casa, anche se fossi stata a casa coi miei figli, a casa di uno, loro di giorno erano via, arrivavano alla sera e io cosa stavo a fare là da sola? È stato bene così e basta. In questo momento non mi piacerebbe andare da un’altra parte. Io mi sento a <u>casa</u>”. (CS, c)

> “Io vorrei andare a casa oggi, vorrei andare a casa mia. È un paradiso terrestre. Qui non mi sento a casa, rispetto a casa mia va malissimo perché è monotono, facciamo ore senza rivolgerci la parola.” (BP, c, f-95)

> “La porta qui viene chiusa. Loro hanno le chiavi. Mi sento protetta, ma è tutta una condizione diversa che a casa…”(GE, c, f-93)

> “Penso di rimanere qui sempre. Io ho la nostalgia del mio appartamento… quando ci penso mi viene nostalgia, ma però dico: “È impossibile che io possa tornare” Mi manca tutto. …avevo un’ambizione sola: era la mia casa. Qui mi sento a <u>casa</u>, qui sono curata, assistita, anche di notte quando ho bisogno mi basta suonare il campanello … mi sento più assistita, più protetta.” (RC, c, f-96)

Sembra accennare al fatto che i figli le propongano di tornare a casa (“Mamma, non ti sei ancora stancata?”) e lei rifiuti per non gravare su di loro:

> "No, perché se andassi da loro, sarei un po', condizionata, perché loro hanno i nipoti e tutto…La mia libertà qui ce l'ho."

In tutte queste ultime testimonianze la parola casa, che pure viene usata, è però associata all'idea di sicurezza e protezione, non è quindi se non in questo unico significato che può essere associata alla casa in cui si era vissuti in precedenza (che era soprattutto il luogo dei ricordi di una vita, dei valori su cui si è costruita, dei rapporti con i propri cari, della stabilità, un luogo fortemente simbolico).

> "Rimango qui fin quand a campu [fino a quando campo]. Sto bene qua. Perché devo andare da un'altra parte? Ormai ho fatto casa mia, è <u>casa</u> <u>mia</u>. Nella vita bisogna sapere anche comandarsi e, nello stesso tempo, saper vivere in compagnia, perché se no te fe nagot [non combini nulla]. Se fai il gradasso non starai mai bene" (CE, c, m-85)

Sentimenti un po' contraddittori sono espressi dalla signora LI (c, 83); dice infatti:

> "Certe volte mi viene la malinconia, sono stufa. Glielo dico sempre anche a loro: -Come c'ho voglia di andare a casa e non star più qui-",

ma più avanti aggiunge:

> "Mi sento abbastanza a casa … Qui si respira [lo dice in confronto alla RSA dove stava prima], mi sento protetta. Se abbiamo bisogno schiacciamo questo campanello e qualcuno viene. Qui è un po' familiare."

D'altra parte a casa non può tornare:

> "Non posso andar via. Tanto mio figlio mi ha svuotato la casa".

La signora PR (c, 91) identifica la permanenza nella residenza con la restante parte della vita:

> "[Quanto rimango qui?] Bella domanda! Bisogna chiedere al Padreterno! Io a casa andrei subito adesso, a piedi, son qua vicino, ma purtroppo so che non posso andare, e allora devo mettere il cuore in pace e stare qua […] Sentirmi a casa no, casa nostra e poi più. A casa si fa quello che si vuole […] sento la nostalgia di casa."

Importante, a conclusione delle interviste, è stato accertare quanto sia ancora viva negli anziani, se lo è, una progettualità rispetto alla vita, se cioè guardano ancora con una certa apertura al loro futuro, se pensano, per loro, a un domani in cui hanno ancora degli obiettivi da conseguire; fino a che punto cioè, per riprendere l'espressione già molte volte utilizzata, si realizza in loro un "invecchiamento attivo". Naturalmente la questione ha una

caratura diversa a seconda dell'età degli intervistati. È ancora relativamente semplice usare questa espressione in relazione a 65enni-70enni; quasi impossibile procedendo in là con gli anni.

Tra i noventenni presenti nella residenza sono da segnalare due testimonianze interessanti.

La prima è quella della madre di un *caregiver*, la signora BM, novantunenne, pittrice e con un passato di grande impegno in campo artistico (è ancora in corso una sua mostra a Lucerna), ora ipovedente. Di lei dice il figlio:

> "Lei ha fatto arte per tutta la vita e adesso c'è la sua personale a Lucerna, alla galleria ... che dura sei mesi e siamo riusciti proprio prima del lockdown a portarla e la sera che siamo tornati, il giorno dopo hanno blindato tutto. E' stata anche fortunata perché ha coronato il suo sogno di una vita. […] onestamente, non parlo di come passa la giornata, perché quando parlo con lei si parla dei suoi progetti, delle sue cose, che sono le cose che concettualmente la tengono viva di testa". (CP, figlio di BM)

L'altra testimonianza è quella di CE (c,m-85), che sembra ormai accettare serenamente, quasi pacificato, la propria condizione di "vecchio", che fa il bilancio dlela sua vita, quasi la perfetta incarnazione dell'integrazione di cui parla Erikson (cit.):

> "Ho fatto il ragazzo, ho fatto il giovanotto, ho fatto la morosa, mi sono sposato, ho fatto i figli, li ho tirati grandi e adesso son qui a vecchiaia e mi devo comportare come un vecchio."

Interessante infine ricordare l'impegno della signora CS che, pur ottantenne, dedica tempo ed energie ad aiutare nella residenza, soprattutto cercando di far andare d'accordo tra di loro gli altri ospiti. Sono tre esempi di persone che affrontano in modo positivo la loro vita nella residenza.

Analisi delle risposte: assistiti per vivere?

Il tema della domiciliarità, dell'*habitat* dell'anziano è estremamente importante. Vivere in un luogo che si riconosce come la propria casa, in cui ci si identifica, aiuta a sentirsi ancora vivo, protagonista della propria vita e ad affrontare la morte imminente con la consapevolezza di aver vissuto una vita dignitosa, di aver costruito qualcosa di significativo che perdura nel tempo (Gilleard, cit.). Inoltre permette di coltivare ancora qualche progetto per il futuro, di sentire di avere ancora un luogo proprio su questa terra. Vivere invece in un posto dove ci si sente estranei, un luogo di passaggio, dove si è come depositati in attesa di un ultimo trasferimento, di un improbabile ritorno a casa o, ahimè,

della morte (“come un pacco postale”, dicevano in una loro bellissima canzone Lucio Dalla e Francesco De Gregori) fa perdere definitivamente la propria dignità.

Indagare su questo è compito ineludibile ma assai arduo per l’intervistatore, in quanto le risposte attingono ad un livello del tutto personale che si riferisce al vissuto dell’intervistato, ai valori ed ideali su ha costruito la sua vita, e pertanto non è generalizzabile. Le parole stesse usate nelle risposte (“casa, piuttosto che “albergo”, “luogo” o “posto”) vanno decodificate nel loro significato connotativo che spesso attinge a valori e criteri di giudizio personali (Cardano, cit.). Ad esempio una persona può usare la parola albergo con un significato positivo, come luogo dove si vive nelle comodità e si è serviti, un’altra invece può attribuire a questa parola un significato negativo, come un semplice luogo di passaggio. Inoltre dietro a queste risposte si cela il livello del senso che le persone attribuiscono alla loro vita: come gli anziani hanno concepito e vissuto il loro percorso terreno, cosa pensano dell’ “oltre”, che significato danno al morire, se rappresenta per loro la fine di tutto o se è l’apertura verso un oltre in cui credono. Questi aspetti influiscono molto su come viene affrontato l’avvicinarsi della morte. Si tratta di questioni che esulano dall’ambito della presente ricerca ma ne costituiscono comunque l’orizzonte di fondo da tener presente.

Detto questo, tentando una sintesi, si nota come sia presente in molte risposte, un giudizio positivo sulla struttura e sulla vita in residenza. Molti dicono di “sentirsi bene” qui; alcuni con molta lucidità riconoscono la differenza qualitativa tra questa residenza e le altre RSA a tutto vantaggio di questa e per tale ragione viene da loro usata la parola “casa”: è il luogo in cui stanno bene, si sentono protetti e sicuri. Addirittura viene usata la parola albergo nel senso sopradetto (“qui è un’altra cosa”; è “come un albergo”). Qualcuno arriva ad utilizzare l’aggettivo possessivo in senso rafforzativo (“mio appartamento”). A fare da contraltare a questo sono le dichiarazioni di altri ospiti (ad esempio quattro ospiti del *cantou* e tre degli alloggi autonomia) che hanno invece detto esplicitamente di non sentirsi a casa, di non trovarsi a loro agio. Tre ospiti hanno detto di “sentirsi protetti” ma che comunque la casa era meglio. Trattandosi di ospiti dei *cantou* è probabile che il loro giudizio negativo sia da associare al fatto che qui per loro la vita è meno indipendente e quindi la parola “casa” sia da associare alla vita totalmente indipendente, nella quale facevano quello che volevano, cosa qui non più possibile. Alcuni infine si rassegnano a considerare questa come “casa”, e lo fanno per rassegnazione in quanto non hanno alternative, non hanno un altro “posto” dove andare o un trasferimento risulta ormai impraticabile.

Solo in un caso infine è stato raccontato il tentativo (tra l’altro realizzato in modo maldestro dal figlio) di personalizzare l’alloggio portandovi il gatto e i mobili del

precedente domicilio. In questo caso la parola, "casa" indica il luogo della propria memoria, dei ricordi di una vita a cui si vuole in qualche modo rimanere attaccati.

L'ultima nostalgia per il proprio domicilio di una vita, che si intravvede in molte risposte, in realtà è da intendersi come nostalgia dell'età della vita ormai conclusa, è nostalgia del passato, della giovinezza, una nostalgia ultimamente ineliminabile perché costituta dagli stati d'animo profondi della persona. La nostalgia per la propria casa (alimentata anche dal fatto che nel nostro Paese prevale una sostanziale stanzialità abitativa durante il corso della vita e molti vivono in case di proprietà costruite a seguito di grandi sacrifici è associata nel loro pensiero ad una fase della vita in cui erano ancora protagonisti e non soggetti passivi. Questa nostalgia ultima è quasi inestirpabile dal cuore delle persone, anche all'interno delle strutture residenziali più efficienti, e c'è da chiedersi se sia giusto estirparla, cosa che vorrebbe dire privare gli anziani delle loro memorie (Mattei, cit.).

È comunque evidente per tutti che questa è l'ultima dimora in cui dovranno vivere per il resto della loro vita. Alcuni per necessità (l'hanno detto in 5) non avendo altri luoghi dove andare o perché qui è il male minore rispetto ad altre strutture, altri perché consapevoli delle loro irreversibili condizioni di salute. Un'intervistata accenna alla possibilità, quando le sue condizioni peggioreranno, di finire in una RSA. Con molta franchezza infine c'è chi ha parlato di "anticamera" per il cimitero, di partenza per il "viaggio senza ritorno", di pensare di uscire da qui solo nella "cassa da morto". Un affronto "attivo" e progettuale dell'ultima fase della vita è testimoniata solo da pochissimi intervistati.

5.4.9 - La retta

Riguardo al pagamento delle rette si è voluto accertare, chiedendolo ai *caregivers* innanzitutto, se esse gravano sul loro bilancio famigliare o sono interamente coperte dall'anziano con le sue risorse economiche. Sette *caregivers* hanno risposto che la retta è interamente pagata dagli anziani e tre al 50%[169]. Va ricordato che il pagamento della retta con la proprie risorse per alcuni ospiti è motivo di vanto, orgoglio o soddisfazione, un modo forse per dare a posteriori un senso di utilità alla propria vita. Un *caregiver* ha sottolineato che comunque le rette continuano ad aumentare, un altro che trova il rapporto qualità del servizio/costo della retta equo (lo considera uno dei punti di forza della struttura) ma che sarebbe disposto a pagare di più in cambio di maggiori servizi. La Direttrice nel colloquio che ha chiuso le interviste, pur non addentrandosi negli aspetti finanziari della gestione della struttura, ha comunque confermato che, a una sua valutazione, le entrate dovute alle rette non coprono interamente i costi di gestione della stessa. Va detto infine che Synergy non gode per sua scelta (si veda più avanti l'intervista a

[169] Il costo medio della retta a Synergy è di 77 Euro per la camera singola e di 70,5 per la doppia (dal sito. https://www.fondazioneilmelo.it/synergy/rette/) a cui si possono aggiungono i costi dei servizi aggiuntivi contrattualizzabili.

Predazzi) di accreditamento regionale e quindi dei relativi vantaggi economici che questo comporta.

5.4.10 - Punti di forza e criticità nel giudizio dei *caregivers*

In sintesi, nelle testimonianze dei *caregivers* (confermate anche in molte interviste degli anziani) i punti di forza sono risultati essere i seguenti:

1-garantisce sicurezza e protezione 24 h/24. Questo dà tranquillità non solo agli anziani ma agli stessi *caregivers* e alle loro famiglie;

> "Infatti da quando è andata lì la mamma è un po' rinata. E' più tranquilla." (AA, figlio di SML).

> "Per me, cioè è stata una fortuna, perché lei chiude la sua porta d'ingresso, è casa sua, fa quello che vuole, vabbè adesso non fa niente perché non può uscire assolutamente e non possiamo andare neanche noi. Lei ha capito che è indipendente, perché è casa sua, l'unico vantaggio è che non deve cucinare, così non mi preoccupo neanche del gas, gli ho montato tutto anche la cucina, comunque: salotto, lavandini, eccetera, bagno, doccia". (GS, figlio di LR)

2- favorisce l'autonomia degli anziani (almeno quelli ancora autosufficienti o con minime limitazioni funzionali), perché l'anziano ha i suoi spazi e gli orari sono flessili; abbina quindi autonomia e protezione;

3- non è paragonabile a una RSA:

> "Il servizio è diviso in questo modo, non ti dà nemmeno l'idea di vederli tutti lì con le carrozzine, sì, in un salone [si riferisce alle RSA] Il fatto che vanno a mangiare da un'altra parte, sono lì loro quattro, si conoscono […] trovandosi in questo modo mi dà più l'idea di essere a casa e non ti dà proprio l'idea di un ricovero. In passato sono andata a vedere l'RSA Bellora [è una RSA di Gallarate] e sono scappata, poi ero entrata a Il Melo e non mi piaceva. Sono stata al Faggio Rosso [è una RSA di Casorate Sempione]: è molto cara e nello stesso tempo brutta per quello che mi facevano pagare e, comunque, erano tutti in salone insieme in quel modo lì." (SR, figlia di DPB)

> "Per le persone che sono ancora abbastanza in gamba, più che l'RSA che magari ti offre tante cose in più per l'amor di Dio, questo (nelle strutture come Synergy) è tra virgolette un vivere quotidiano quasi normale, perché hai il tuo appartamento, non è come.... E la tua vita, hai la tua privacy volendo, continua (intende la vita).
> (La mamma) si è ambientata benissimo, no, veramente, io e mio fratello eravamo un po' titubanti della decisione della mamma, poi invece ci siamo ricreduti.

Assolutamente! […] I punti forti sono che rendono, come dicevo prima, la vita quasi normale, rispetto all'RSA che vedono solo persone anziane e che vedono solo quello. Ma per le persone che hanno la autosufficienza (come la madre dell'intervistato), hanno anche la possibilità di uscire senza problemi, per cui, questa è una cosa positiva." (AA, figlio di SML).

"Poi che non ci sono gli assembramenti, un unico salone con dentro 20 o 30 persone. Ho presente, dove c'era questa mia parente.., è un po' deprimente. Quando vado a trovare mia suocera (a Synergy) è come se andassi a trovare lei quasi a casa sua, invece se si va al Melo, la merenda la fanno in 25 in un unico salone e quella sulla carozzina, quella che non pùò... Uno che sta ancora bene vede la differenza e pensa: -Forse io domani mi concio così-; Infatti io ho visto mia suocera molto contenta quando ha cambiato l'ambiente dall'Hotel A a lì. La era con gente con cui non riusciva a rapportarsi, lì invece facevano le partite a carte. (MA, nuora di GE)

In questo giudizio circa la non equiparabilità della residenza Paolo VI a una RSA rientra anche, ma è stato colto da un solo intervistato, la presenza significativa delle famiglie caregiver

"[La presenza di queste famiglie] è una cosa secondo me positiva per quanto riguarda il fatto di rendere un po' più normale la vita di queste persone anziane, perché se fossero tutte persone anziane sembra quasi... (un ospizio), invece così è una cosa un po' più normale di quello che è la loro vita quotidiana. Questa secondo me è una cosa molto positiva!." (AA, figlio di SML)

4-non è isolata dal mondo, ma inserita nel contesto cittadino

"Solo rimanere affacciato alla finestra vedevi un bel paesaggio, oppure loro hanno il balcone che dà sul parco e anche stare lì a guardare l'andirivieni delle persone è un vedere della vita al difuori di quello [cioè della residenza]. Proprio non ti dà l'idea di essere in un posto che non vedi più nessuno! Hai la possibilità di vedere anche le altre persone nella vita normale." (SR, figlia di DPB)

"è proprio in piazza, in piazza a Cardano. Di fronte alla chiesa e di fronte al Comune. Più centro di così! In centro". (GS figlio di LR)

5-ha un buon rapporto qualità/prezzo.

6-gli spazi sono dignitosi, accessibili, generalmente puliti e ben tenuti.

I punti di criticità sono:

1-lo scarso coinvolgimento degli anziani: ci sono poche attività di intrattenimento e socializzazione (nei primi anni erano di più); mancano in particolare attività che stimolino l'esercizio fisico (ginnastica dolce; uscite al parco);

2-una insufficiente comunicazione con le famiglie e con i *caregivers* (soprattutto riguardo all'assistenza medica e alla gestione della parte farmacologica);

3-lo scarso coinvolgimento del personale sul piano relazionale ed affettivo;

4-Una certa disorganizzazione (attribuita da qualcuno anche al personale dirigenziale poco preparato), ai frequenti *turn over* di personale; qualcuno lamenta anche il venir meno di figure porfessionali all'inizio presenti nella struttura (la psicologa in particolare) oppure la sovrapposizione di funzioni tra medico di struttura e medico di base (tra l'altro non sempre presente);

5-una certa trascuratezza nei particolari e nella pulizia negli spazi di servizio (macchie sui pavimenti, rampe delle scale sporche, ditate sui vetri ecc.);

Un *caregiver*, peraltro molto attento a valorizzare aspetti importanti della struttura, conclude che:

> "c'è molto sulla carta perché poi nell'effettivo noi troviamo pochi riscontri, però ripeto, probabilmente è così un po' dappertutto (la famiglia ha avuto molte esperienze precedenti di assistenza del padre prima con la badante, poi al Melo, poi all'Hotel A, infine a Synergy). (AA figlio di SML)

5.4.11 - Il grado di soddisfazione di ospiti e *caregivers*: per una valutazione della qualità della residenza

Esprimere un valutazione complessiva sulla qualità della proposta assistenziale di Synergy è compito assai complesso per la varietà dei fattori in gioco e per la molteplicità delle metodologie proposte in merito ai citeri di valutazione di qualità nella letteratura scientifica (Moos & Lemke, 1979; Donabedian, 1988; Gustafson et al. 1990; Zinn & Mor, 1998; Zimmerman, 2003; Scott Poole & Van de Ven, 2004; Castle & Ferguson, 2010).

Un punto di partenza di carattere empirico può essere costituito dal grado di soddisfazione manifestato da ospiti e *caregivers*. Riguardo a ciò, va detto che esso pare elevato relativamente agli aspetti che vanno incontro ad alcuni bisogni "primari", quelli di offrire protezione e senso di sicurezza, autonomia (naturalmente in grado diverso a seconda delle

condizioni fisiche e cognitive degli ospiti), sufficiente controllo e padronanza dell'ambiente in cui si vive. A un secondo livello di bisogni, seguendo a grandi linee la cosiddetta "piramide dei bisogni" (Maslow, cit.), emergono invece alcune criticità. Bisogno di dare e ricevere affetto, bisogno di appartenenza, bisogno di non essere soli ed isolati, bisogno di stima e di essere apprezzati e valorizzati in quello che si fa (ibid.); bisogno di familiarità (Lawton, 1999); bisogno di controllo degli aspetti della propria vita e dei vissuti positivi ad essa associati (Krause & Shaw, 2001); crescita personale grazie ad esperienze nuove che ne favoriscono l'*empowerment*, capacità di intrattenere relazioni positive con gli altri, possedere uno scopo o un progetto di vita, accettare sè, con le proprie qualità e i propri difetti (Ryff, 1989): tutta questa serie di bisogni, nella quotidianità di Synergy, sembrano ottenere un grado di soddisfazione piuttosto alterno.

Prendendo in considerazione anche gli studi sull'anziano in condizione di deficit cognitivo, i cui risultati sono estendibili anche ad alcuni ospiti della residenza (Kitwood, 1997) e nei quali si sottolineano come bisogni da soddisfare *comfort* (senso di sicurezza, calma, libertà dall'ansia e dallo *stress*), inclusione (appartenenza a un gruppo umano), occupazione (vita attiva, possibilità di impiegare le proprie capacità e risorse ricavandone autostima), identità (legata alla storia personale e al proprio vissuto), attaccamento (possedere una solida figura di riferimento che possa offrire sicurezza e approdo), anche in questo caso si possono induividuare alcune criticità ed elementi di insoddisfazione. Sintetizzando e semplificando questi riferimenti si può dire che i fattori che rivelano criticità e risposte insoddisfacenti da parte della struttura sono quelli legati ai rapporti con l'ambiente, al contesto umano e sociale in cui l'anziano vive e alla qualità delle relazioni (Freund & Baltes, 1998; Rothermund & Brandstadter, 2003).

È quindi inevitabile prendere in considerazione non solo il livello della soddisfazione individuale percepita ma anche quello più complessivo della valutazione della struttura nel suo insieme. Tra le varie prospettive di indagine elaborate in letteratura (Castle & Ferguson, cit.) si può individuare un tratto comune consistente in un mix di indicatori strutturali e procedurali. La Multiphasic Environmental Assessment Procedure, elaborata da Moos e Lemke (1979) e inizialmente pensata per valutare ambienti ospedalieri, e successivamente estesa ad altri tipi di strutture assistenziali, individua quattro elementi da tenere in considerazione per valutare il benessere degli ospiti:

-le caratteristiche strutturali ed architettoniche;

-le caratteristiche del gruppo di residenti e degli operatori;

-le politiche ambientali in senso lato (attività a sostegno della socializzazione);

-il clima sociale percepito da chi vive nella struttura.

Donabedian (1988) propone tre indicatori interconnessi:

-qualità della struttura;

-qualità dei processi messi in atto;

-risultati ottenuti.

In questa prospettiva vengono sottolineati non soltanto gli aspetti strutturali ma soprattutto quelli relazionali. È importante nella valutazione quindi tener conto della qualità relazionale che si instaura tra organizzazione, operatori e ospiti, qualità intesa non solo negli aspetti pratico-operativi immediati (i singoli interventi diretti di cura ad esempio, le prestazioni) ma anche nella stabilità ed intensità di relazione affettiva che perdura nel tempo (Tamanza, 2006). Questo secondo livello non è facilmente accessibile alle osservazioni perché investe dimensioni implicite e latenti nelle persone, ma emrge in modo più diretto in alcuni momenti particolari di crisi e transizione che possano riguardare la vita degli ospiti (Scabini & Cigoli, 2000). Va inoltre sottolineato che, tra i fattori di contesto relazionale che determinano la percezione del benessere dell'anziano ospite, vi è la rete di rapporti che egli riesce a mantenere all'interno della struttura con parenti e famigliari e in generale la rete di supporto informale che in essa si conserva, sia negli aspetti qualitativi che quantitativi. È importante da questo punto di vista che anche la famiglia sia accompagnata nel seguire il proprio caro soprattutto nel momento traumatico dell'ingresso nella struttura (De Beni, 2009; Vigorelli cit.).

Appare chiaro, anche da questo livello dell'indagine, che per tutti gli aspetti di contesto che attengono alla sfera emotivo-psicologico-relazionale e alla qualità della relazione di cura, nel grado di soddisfazione e nel benessere percepito degli anziani ospiti di Synergy emergono alcune criticità sulle quali occorre lavorare. Analogamente paiono emergere alcune criticità nel rapporto tra personale di cura e ospiti e nella collaborazione degli operatori con la direzione; non sembrano emergere né un lavoro di squadra nè una compartecipazione progettuale e decisionale. Studi già citati rilevano come nella relazione di cura sia importante anche il benessere degli operatori, che può avere una ricaduta positiva sull'insieme delle relazioni che si vive all'interno della struttura.

Diverso è il caso della valutazione della qualità del servizio da parte dei *caregivers* familiari. Qui subentrano altri fattori ed altre esigenze (oltre a quella di garantire un benessere più o meno profondo al proprio caro). Questi fattori possono anche prescindere dalla qualità del servizio, possono dipendere dal contesto sociale in cui vive la persona che formula il giudizio, dalla sua conoscenza reale dei servizi offerti (alcuni intervistati ad esempio hanno mostrato di non conoscere pienamente quello che avviene in Synergy), da esperienze precedenti negative o positive, dalla fiducia compessiva nel sistema di assistenza o nei

professionisti che vi operano, dalle aspettative e motivazioni che li hanno guidati nella scelta della struttura (Viganò & Zanuso, 2009). Possono ad esempio accontentarsi del semplice accudimento del loro caro che tra l'altro li sgrava del *burden* assistenziale (questo è emerso in qualche caso nelle interviste) oppure chiedere un livello più alto di accompagnamento. Nelle RSA e nelle altre strutture residenziali la valutazione dei familiari più attenti si appunta talvolta più sul *comfort* alberghiero e sulla qualità delle relazioni che gli operatori instaurano col congiunto e meno sugli aspetti strettamente sanitari e tecnici.

5.5 - Il colloquio con la Direttrice e l'intervista al fondatore

Molte criticità prima elencate sono state oggetto di una discussione conclusiva con l'attuale Direttrice della residenza; il colloquio è avvenuto alla fine del mese di luglio ed è stato franco ed aperto. La Direttrice ha risposto esaustivamente a tutte le questioni poste, soffermandosi in modo particolare sulle criticità.

5.5.1 - Mancanza di formazione del personale

Un primo rilievo significativo è la mancanza di formazione del personale (da quando è entrata in servizio non sono mai stati proposti corsi di formazione e lei stessa, provenendo da esperienze diverse, al momento di entrare il servizio non ha ricevuto alcuna preparazione né accompagnamento). Mancano le competenze adeguate per seguire sul piano psicologico la presa in carico degli ospiti, il rapporto con loro e con i *caregiver*. Manca una supervisione scientifica del metodo di assistenza. Lei ammette di avere competenze più di tipo gestionale e sanitario che non psicologico-relazionale. Manca la figura di un educatore-psicologo-formatore. Questo spiega anche il venir meno delle attività di animazione un tempo presenti, problema rilevato dai famigliari.

La motivazione addotta per spiegare queste carenze è di carattere gestionale: Synergy è un'ATI, cioè una Associazione Temporanea di Imprese che comprende Universiis (al 66%) che si occupa della gestione del personale, la Fondazione Il Melo (al 33%) che ha in capo la direzione scientifica, la cura del modello di assistenza e la supervisione metodologica, e il Comune di Cardano al Campo (1%) che dà in dotazione l'immobile. Questa compartecipazione di enti rende difficile una coerente gestione del servizio.

L'impressione dello scrivente, confermata poi dalla stessa Direttrice, è che esistano comunque obiettive difficoltà economiche per gli enti gestori, difficoltà che nel tempo hanno portato alla riduzione dei servizi offerti e delle attività di formazione e specializzazione del personale.

Il personale OSS in servizio sembra numericamente adeguato in questo momento (a differenza di quello che alcuni ospiti hanno segnalato) ma in passato, quando erano ospitati anziani in condizioni di limitazione più gravi e che necessitavano di assistenza continua, non lo era stato. Si occupa dell'igiene della persona, della somministrazione dei

pasti, della supervisione all'assunzione di terapie farmacologiche che vengono preparate dall'infermiere. Le operatrici dovrebbero anche occuparsi delle attività di socializzazione e dell'animazione con gli ospiti, di accompagnarli a passeggio, giocare a carte ecc. : queste attività erano comprese nel progetto iniziale, ma non vengono svolte (per negligenza? Per mancanza di tempo? Ma in questo caso si può ancora dire che il personale è sufficiente?). La Direttrice lamenta il fatto che non tutte le operatrici sanno usare gli ausili e fare la mobilizzazione del paziente, per cui ritiene utile un corso di formazione *ad hoc*.

Riguardo alla pulizia degli ambienti la direttrice conferma qualche criticità, soprattutto quando ad occuparsi della pulizia non sono le famiglie *caregiver* (il cui lavoro, conferma, è ottimo).

Ci sono dei protocolli nella gestione di alcune situazioni degli ospiti, ma sono protocolli che lei definisce "non tecnici" e quindi probabilmente basati più su esperienze empiriche accumulate nel tempo (*learning by doing*) che su metodologie scientificamente testate.

Riguardo alla presa in carico, all'accettazione dell'ingresso e all'assegnazione degli alloggi, c'è la segnalazione del bisogno da parte del territorio e la richiesta dei famigliari, la documentazione clinica è valutata dal dottor Predazzi, e poi, nel caso venga accettata la richiesta, si procede all'assegnazione dell'alloggio più adeguato che viene valutata e decisa insieme da lei e dell'infermiera.

5.5.2 - Un graduale ridimensionamento rispetto agli obiettivi di partenza

Un problema riscontrato nelle interviste con pazienti e *caregivers* è costituito dal fatto che alcuni ospiti sono stati prima accolti all'Hotel A e successivamente trasferiti alla residenza Paolo VI. Questo pare un percorso anomalo e la direttrice conferma che è più probabile che avvenga il contrario, essendo gli ospiti dell'Hotel A in condizioni più gravi rispetto a quelli adatti a questa residenza. In realtà questa anomalia risulta essersi verificata qualche volta negli anni precedenti e questo si può spiegare e interpretare come una forma di gestione delle liste d'attesa (essendo le due strutture collegate tra loro, si è usata una delle due come sistemazione temporanea, anche se non adeguata alle condizioni della persona ospitata, per poi, trasferire la persona, in caso di liberazione di posti, in quella più adeguata). In qualche caso si è trattato di una correzione di valutazione quando l'Hotel A si è rivelato inadeguato ad ospitare determinati pazienti prima accolti in quella struttura. Il collegamento tra le due strutture, come pure quello con la RSA Il Melo, può essere quindi un valore aggiunto se ben inteso e utilizzato, un po' come le CCRC americane (vedi supra 4.4.1).

Va segnalato però, riguardo a questo, un altro aspetto del problema, emerso nel colloquio con il dott. Predazzi. In questo colloquio egli ha riferito come la difficoltà di saturare la struttura con una presenza adeguata di anziani con un sufficiente livello di autonomia,

bisognose solo di accompagnamento, ha spinto verso la presa in carico di persone meno autonome e più bisognose invece di cure di tipo sanitario. Questo ha portato in qualche modo a rivedere la natura del servizio offerto, ridimensionando il ruolo e il numero delle famiglie *caregiver*:

> *"*Il progetto originale prevedeva un ruolo molto più importante delle famiglie *caregiver* che poi nel tempo si è ridotto per necessità essenzialmente di tipo assistenziale, per cui ora abbiamo solo due famiglie *caregiver*, ed abbiamo dovuto far ricorso, proprio per la presenza dei *cantou*, a una presenza più strutturata [si riferisce al personale sanitario specializzato, gli OSS che ora sono in misura di 6-7 persone]. Mentre il progetto originale prevedeva la presenza di 4-5 famiglie, con compiti più leggeri, meno professionalizzati, in realtà poi abbiamo dovuto fare i conti con uno degli altri grossi nodi culturali della residenzialità leggera che è proprio la difficoltà di mantenere una saturazione appropriata mediante la presa in carico di persone interessate più alla prevenzione e all'accompagnamento che alla cura." (Predazzi, intervista)

Questo è un nodo in cui si intrecciano problematiche di tipo economico (la necessità di saturare la struttura per garantire un pareggio gestionale) e di tipo culturale (l'idea, che ancora persiste, secondo la quale si pensa al trasferimento dell'anziano in una nuova residenza rispetto alla propria abitazione d'origine, solo quando questi presenta gravi disabilità e una situazione sanitaria compromessa e non invece in funzione preventiva e di accompagnamento delle fragilità.

Questo problema trova conferma in un altro rilievo fatto invece dalla Direttrice: molte famiglie non hanno ancora ben chiaro (forse a causa di una mancata chiarezza nella proposta stessa) che Synergy è un domicilio, una residenza protetta ma non una struttura sanitaria, si muove quindi nel campo del *social-housing* e non in quello ospedaliero (alcuni famigliari hanno capito che Synergy non è una RSA, ma sono pochi). Questa confusione ha delle ripercussioni sulla gestione della parte sanitaria della struttura. L'acquisto dei farmaci deve essere in capo alle famiglie e la somministrazione in capo alla struttura, con infermiera e supervisione delle OSS; non deve essere la struttura a provvedere all'acquisto. Questo vale anche per le visite mediche che spettano al medico di base della famiglia non alla struttura, che comunque dispone di un suo medico (anche se qui la direttrice sostiene l'opportunità, per una maggior razionalizzazione, di potenziare il servizio dei medici di struttura, evitando sovrapposizioni con i medici di base). Questa confusione di compiti genera, come si è visto, qualche incomprensione e lamentela da parte dei famigliari anche a causa di una comunicazione piuttosto latente.

Riguardo alla struttura abitativa la direttrice ritiene che per le barriere architettoniche non ci siano problemi particolari, mentre in qualche caso ritiene si debba garantire maggior sicurezza rispetto al rischio di uscita dalla residenza di qualche ospite (anche questa esigenza dipende però dal fatto che tra gli ospiti vi sono persone con disabilità fisico-cognitive più gravi che non sono particolarmente adatti a questa struttura). Riguardo alla dotazione tecnologica e in particolare ai sistemi di monitoraggio e di allarme in remoto, la situazione in questo momento è precaria. Vi era all'inizio un sistema di comunicazione e di monitoraggio tramite campanelli che segnalavano agli operatori ogni problema degli ospiti; addirittura era previsto anche un sistema di sorveglianza mediante un tappetino posto sotto il materasso, che valutava se la persona era a letto o meno, in modo da monitorare eventuali problemi e cadute notturne. Purtroppo al momento questi strumenti non sono in uso e la situazione è *in stand by* in quanto la società fornitrice di questi servizi è fallita e si attendono interventi per risolvere il problema.

5.5.3 - Una sostanziale autoreferenzialità (voluta e subita)

Un'altra criticità evidenziata nel colloquio riguarda l'assenza di lavoro in rete, di lavoro di squadra con altre strutture simili o con le strutture (Hotel A e residenza Il Melo) che fanno capo alla medesima organizzazione e sono nate dalla stessa esperienza. Vi sono stati in passato alcuni momenti di confronto ma tutto ora sembra bloccato (anche a causa del *lockdown*). Manca complessivamente una messa in rete di *know how*, uno scambio di conoscenze o competenze con altre strutture e con enti specializzati del settore. L'impressione è quella di una sostanziale autoreferenzialità che le parole della Direttrice confermano.

Carente è anche la collaborazione con gli enti pubblici, le ASL e i comuni in particolare. Questa assenza è stata a sua volta spiegata da Predazzi con motivazioni soprattutto di ordine culturale. Egli ha notato come manchi in Italia una politica della prevenzione. E questo vale sia per i pazienti e le famiglie sia anche per gli operatori sociali:

> "Non abbiamo mai avuto un'intercettazione, da parte dei servizi sociali di un bisogno di fragilità che andava accompagnato nel tempo perché [per i servizi sociali] non ci sono fragilità, ci sono solo problemi. L'assistente sociale sta nel suo ufficio e si muove solo quando qualcuno va lì [e segnala un problema di un familiare o di un vicino di casa] [...] Gli operatori si limitano a muoversi quando ci sono letti da trovare […] È il fallimento di una politica di prevenzione." (Predazzi, intervista)

E' comprensibile che l'anziano all'inizio del suo percorso di fragilità tenda a non voler lasciare la propria casa per cercare una nuova sistemazione più protetta ma questo non ha molto senso se l'abitazione in cui si vive è fatiscente, e la persona anziana vive da sola senza supporti, se è abbandonata a se stessa. Rispetto a questo però le amministrazioni

comunali con i loro servizi sociali si muovono solo quando la fragilità diventa disabilità conclamata, limitandosi a cercare posti letto nelle RSA. Con un adeguato intervento precedente di prevenzione e appoggiandosi su strutture di residenzialità assistita si eviterebbe di giungere a situazioni emergenziali così disastrose, ottenendo anche un risparmio in termini di costi rispetto ai ricoveri nelle RSA.

Riguardo alla decisione di non richiedere l'accreditamento regionale (privandosi così anche dei vantaggi in termini economici di tale accreditamento) la Direttrice ha risposto che questo non è possibile essendo Synergy una struttura "atipica" (questo è anche il suo valore) che non rientra nei termini per autorizzare l'accreditamento. È una realtà nuova per cui manca la possibilità di accreditarsi e questo spiega anche, a suo dire, la mancanza di protocolli tecnici.

Sull'aspetto normativo, che ha costituito una difficoltà nel portare avanti il progetto, si è soffermato anche Predazzi. Egli ha sottolineato la mancanza, nel nostro Paese, di una normativa adeguata. Pur essendo tra i Paesi ormai più vecchi al mondo, in questo campo, a suo dire, ci si muove ancora nella sperimentalità e in una totale assenza di programmazione a livello istituzionale. In Lombardia vi sono state aperture in favore della sperimentazione (si riferisce alla legge regionale 3 del 12 marzo 2008). Ma permane molta confusione. Egli rileva in particolare che il sistema della residenzialità leggera è lasciato in balia dei funzionari delle ASL che non hanno gli strumenti, si potrebbe dire anche concettuali e culturali, per valutare obiettivamente queste esperienze.

> "[Vi è] un'impreparazione, una dissociazione tra la Regione che dice: -Sperimentiamo queste cose- e una rete di funzionari dell'ASL che usano i criteri che hanno sempre usato per le RSA per giudicare questa struttura, [criteri] che sono inadeguati perché [questo tipo di struttura] è un qualcosa d'altro." (Ibid.)

Ha raccontato in tal senso un episodio emblematico che è utile riferire:

> "Avevamo ospite da noi una coppia di persone, marito e moglie, marito con esiti di plegia e la moglie autosufficiente. Considerati come diade, come coppia, questa coppia, con piccoli aiuti, con dei supporti [forniti dalla struttura] erano una coppia perfettamente autosufficiente, perché dove non arrivava l'uno arrivava l'altro. Noi con piccoli aiuti abbiamo permesso a queste persone di continuare nel loro appartamento una vita autonoma. Arriva il funzionario dell'ASL, fa la sua bella scheda e dice: -Allora, la signora va bene, questo signore deve andare nella RSA, perché preso singolarmente ha dei parametri che non sono compatibili con una residenzialità leggera-." (ibid.)

E’ chiaro che l’inadeguatezza dei criteri di valutazione della ASL è data dal fatto che non si tiene conto della situazione della coppia ma solo delle condizioni del singolo. Ciò non è adeguato alla vita di queste persone. Un altro esempio fatto da Predazzi circa l’inadeguatezza delle normative è che gli OSS, per norma, non possono somministrare terapie già preparate dagli infermieri quando nelle case private questa operazione è fatta da semplici badanti senza nessuna preparazione. Questa difficoltà è stata segnalata anche dalla Direttrice.

5.5.4 - Un “laboratorio” comunque positivo

Richiesto di formulare un giudizio sull’esperienza di Synergy da lui creata, a distanza di qualche anno, Predazzi ne ha riconosciuto, nonostante le criticità, il valore soprattutto come “laboratorio” di esperienze in quanto ha introdotto un nuovo modello culturale di assistenza e di *housing* per l’anziano:

> “Il valore di Synergy non sta tanto nella replicabilità *tout court* quanto nel poter essere veramente una palestra, un laboratorio in cui sperimentare i vari livelli della residenzialità assistita”. (ibid.)

La gradualità delle diverse tipologie di intervento, che va dal semplice monitoraggio a distanza, al livello di servizi programmati sulla singola persona che vive ancora in autonomia, fino al livello di *co-housing* rappresentato dai *cantou*

> “è un elemento interessante da osservare ed eventualmente da riprodurre su una scala diversa, facendo esperienza dei pro e dei contro, delle difficoltà e dei benefici […] Questa esperienza ci ha fatto capire che queste situazioni sono possibili e che quindi dobbiamo lavorare per renderle possibili su una scala ancora più ampia […] a Synergy abbiamo persone che vivono nel loro alloggio e stanno benone dove sono e sono solo monitorate a distanza, ci sono persone che hanno contrattualizzato dei piccoli servizi, ci sono persone nei cosiddetti alloggi-autonomia in cui questa assunzione di servizi è programmata sulla persona, per cui c’è quello che si cucina da solo e che ha bisogno invece della pulizia della casa e quello che invece ha bisogno di essere aiutato a fare la doccia, fino ai *cantou* che sono un livello abbastanza elevato di assistenzialità […] che arriva fino ai limiti delle RSA”. (Ibid.)

Questa modalità di intervento rende l’anziano protagonista, soggetto attivo del proprio processo di invecchiamento, non fruitore passivo di servizi standardizzati come accade nella RSA. In corrispondenza con la varietà delle tipologie di intervento assistenziale vi è infatti come risultato quello che Predazzi ha riconosciuto come l’aspetto di maggior soddisfazione di questa esperienza:

"L'aver dato la possibilità a una trentina di persone di personalizzare il proprio percorso di invecchiamento […] il vedere come queste persone alla fine hanno trovato il loro modo di invecchiare che non è uguale per tutti […] Mentre nelle RSA i servizi sono quelli e la vita è quella [nelle strutture di Synergy] ci sono persone che sono riuscite a ricavarsi un loro modo di invecchiare personalizzato. E' un progetto di vita che non sarà il migliore del mondo ma è il loro".(ibid.)

5.6 - Conclusioni: un progetto "ibridato" nel tempo e che sembra procedere per forza d'inerzia, ma le cui ragioni sono tuttora valide

Al termine della lunga analisi condotta nei paragrafi precedenti, si può tentare di giungere ad alcune conclusioni. Prima però è opportuna una premessa. Synergy si presenta attualmente come un'esperienza assistenziale che copre ormai una gamma di bisogni diversi che vanno da quello di offrire supporto e protezione alla vita indipendente a quello di accompagnare il passaggio alla vita assistita, fino a coprire bisogni di assistenza più intensa, che si avvicinano in parte a quelli coperti nelle RSA.

Questo rende in qualche modo difficile un esame che parta dal confronto con la letteratura scientifica prodotta sul tema della LTC. Da una parte infatti non esistono molti studi dedicati espressamente alle forme di residenzialità leggera. Vi sono studi nel mondo anglosassone (per tutti King & Farmer, cit.; Kemp et al., cit.) e scandinavo (per tutti Van Bilsen et al., 2008) dedicati alle *Assisted Living Facilities* o alla *Sheltered House* ed al confronto di queste con le *Nursing Homes*, ma non sono recentissimi e nemmeno particolarmente numerosi; inoltre non sempre si riferiscono a realtà sovrapponibili a quelle italiane. D'altro canto per alcuni aspetti è anche vero che i risultati di questi studi possono essere, entro certi limiti, estesi a esperienze come Synergy, proprio per la caratteristica di fluidità di quest'ultima.

In Italia comunque mancano studi di carattere generale che attestino la reale incidenza positiva delle esperienze di residenzialità leggera sul rallentamento del processo di invecchiamento e che le mettano a confronto con le RSA. Mancano anche studi che scendano nel dettaglio e, ad esempio, analizzino i vari aspetti della vita all'interno di queste residenze: gli effetti per gli anziani, sul piano psicologico, della transizione dalla vita nella propria abitazione a quella nelle strutture; le aspettative loro e dei famigliari al momento della scelta; il grado di consapevolezza della natura della *mission* di queste residenze; le relazioni che si sviluppano all'interno di esse e il loro livello di intensità; il coinvolgimento degli operatori e dei famigliari; gli effetti della convivenza tra persone con diversi livelli di autonomia; l'incidenza delle nuove tecnologie informatiche e domotiche con il loro impatto sulla vita degli ospiti. Mancano anche studi sul personale, che ne analizzino le motivazioni e l'effettivo grado di preparazione, i livelli di stabilità e di *turn over*, il grado di soddisfazione nel lavoro (Kitwood & Bredin, cit.), l'incidenza di operatori

stranieri nel lavoro di cura. Manca infine una seria indagine sulle problematiche economico-gestionali come pure mancano studi che testifichino l'effettivo risparmio economico che tali strutture possono recare al sistema LTC italiano (Guaita & Trabucchi, cit.). Anche l'indagine AL mette in evidenza l'importanza di indagare e conoscere tali problematiche (Giunco, cit.: 92-95). Tutto questo ha reso difficile e particolarmente complesso il lavoro, che però non è stato del tutto infruttuoso ed ha consentito di raggiunge le conclusioni che verranno esposte di seguito, conclusioni che necessitano di ulteriori approfondimenti, su scala più ampia e che coinvolgano altre esperienze analoghe a questa, anche attraverso studi comparativi che al momento mancano.

Quanto qui esposto è il frutto dell'esame approfondito condotto nei capitoli precedenti anche sulla scorta della letteratura scientifica ivi citata. Ad essa generalmente si rimanda (salvo riferimenti a studi sinora non citati) per evitare ripetizioni ed inutili appesantimenti rispetto alla scorrevolezza del testo.

1- La ragion d'essere del progetto Synergy e la sua *mission* iniziale rimangono tuttora validi come pure non sono venuti meno, anzi si sono fatti più consistenti, i "bisogni" a cui tale progetto intendeva rispondere al momento della sua nascita. Valido e attuale rimane l'obiettivo di mettere a disposizione degli anziani una residenza che li accompagni nelle ultime fasi della loro vita indipendente e nel passaggio alla vita assistita, fronteggiando così i rischi della solitudine abitativa, del ricorso non sempre sicuro ed adeguato all'assistenza domiciliare "fai da te" tramite il servizio delle badanti, del ricorso a una istituzionalizzazione prematura nelle RSA che avrebbe su queste persone effetti fortemente negativi in termini di decadimento fisico-cognitivo (cfr supra 3.4 e 3.9). Inoltre si verrebbe a sgravare anche il carico di lavoro dei *caregivers* sottoposti a *stress* e a fatiche che talvolta ne compromettono la serenità, le condizioni psico-fisiche e la stessa vita famigliare e lavorativa (cfr supra 4.2.1) Tutte le evidenze circa la crescita della popolazione anziana, l'allungamento della vita in buona salute, il lento avanzare della fragilità, la possibilità che la fragilità venga prevenuta o rallentata, l'insorgere della dipendenza in età più avanzate confermano come vi sia una "finestra" tra l'uscita dal mondo del lavoro della persona anziana ancora in piena salute e l'inizio del decadimento fisico, nella quale vi è spazio, e necessità, di strutture di residenzialità leggera (Giunco, 2014). Le ricerche sulla fragilità, sull'invecchiamento attivo e sull' "arco di vita" (cfr supra 3.6) confermano che l'anziano conserva a lungo le proprie capacità e competenze e, se adeguatamente accompagnato e supportato, è in grado di affrontare una vecchiaia più attiva e autonoma. Anche i dati circa la situazione delle famiglie, sempre più in difficoltà in futuro a provvedere a forme di assistenza interne "fai da te" per motivi di bilancio, di struttura e di organizzazione, ma anche di conciliazione tra attività

professionale e lavoro di cura, fanno prospettare esigenze nuove in termini assistenziali a cui forme come quella di Synergy possono rispondere (cfr supra 3.7 e 4.2.1). Le difficoltà del bilancio pubblico nel nostro Paese a sostenere per il futuro la spesa per il *welfare* assistenziale a fronte dei vantaggi economici che un sistema di LTC integrato sembra garantire è un ulteriore punto a favore di queste nuove forme di assistenza (cfr supra 4.2.3). Tutte queste sono ragioni ampiamente documentate nel corso del lavoro e che rendono interessante ed "appetibile" una prospettiva di residenzialità leggera come quella proposta da Synergy, che tra l'altro è in linea con l'andamento del sistema LTC in questi ultimi decenni in Europa e negli Stati Uniti (cfr supra 4.3.1 e 4.3.2). Tra gli ospiti e i *caregivers* intervistati solo alcuni hanno dimostrato una certa consapevolezza circa il significato dell'esperienza di Synergy e dei valori che l'hanno fatta nascere, ma molti testimoniano gli indubbi vantaggi che ne ricavano, in termini di sicurezza e protezione, di autonomia e di serenità. Da ultimo la pandemia attualmente in corso con i suoi effetti devastanti sugli ospiti delle RSA, e il rischio che in futuro situazioni simili possano ripetersi rende ancor più urgente ed attuale un ripensamento del sistema assistenziale degli anziani che si indirizzi sempre più verso forme di forme di residenzialità alternative e di *social housing* (Gori & Trabucchi, 2020).

2- L'unica difficoltà persistente sembra di ordine "culturale" ed è caratteristica della mentalità diffusa nel nostro Paese: riguarda l'attaccamento che permane alla propria abitazione (il *place attachement:* Coleman et al., cit.), abitazione che spesso è in proprietà e da cui si fa fatica a staccarsi per accettare queste nuove residenzialità e forme di *co-housing* partecipato che anche in Italia, pur con una certa fatica, stanno muovendo i primi passi. Si tratta di una ragione seria, che va rispettata e non banalizzata, che porta in sé grandi valori simbolici ed affettivi e che si ricollega all'idea della famiglia come luogo di cura privilegiato e quasi "naturale", che a volte però assume le caratteristiche negative di una chiusura iperprotettiva (familismo). Tuttavia sia l'analisi della situazione abitativa (con case di anziani sempre più vecchie e spesso inadeguate), sia la modifica della struttura della famiglia (con famiglie sempre più "verticali" e monoparentali), sia le nuove caratteristiche del mercato del lavoro (con l'immissione sempre più significativa delle donne) dei suoi ritmi e della e della sua organizzazione, fanno pensare che questa situazione possa non reggere a lungo in futuro e anche questo ostacolo di carattere culturale possa venire a cadere (cfr supra 3.7 e 4.2.1).

3- Il progetto Synergy, nato con questi obiettivi, si è però nel tempo "ibridato" come evidenziano le osservazioni condotte sul campo. Ha assunto cioè caratteristiche

diverse confondendo in qualche modo la sua *mission*. Ha infatti iniziato ad ospitare anziani in condizioni non sempre autosufficienti, e spesso bisognosi di un'assistenza più intensiva e di tipo sanitario, a volte con disabilità gravi anche sul piano cognitivo. Questo ha portato a modificare, almeno in parte, il tipo di assistenza fornito; si è ridimensionato il ruolo e il numero dei *caregivers* interni, che invece costituiva uno degli elementi portanti e qualificanti del progetto, il personale attualmente svolge funzioni che si avvicinano a quelle di tipo sanitario mentre vengono ridotte le attività di animazione, accompagnamento all'esterno, gestione del tempo libero. Tra l'altro la compresenza di ospiti in condizioni di più grave deficit fisico-cognitivo con ospiti che conservano ancora buoni livelli di autonomia sembra avere effetti negativi su questi ultimi. Questa commistione, espressione di quella ibridazione di cui si è parlato, ingenera confusione, false aspettative negli utenti, mancanza di chiarezza rispetto alle finalità dell'opera ed alla conduzione pratica del lavoro di cura ("*care*" o "*cure*"?); si tratta di una confusione che è ben diversa dalla flessibiltà che invece dovrebbe essere un punto di forza di queste strutture. L'offerta di troppi servizi e la commistione di risposte sanitarie ed assistenziali andrebbero quindi disincentivate, per garantire la "leggerezza" della struttura e preservarne la natura. Semmai vanno incentivati e resi più efficienti i collegamentri con i servizi sanitari presenti sul territorio (Giunco, 2014: 106).

4- È inevitabile che col pasare del tempo i confini tra vita indipendente e vita assistita si facciano più sfumati, in quanto le condizioni degli anziani ospiti, prima indipendenti, tendono a peggiorare con una progressiva riduzione della loro autonomia e la conseguente richiesta di nuovi tipi di servizi rispetto a quelli previsti al momento dell'ingresso. Questo può, entro certi limiti, non costituire un problema, e può non portare automaticamente al trasferimento dell'anziano in altre strutture a più alta intensità assistenziale, trasferimento che su di lui avrebbe ricadute fortemente negative. L'insorgere delle prime limitazioni nelle ADL o di crisi passeggere può essere affrontato e gestito con personale interno e con una più intensa collaborazione con i servizi sanitari e assistenziali territoriali (i servizi SAD e ADI). Anche la struttura abitativa, come nel caso di Synergy, se pensata all'origine in modo "plastico" (cfr supra 3.8 e 3.9) e senza dannose barriere architettoniche può essere facilmente adattabile alla nuova situazione di bisogno. Questa soluzione "interna" consente di allungare i tempi di residenza e di evitare ricoveri inappropriati e prematuri nelle RSA. Diverso è però il caso quando vengono accettati già all'inizio anziani in condizione di dipendenza o che necessitano di servizi da RSA. In questo caso non si deve perdere di vista il confine che esiste tra residenza leggera, che non è una RSA in tono minore o a più basso profilo, e la RSA

vera e propria; ciò per il bene dell'ospite stesso che non trarrebbe alcun vantaggio dal rimanere in questo tipo di struttura dove non potrebeb avere lo stesso livello di assistenza di cui godrebbe in una RSA (Zimmerman, cit; Maslow, cit.)

5- Anche la promozione della relazione intergenerazionale all'interno della struttura si è nel tempo attenuata ed è quasi azzerata. Le famiglie *caregiver* ospitate si sono ridotte di numero ed il servizio da loro prestato si è sempre più equiparato, almeno nella percezione di molti ospiti e famigliari, a quello di normali operatori della struttura. Si tratta di un servizio piuttosto residuale, quasi un appendice rispetto all'assistenza prestata dal personale dipendente. Un confronto con una struttura ritenuta di eccellenza europea quale la "Casa alla Vela" di Trento, segnalata nel 2015 dall'UNECE (cit.) come una delle proposte più innovative, rende evidente questo dato. Per varie ragioni, non ultimo il grado di autonomia delle ospiti della struttura, il loro numero limitato, la presenza di studentesse giovani e attive, emerge nella struttura trentina un rapporto relazionale di tipo paritario anche rispetto alle competenze decisionali (Deriu, cit.). Viceversa in Synergy il rapporto è sbilanciatro numericamente a favore degli ospiti e né questi ultimi né le famiglie caregivers hanno reali competenze decisionali in ordine alle attività della struttura. Non vi sono quindi elementi per parlare in Synergy di effettiva "convivenza intergenerazionale" con gli ospiti. Gli atteggiamenti di cordialità, disponibilità, simpatia rilevati nei *caregivers* sono da attribuirsi al loro carattere aperto e collaborativo, ma non sembrano l'esito di una precisa impostazione strutturale della residenza. Il garantire la possibilità di una convivenza intergenerazionale non pare più oggi far parte della *mission* di Synergy.
   Per tali ordini di ragioni Synergy non può essere collocato nell'ambito del *social housing* vero e proprio in quanto, per così dire, risulta "sbilanciato" sul versante assitenziale. Non è quindi comparabile con esperienze pilota di *housing* sociale quali le *Viviendas Dotacionales* (cfr supra 4.3.4) e la Casa alla Vela e altre, dove vi è una condivisione intergenerazionale dei luoghi di vita, una competenza decisionale condivisa e gli anziani sono in condizioni di autonomia, non necessitando di assistenza medico-sanitaria se non di quella garantita dai servizi sanitari previsti per ogni cittadino. Synergy si colloca quindi, come già detto, nell'ambito della residenzialità protetta e del passaggio alla vita assistita, con la tendenza a scivolare sempre più verso quest'ultimo livello.

6- Le cause di questo "sfasamento" rispetto alla rotta iniziale sono complesse. Da una parte sicuramente vi sono motivazioni di carattere economico: una struttura imperniata sul progetto di residenzialità leggera non ha ancora nel nostro Paese

molto *appeal* e fatica quindi a saturare tutti gli alloggi (anche per la persistente idea, non solo nelle famiglie, ma nei servizi sociali dei comuni, di ricorrere all'istituzionalizzazione degli anziani solo in casi molto gravi per i quali "non se ne può fare a meno"). Per questa ragione è difficile per strutture di questo tipo raggiungere un pareggio gestionale. Da qui la spinta ad accettare l'ingresso anche di persone in condizioni di più grave mancanza di autonomia. In pratica finisce per svolgere funzioni vicine a quelle di una RSA pur non avendone le caratteristiche e le professionalità. Oltre tutto le difficoltà di bilancio sembrano accresciute dal fatto che la struttura per sua scelta non ha chiesto l'accreditamento regionale, privandosi così di una opportunità di finanziamento, proprio per non snaturare le proprie caratteristiche (che poi di fatto rischia comunque di snaturare).

Da tutto ciò risulta come sia assolutamente indispensabile che prima di dare vita a strutture come queste si proceda, per il futuro, ad una attenta valutazione della loro fattibilità e sostenibilità economica, del *target* di utenza a cui rivolgersi e dell'effettivo bisogno di tale servizio riscontrabile sul territorio. Iniziative di questo genere, proprio per non rischiare di snaturarsi nel corso della loro storia, non possono essere affidate solo alla buona volontà degli operatori (anche se sono enti religiosi o di volontariato sociale) ma devono essere accompagnate da valutazioni attente e rigorose sul piano economico e territoriale con delle vere e proprie "indagini di mercato". È la stessa conclusione a cui giunge l'indagine AL (Giunco, cit.: 90 e segg.)

7- Ad avviso dello scrivente, vi è un altro aspetto da mettere in luce ed è la non piena corrispondenza tra la richiesta degli "utenti" e l' "offerta" della struttura. Gli utenti, le famiglie, si accostano alla struttura richiedendo semplicemente che il loro caro venga ospitato, protetto, assistito e, in caso di aggravamento delle condizioni di salute, curato. La struttura ha finito per assecondare questa richiesta, non sempre mettendo in chiaro ai richiedenti che il suo intervento si situa sul piano della residenzialità assistita e non su quello medico sanitario e traendone le opportune conseguenze. Questo, tra l'altro, genera confusione sul piano proprio degli interventi di tipo sanitario: acquisto dei medicinali, somministrazione delle terapie, visite mediche. Si può dire, in sintesi, che la *mission* di Synergy non è sempre stata condivisa con i fruitori del servizio o non è stata recepita da loro con la sufficiente chiarezza e consapevolezza (le risposte date dai *caregivers* ne sono una conferma: pochi sembrano avere compreso, sul piano teorico, quali sono le caratteristiche di Synergy).

Da questo punto di vista il collegamento "sinergico" tra la residenza Paolo VI, l'Hotel A, e la RSA Il Melo, che potrebbe costituire il valore aggiunto di questa esperienza in

quanto offre agli ospiti l'intera gamma di possibilità assistenziali che possono accompagnare il loro cammino di invecchiamento (un po' sul modello delle americane CCRC: cfr supra 4.3.1), finisce invece per alimentare questa confusione di cui si è parlato sopra, in quanto l'accettazione nelle tre strutture a volte non è sembrata rispondere a criteri di valutazione delle effettive condizioni dell'anziano ma piuttosto a esigenze di gestione e regolamentazione di liste d'attesa. Viceversa rimane da valutare positivamente la flessibilità nella assegnazione degli alloggiamenti interni alla residenza con la possibilità di effettuare spostamenti anche nel corso della permanenza per renderli sempre più idonei ed adeguati (gli spostamenti interni, a quanto è stato testimoniato, hanno dato infatti sempre risultati soddisfacenti).

8- Rispetto alla "discrepanza" tra richiesta degli utenti e offerta della struttura, oltre a una chiarezza nella proposta e alle conseguenti coerenti scelte organizzative, è fondamentale un'attività di informazione corretta, che promuova sul territorio in termini chiari la *mission* della struttura. Serve una sorta di *marketing virtuoso* che possa raggiungere tutti i potenziali utenti sul territorio. A questo scopo è di fondamentale importanza per il futuro un potenziamento dei rapporti con i servizi comunali di assistenza sociale che non sfruttano ancora pienamente le possibilità offerte da Synergy, non la fanno conoscere, non la promuovono, non la considerano come una possibilità reale e stabile di assistenza per determinate categorie di anziani e finiscono per rivolgersi ad essa solo in situazioni di emergenza e casi "sociali", o per servizi di permanenza temporanea.

9- Riguardo alle relazioni di *care* sembrano emergere molti punti critici. Manca una formazione costante e permanente del personale, spesso sottoposto a *turnover* e, a detta degli ospiti, sottodimensionato. Sarebbe utile a questo proposito un'indagine circa il grado di soddisfazione del personale, allo scopo di migliorare la qualità della cura. Non sembra esserci particolare attenzione all'aspetto relazionale della cura, anche se i comportamenti sono generalmente corretti e formalmente cordiali; tutte le attività che possono incidere sul piano relazionale generando vicinanza e stabilità affettiva, dialogo, autostima ed *empowerment* (le attività di animazione, accompagnamento e socializzazione) sono al momento penalizzate. Mancano figure professionali (psicologo, educatori-animatori, formatori) che possano sostenere questo impegno a qualificare in senso relazionale la cura. Manca una condivisione di progettualità tra direzione, personale, famiglie. Va detto che su questa evoluzione ha avuto un'indubbia incidenza il *lockdown* causato dalla pandemia, ma i primi segnali di un calo di attenzione riguardo a questi aspetti si erano avuti anche prima

(le testimonianze degli ospiti raccolte ancora nel 2019 lo confermano). Occorrebbe quindi garantire personale stabile, ben preparato e motivato anche riguardo agli aspetti relazionali, personale che assuma questo lavoro non come un ripiego ma come una scelta di vita. Occorre, a questo proposito, che a livello di immagine pubblica questo tipo di attività venga valorizzata e promossa oltre che, naturalmente, un adeguato riconoscimento economico.

10- Un altro elemento di criticità è la sostanziale autoreferenzialità di questa esperienza. Manca ogni relazione di rete con esperienze affini, manca un confronto, una condivisione di metodologie, uno scambio di *know how* (va ricordato invece come essa sia nata proprio in seguito ad un grande convegno che aveva raccolto molteplici esperienze simili addirittura a livello europeo e che ancora nel 2015 a Gallarate erano state presentate in una mostra molte di queste e altre esperienze. Di tutta questa rete di collegamenti, anche internazionali, al momento, sembra non esservi più traccia). Non pare adeguatamente sviluppata, forse anche in seguito al *lockdown*, la possibilità di collaborazione con le altre strutture (Hotel A e Il Melo) che pure fanno riferimento alla medesima esperienza da cui è nata Synergy. Una più intensa collaborazione potrebbe dare ottimi frutti.

11- La mancanza di una rete relazionale si accompagna ad una evidente mancanza di progettualità a lungo e medio termine. Questa è l'impressione raccolta dallo scrivente attraverso le interviste e la frequentazione sul campo: si tratta di una struttura che sembra a volte vivere alla giornata, procedendo per inerzia e cercando a fatica di mantenere le caratteristiche iniziali, non sempre riuscendovi. Purtroppo il *lockdown* sembra aver avuto, da questo punto di vista, ricadute piuttosto negative sulla vita della struttura.

12- Ancora scarso è il coinvolgimento delle famiglie nell'attività della struttura, coinvolgimento che invece è di fondamentale importanza per l'efficacia del lavoro di assistenza. Le famiglie e i *caregivers* sono presenti in maniera adeguata per quanto riguarda le visite ai loro cari che vengono favorite anche dalla flessibilità degli orari di visita (flessibilità piuttosto apprezzata, tra l'altro), ma per il resto la partecipazione sembra inadeguata e non è sollecitata o favorita. Non esiste un percorso di accompagnamento degli anziani e dei loro famigliari al momento dell'ingresso nella residenza e nelle settimane immediatamente successive, non esiste un percorso di condivisione degli obiettivi e dei valori che sottendono l'azione di Synergy. Quello con le famiglie è un lavoro sicuramente difficile e impegnativo, se non altro per gli impegni anche lavorativi dei famigliari, ma una maggior

condivisione di questi aspetti porterebbe indubbi vantaggi alla vita della struttura ed al lavoro di *care*.

13- Si nota un calo di tensione in ordine all'uso degli strumenti tecnologici per l'assistenza ed il monitoraggio a distanza. Manca una puntuale e costante manutenzione di questi strumenti facilmente soggetti al deterioramento. Occorrerebbe inoltre un costante aggiornamento e potenziamento rispetto alle innovazioni che la ricerca tecnologica e le industrie del settore portano avanti anche sfruttando le opportunità che a livello europeo vengono offerte in termini di messa a disposizione di conoscenze e di finanziamenti (ad esempio con progetti quali l'*Ambient Assisted Living Joint Programme – ICT for Ageing well (AAL)* . Maggior attenzione va riservata alle innovazioni della domotica.

14- Un'ultima riflessione va riservata alla collocazione di Synergy all'interno della struttura cittadina. Insieme con la presenza delle famiglie *caregiver,* questa rappresentava uno dei punti di forza iniziali della proposta: una struttura al centro della città, aperta e che interagisce con la vita cittadina (parco, attività aperte al pubblico e fruibili anche dagli abitanti della città ecc.). L'intento di fondo era che i residenti non venissero isolati rispetto al mondo circostante, in luoghi dimenticati. Stando alle testimonianze raccolte ed alle osservazioni empiriche questo obiettivo sembra sia stato raggiunto solo per un numero limitato di ospiti, quelli residenti a Cardano al Campo, che quindi avevano relazioni già prima del trasferimento nella residenza e che continuano a coltivarle anche dopo. Per gli altri ospiti risulta molto difficile soprattutto quando aumenta la disabilità e non sono più in grado di uscire autonomamente. Inoltre per queste persone i rapporti che eventualmente nascono rimangono più a livello superficiale e non raggiungono l'intensità di un'amicizia vera e propria. Questo apre a una riflessione più ampia: un tipo di struttura come Synergy può conseguire in modo migliore i propri obiettivi se raccoglie ospiti del paese in cui è collocata e non si rivolge a un bacino di utenza più grande. In altri termini sarebbe interessante e auspicabile pensare che ogni paese potesse avere la sua piccola o media struttura di residenzialità leggera e aperta come Synergy così che gli anziani di quel paese possano essere accolti e continuare a mantenere le relazioni che avevano prima. Naturalmente questo comporterebbe costi altissimi in un'economia di scala ma darebbe risultati molto positivi. In tal senso Synergy, pur con tutte le criticità evidenziate, potrebbe essere veramente, se non un modello, un'esperienza pilota.

Queste osservazioni, pur con tutte le criticità evidenziate, mostrano come le strutture di residenzialità leggera abbiano certamente un futuro nel nostro Paese in quanto intercettano bisogni reali che andranno sicuramente a crescere nel prossimo futuro. La risposta a tali bisogni sarà però adeguata ed efficace solo a determinate condizioni che la lezione di Synergy permette di individuare. Se da una parte le motivazioni umanitarie, caritatevoli e filantropiche dei promotori di tali esperienze sono fondamentali per dare un'anima a queste proposte e sostenerne l'intensità e la carica umana – e per questo non devono mai venire meno - , dall'altra però occorre che ad esse si affianchino precise e rigorose competenze non solo nel campo della cura ma anche in quello economico-gestionale. Senza di esse qualsiasi progetto, per quanto fortemente motivato, è destinato nel tempo a declinare. Anche la motivazione, la preparazione e la soddisfazione del personale sono fattori che vanno sempre perseguiti, per non svilire dall'interno l'esperienza. Occorre inoltre che queste strutture lavorino in rete, sia tra loro che nel territorio e collaborino con le altre istituzioni socio-assistenziali operanti anche a livello pubblico (ASL, servizi sociali dei Comuni, medici di base, SAD, ADI). Questo però richiede un cambiamento culturale e di mentalità in ordine all'assistenza degli anzaini che al momento sembra essere solo in fase iniziale. Anche una maggiore compartecipazione degli utenti (anziani e famiglie) alla vita e alla progettualità delle strutture è certamente utile, come pure una maggiore attenzione alle innnovazioni tecnologiche nel settore.

Il cambiamento di cultra e di mentalità deve però avvenire a tutti i livelli, e investire il livello della *policy* generale. Tutti gli operatori del settore ne riconoscono infatti l'inadeguatezza e richiedono una decisa inversione di rotta, sia in termini di risorse da destinare a questo settore sia sorattutto a livello di legislazione e di normative che devono consentire una maggiore elasticità, una possibilità di personalizzazione del *care*, combinando linee guida generali per impedire interventi "fai da te" spesso inefficaci se non dannosi, con la valorizzazione sussidiaria delle competenze degli operatori e delle strutture attive sul territorio.

INDICE DELLE FIGURE

2.1- Andamento della popolazione in Italia dal dopoguerra al 2019 (valori assoluti). Anni 1951-2019

2.2 - Andamento della popolazione in Italia dal 2012 al 2019 (valori assoluti). Anni 2012-2019

2.3- Tasso di fecondità totale in Italia. Anni 1950-2019

2.4- Popolazione over 65 sul totale della popolazione residente (valori percentuali). Anni 1951-2019

2.5- Piramide dell'età per fasce quinquennali (in migliaia). Anno 2012

2.6- Piramide dell'età per fasce quinquennali (in migliaia). Anno 2019

2.7- Popolazione over 75 e 65-74 su totale della popolazione italiana (valori percentuali). Anni 2002-2012-2019

2.8- Speranza di vita alla nascita della popolazione italiana. Anni 1974-2018

2.9- Indice di vecchiaia e indice di dipendenza degli anziani in Italia. Anni 2002-2018

2.10-Persone over 65 sul totale della popolazione in alcuni Paesi UE e nel Giappone (valori percentuali), Anno 2018

2.11-Previsione popolazione residente in Italia in milioni. Scenario mediano. Anni 2025-2065.

2.12- Previsione età media della popolazione. Anni 2016-2065 (al 1° gennaio)

2.13- Previsione speranza di vita alla nascita per popolazione maschile e femminile in Italia. Anni 2016-2065

2.14- Previsione popolazione per classe di età in Italia (valori percentuali) Anni 2017-2065

2.15- Previsione piramide età in Italia (in migliaia). Anno 2025

2.16- Previsione piramide età in Italia (in migliaia). Anno 2050

2.17- Età media popolazione in Italia, nel Mondo, in Giappone e in alcuni Paesi europei. Anni 1950, 2015 e previsioni 2050

3.1- Curva di sopravvivenza, limitazioni della vita quotidiana, processi di cambiamento e intersezione con la rete dei servizi

4.1- Speranza di vita alla nascita in alcuni Paesi europei. Anno 2018

4.2- Persone 65+ per condizione di salute percepita e per classi di età (valori percentuali). Anni 2009,2019

4.3- Numero di prese in carico ADI per livello di intensità assistenziale (valori assoluti). Anni 2014-2017

4.4- Anziani over 65 assistiti con servizio ADI (valori assoluti). Anni 2014-2017

4.5- Presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari in Italia (valori assoluti). Anni 2009-2016

4.6- Anziani ospiti nei presidi SA e SS per tipo di disagio. Anni 2009-2016

4.7- Ospiti (65+) nelle SA e SS per intensità sanitaria (valori percentuali sul totale degli ospiti). Anni 2009-2016

4.8- Strutture residenziali per livello assistenziale e rette di degenza massima (valori percentuali). Anno 2018

4.9- Copertura del bisogno dei servizi sociosanitari per tipo di servizio per anziani (65+) non autosufficienti (valori percentuali), Anni 2013-2016

4.10-Spesa pubblica per LTC per anziani 65+ non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (in miliardi). Anni 2006-2016

4.11- Ripartizione della spesa pubblica per LTC per anziani 65+ (valori percentuali). Anno 2016

INDICE DELLE TABELLE

2.1- Andamento della popolazione italiana in termini assoluti e percentuali, nascite, morti, saldo naturale e saldo migratorio. Anni 2012-2018 (dati al 31 dicembre)

2.2- Previsioni andamento demografico per continenti (valori assoluti in milioni e percentuali). Anni 2020, 2030, 2050

2.3- Distribuzione della popolazione italiana per fasce quinquennali (valori assoluti e percentuali). Anni 2002-2012-2019 (dati al 1 gennaio)

2.4- Indicatori demografici della popolazione italiana. Anni 2002-2018

2.5 - Andamento della popolazione nei principali Paesi U.E. e nel Giappone (valori assoluti e variazioni percentuali). Anni 2012, 2018

2.6- Persone over 65 sul totale della popolazione nei principali Paesi UE, nell'UE28 e nel Giappone (valori percentuali). Anni 1970-2018

2.7 - Saldo naturale, età media e speranza di vita della popolazione italiana. Anni 2025-2065

2.8 - Popolazione per fasce d'età dell'Italia, del mondo, del Giappone e di alcuni Paesi europei (valori percentuali). Anni 1950 e 2019 e previsioni anni 2030 e 2059

3.1 - Popolazione anziana (65+) per titolo di studio (valori assoluti in migliaia e percentuali). Anni 2005, 2015, 2019

3.2- Attività culturali, ludiche e ricreative degli anziani (65+) per fasce di età (valori percentuali). Anni 2005-2018

3.3- Pratica sportiva e attività motorie degli anziani (65+) per fasce d'età (valori percentuali). Anni 2005-2019

3.4 - Utilizzo del PC da parte degli anziani (65+) per fasce d'età (valori percentuali). Anni 2015-2019

3.5- Percezione che gli anziani hanno della terza età (valori percentuali). Anno 2012

4.1- Condizioni di salute delle persone over 65 in Italia, per classi di età e sesso (valori percentuali). Anno 2015

4.2- Presenza delle principali malattie croniche e di gravi limitazioni motorie per classi di età e sesso, in Italia e nei Paesi UE (valori percentuali). Anno 2015

4.3- Persone 65+ con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) divisi per sesso e fasce d'età (valori percentuali). Anno 2015

4.4- Persone 65+ con gravi difficoltà nelle attività domestiche (IADL) divisi per sesso e fasce d'età (valori percentuali). Anno 2015

4.5- Persone over 65 con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) o nelle attività domestiche (IADL) suddivise per sesso, classe di età e tipologia famigliare (valori percentuali). Anno 2015

4.6- Beneficiari anziani over 65 dell'Indennità di Accompagnamento (IDA) (percentuale su totale popolazione over 65). Anni 2007-2015

4.7- Servizio ADI: Tasso di anziani assistiti sul totale anziani (valori percentuali). Anni 2014, 2016, 2017

4.8- Stima del numero di badanti diviso per regioni e incidenza ogni 100 abitanti over 75. Anno 2017

4.9- Abitazioni per anziani per anni di costruzione (valori assoluti e percentuali). Anno 2011

4.10- Presidi residenziali socio-assistenziali (SA) e socio-sanitari (SS) in Italia (valori assoluti e % per 100.000 abitanti). Anni 2009-2016

4.11- Presidi residenziali socioassistenziali (SA) e sociosanitari (SS) per aree geografiche (valori assoluti e % su 100.000 ab. e sul totale nazionale dei presidi). Anni 2009, 2013, 2016

4.12- Posti letto operativi per anziani (65+) nei presidi SA e SS e % posti letto su totale anziani (valori assoluti e percentuali). Anni 2009-2016

4.13- Posti letto operativi per anziani 65+ nei presidi SA e SS per area geografica (valori assoluti e percentuali). Anno 2016

4.14- Anziani (65+) autosufficienti e non nei presidi SA e SS per regione (valori assoluti). Anni 2009 e 2016 e differenza

4.15 - Anziani 85 + ospiti nei presidi SA e SS su totale anziani e tipo di disagio (valori assoluti e percentuali). Anni 2009-2016

4.16 - Anziani ospiti nei presidi SA e SS per genere, funzione della protezione sociale e tipo di disagio. Anno 2009

4.17- Anziani ospiti nei presidi SA e SS per genere, funzione della protezione sociale e tipo di disagio. Anno 2016

4.18 - Anziani ospiti dei presidi SA e SS per livello di assistenza sanitaria (valori assoluti e % su totale ospiti 2016). Anni 2009, 2013, 2016

4.19- Anziani ospiti nei presidi SA e SS per livello di assistenza sanitaria e per genere (valori assoluti e percentuale sul totale ospiti) anno 2016

4.20- Posti letto per natura giuridica del titolare (valori assoluti e percentuale sul totale). Anni 2009 e 2016

4.21- Finanziamento pubblico ai presidi (valori assoluti e percentuali su posti letto). Anni 2009 e 2016

4.22 -Distribuzione per aree geografiche dei posti letto per natura giuridica del titolare (valori percentuali sul totale dei posti letto di ogni tipologia) anno 2016

4.23- Posti letto per natura giuridica del titolare per aree geografiche (valori percentuali sul totale dei posti letto per area) Anni 2009 e 2016

4.24- Personale in forza ai presidi SA e SS (valori assoluti). Anni 2009 e 2016

4.25- Personale in forza ai presidi SA e SS per qualifica professionale (valori assoluti). Anno 2016

4.26- Ripartizione dei costi fra sociale e sanitario (in percentuale) per l'assistenza nei presidi per regioni e quota giornaliera. Anno 2016

4.27-Giudizio degli italiani sulla residenzialità per anziani non autosufficienti (valori percentuali). Anno 2015

4.28- Tasso di copertura del bisogno per anziani (65+) non autosufficienti o con limitazioni funzionali (valori percentuali su dati assoluti). Anni 2013-2016

4.29- Tasso di copertura del bisogno di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani (65+) non autosufficienti o con limitazioni funzionali (valori percentuali su dati assoluti). Anno 2016

4.30- Spesa pubblica per LTC anziani (65+) non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (valori assoluti in miliardi di euro e % sul PIL). Anni 2006-2016

4.31- Stanziamenti per il FNPS (in milioni di euro). Anni 2009-2019

4.32- Risorse per il Fondo per la non autosufficienza (in milioni di Euro). Anni 2009-2016

4.33- Spesa per servizi sociali per anziani nei comuni in Italia e per area geografica (valori assoluti in milioni). Anni 2009, 2013

4. 34- Spesa pro capite per servizi sociali per anziani nei comuni in Italia e per area geografica (valori assoluti). Anni 2009, 2013

5.1- Dati personali degli intervistati

5.2- Stato civile al momento dell'intervista

5.3- Numero dei figli al momento dell'intervista

5.4- Titolo di studio

5.5- Attività lavorativa svolta

5.6- Condizioni economiche dalla famiglia

5.7- Località di provenienza degli ospiti intervistati

5.8- Motivazioni prevalenti addotte dagli intervistati per la decisione di entrare in residenza

5.9- Luogo di provenienza prima di entrare in Synergy

5.10 –Intensità delle visite

BANCHE DATI E REPERTORI STATISTICI CONSULTATI

ISTAT

Istat. Annuari statistici (anni 1952-2020)

Istat. Serie storiche (ultima consultazione 5 luglio 2020)

Istat. Geo. Demo-istat (ultima consultazione 5 luglio 2020)

Istat. Dati-anziani.istat.it (Anziani.stat) (ultima consultazione 5 luglio 2020)

Istat: Statistiche report:

La conciliazione tra lavoro e famiglia (anno 2010) 28 dicembre 2011

Attività gratuite a beneficio degli altri (anno 2013) 23 luglio 2014

Gli incidenti domestici (anno 2014) 1 aprile 2016

Bilancio demografico nazionale (anno 2016) 13 giugno 2017

Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea (anno 2015) 26 settembre 2017

Il futuro demografico del paese - 3 maggio 2018

La conciliazione tra lavoro e famiglia (anno 2018) 18 novembre 2019

Indicatori demografici (anno 2019) 11 febbraio 2020

Aspetti di vita degli over 75 – 27 aprile 2020

Bilancio demografico (annpo 2019) 13 luglio 2020

OECD-OCSE

Oecd.Stat. Historical Population; Population projections e Health Statistics su https://stats.oecd.org/ (ultima consultazione 5 luglio 2020)

ONU-UN

Un. World Population Prospects 2019 su https://population.un.org/wpp/ (ulima consultazione 5 luglio 2020)

UN. Department of Economic and Social Affairs. Profiles of Ageing 2019 su https://population.un.org/ProfilesOfAgeing2019/index.html (ultima consultazione 5 luglio 2020)

UNECE Statistical database 2013

BIBLIOGRAFIA

Achembaum, A.W., 2004. *One happy family? Sources of intergenerational solidarity and tensions as contemporary US ages*. In Harper, S. (edt.). *Families and Ageing Societies. A Multi-disciplinary Approach*. Oxford: Oxford University Press, 53-63.

Ahrentzen, S., & Tural, E., 2015. *The role of building design and interiors in ageing actively at home.* In Building Research & Information, 43 (5), 582-601.

Albertini, M., Kohli, M. & Vogel, C., 2007. *Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns — different regimes?* Journal of European Social Policy, 17: 319-334.

Albertini, M. & Pavolini, E., 2017. *Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older europeans.* In Journal of Gerontology: *Social Sciences*, 72 (3): 510-521.

Amendola, G., 2011. *Abitare e vivere la città*. In Golini, A. & Rosina A. (a cura di). *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia.* Bologna: Il Mulino: 97-111

Antoniazzi, S., & Carcano, M., 2017. *L'anziano e il suo tempo. Un problema di riconoscimento*. Milano: Jaca Book.

Arber, S. & Attias-Donfut, C., 2000. *The myth of generational conflict*. New York: Routledge.

Ardemagni, D., Guaita, A., Vitali, S., Cesari, M. & Bergamaschini, L. C., 2019. *Association of Frailty and Social Isolation.* In a Cohort of Older Persons from the Invece Ab Study. Atti del 64° Congresso nazionale ASIGG, Roma, p. 64-65

Arlotti, M., Parma, A. & Ranci, C., 2017. *Riformare diritti sociali iniqui con uno sguardo all'Europa? La sfida dell'indennità di accompagnamento*. In la Rivista delle Politiche Sociali, 3, 29-45.

Arlotti, M., 2018a. *Governance multi-livello e stratificazione viziosa: le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano*. In Autonomie locali e servizi sociali, 1, 53-69.

Arlotti, M., 2018b. *Anziani fragili and ageing in place. Alcune considerazioni sul caso italiano*. In la Rivista delle Politiche Sociali, 4, 77-94

Arlotti, M., & Ranci, C., 2018. Coping with the Care Deficit in Times of Austerity. Different Strategies in Long-Term Care Across the Globe. *Politiche sociali*, 1/2018, 3-14.

Ascoli, U. & Bronzini, M., 2018. *Il welfare, la casa, l'abitare: lo scenario nazionale. Nota introduttiva*. In la Rivista delle Politiche Sociali, 4, 9-23.

Atkinson, P., & Silverman, D., 1997. Kundera's Immortality the Interview Society and the Invention of the Self. *Qualitative Inquiry*. 3, 3: 304-325.

Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff F.C., 2005. European patterns of intergenerational financial and time transfers. *European Journal of Ageing,* 2, 161–173.

Attias-Donfut, C., & Segalen, M., 2005. *Il secolo dei nonni. La rivalutazione di un ruolo*. Roma: Armando.

Augé, M., 1992. Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Éd. du Seuil*

Augé, M., 2014. *Une ethnologie de soi: Le temps sans âge*. Traduzione italiana *Il tempo senza età. La vecchiaia non esiste.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Augé, M.,2019. *Condividere la condizione umana. Un vademecum per il nostro presente*. Sesto San Giovanni: Mimesis

Ávila-Funes, J.A., Helmer C., Amieva H., Barberger-Gateau, P., Le Goff, M., Ritchie, H., Portet F., Carrière, I, Tavernier,B. , Gutiérrez-Robledo, L.M., & Dartigues J.F., 2008. Frailty Among Community-Dwelling Elderly People in France: The Three-City Study. *The Journals of Gerontology*, *Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63 (10), 1089-1096.

Babins, L., 1988. *Conceptual Analysis of Validation Therapy* . International Journal on Aging and Human development, 26, 3, 161-8

Bagarolo, R., 2007. *Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA.* I luoghi della cura online, 2.

Bailey, K. [1982] 2006. *Methods of social research.* New York: The Free Press. Traduzione italiana *Metodi della ricerca sociale.* Bologna: Il Mulino

Baldi, S. & Cagiano de Azevedo, R., 2005. *La popolazione italiana. Storia demografica dal dopoguerra ad oggi*. Bologna: Il Mulino.

Baldini, M., 2010. *Le case degli italiani*. Bologna: Il Mulino

Ball, M.M., Perkins, M.M., Whittington, F.J., Hollingsworth, C., King, S.V., & Coombs, B.L., 2005. *Communities of care: Assisted living for African American elders.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Baltes, P.B., & Reese, H.W., 1984. *The life-span perspective in developmental psychology.* In Bornstein, M.H., & Lamb, M.B. (eds). Developmental psychology. An advanced book. New York Hillsdale (NY): Lawrence Erlbaum Associates.

Baltes, P.B., 1987. *Theoretical propositions on life-span developmental psychology on the dynamics between growth and decline*. *Developmental Psychology*, 23, 5, 611-626.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (eds.), 1990. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences.* Cambridge: Cambridge University Press.

Bandeen-Roche, K., Xue Qian-Li , Ferrucci, L., Walston, J., Guralnik, J. M., Chaves, P., Zeger, S. L. , & Fried, L., 2006. *Phenotype of Frailty: Characterization in the Women's Health and Aging Studies.* The Journals of Gerontology: Series A, Volume 61, Issue 3, 262–266.

Barabaschi, B., 2015. *Intergenerational Solidarity in the Workplace*: Can It Solve Europe's Labor Market and Social Welfare Crisis? *Journal of Workplace Rights,* 1-11.

Barbabella, F., Poli, A., Chiatti, C., Pelliccia, L., & Pesaresi F., 2017. *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati.* In NNA (a cura di). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto*. Maggioli: Rimini, 33-54

Barbani, E., 2014. *La condizione di fragilità dell'anziano: determinanti e caratteristiche*. In Cavazza, G., & Malvi, C., (eds). *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene.* Maggioli: Rimini, 21-26

Barbiellini Amidei, F., Gomellini, M., & Piselli, P., 2018. Il contributo della demografia alla crescita economia. Duecento anni di "storia" italiana. In *Questioni di economia e finanza*. Banca d'Italia. Occasional papers, 431

Barnett, M.L. & Grabowski, D.C., 2020. *Nursing homes are Ground Zero for Covid 19 Pandemic.* In www.jamanetwork.com

Bartlett, F., 1932. Remembering. Cambridge: Cambridge University Press

Basaglia, F., & Basaglia-Ongaro, F., 1968. *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico.* Torino: Einaudi.

Baschiera, B., 2014. *Disegnare un nuovo Welfare sociale: una sfida per le politiche di educazione continua e di invecchiamento attivo*. Formazione Lavoro Persona, 10, 91-104

Bauer JM, Sousa-Poza A., 2015. *Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family.* J Popul Ageing, 8, 113-45.

Bauman, A. & Owen, N., 1999. *Physical activity of adult Australians: epidemiological evidence and potential strategies for health gain.* Journal of Science and Medicine in Sport, 2, 30-41

Baumann, Z., 2000. *La solitudine del cittadino globale*. Milano, Feltrinelli.

Becker, H. S. [1998] 2007. *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino

Beffa Negrini, P., 2009. *Spazi ambientali, luoghi di significato: reciproche modificazioni nel tempo della terza e quarta età.* Giornale di Gerontologia, 57: 369-376

Belloni Sonzogni, A., 2006. *Il divenire delle relazioni nell'ultima fase della vita: vecchie e nuove convivenze, compagni e badanti.* Giornale di Gerontologia, 54, 5:433-434

Beltrametti, L., 2009. *Politiche per la non autosufficienza*. In Dell'Aringa C. et al. (eds). *Le riforme che mancano. Trentaquattro proposte per il welfare del futuro.* Bologna: Il Mulino, 299-307.

Bengtson, V.L. & Schaie, K. W. (eds) 1999. *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.

Bengtson, V.L., & Oyama, P.S., 2007. *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties.* U.N. Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development https://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_bengtson.pdf(visitato il 24 gennaio 2020)

Benjamin B.J., 1999. *Validation: A communication alternative*. In Volicer, L. & Bloom-Charette, L. (eds) *Enhancing the quality of life in advanced dementia*. Philadelphia: PA Brunnr-Mazel, 107-125

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D.B, Hummel, S., Karunananthan, S., & Wolfson, C., 2007. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm - Issues and Controversies. *The Journals* of Gerontology: Series A, Volume 62 (7), 731–737.

Berloto, S. & Perobelli, E., 2019. *Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto.* In Fosti, G. & Notarnicola, E., *Il futuro del settore LTC Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali,* 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Milano: Università Bocconi, Egea

Bernabei, R., Landi, F., Onder, L., G., Liperoti, R., & Gambassi, G., 2008. *Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care.* Journal of Gerontology. Series A-Biological Sciences and medical sciences, 63 (3), 308-313

Bernabei, R., 2015. Il protocollo Inter-RAI occasione tutta da cogliere per la valutazione dell'anziano*. Sanità 24*. Ed. Sole 24 ore, 5.

Bernardini, S., 2003. *La società anziana*. Milano: FrancoAngeli

Bertocci, B., 2010. *L'arte di vivere una vita longeva*. In Giornale di Gerontologia, 58, 425-426

Bettio, F., & Plantenga, J., 2004. *Comparing care regimes in Europe*. Feminist Economics, 10 (1), 85–113.

Bettelheim, B., 1974. A home for the heart. London: Thames & Hudson

Bettio, F., Simonazzi, A., & Villa, P., 2006. Change in care regimes and female migration: The "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16, 3, 271–285.

Bianchin, L., & Faggian, S., 2006. *Guida alla valutazione e al trattamento delle demenze nell'anziano. Strumenti e tecniche per l'operatore*. Milano: FrancoAngeli.

Biassoni, F., Balzarotti, S., & Iannello, P., 2018. Raccontare la transizione in casa di riposo: un intervento per il benessere dell'anziano istituzionalizzato. *Ricerche di psicologia*, 41 (1), 103-112

Bigi, A., 2006. *Religiosità e conversion nella terza età.* Giornale di Gerontologia, 54, 5: 434-435

Billari, F. C., 2004. Becoming an adult in Europe: A macro micro-demographic perspective. *Demographic Research*, Special Collection, 3, 16-44

Billari F. C., & Della Zuanna G., 2008. *La rivoluzione nella culla. Il declino che non c'è*. Milano: Egea- Università Bocconi Editore.

Binstock, R. H., 2005. Old-age policies, politics, and ageism. Generations 29 (3), 73-78

Birren, J.E. & Sloane, R.B., 1980. Handbook of Mental Health and Aging. Englewood Cliffs. Prentice Hall.

Blangiardo, G., 1997. *Elementi di demografia*. Bologna: Il Mulino

Bloom, D.E., Canning, D. & Fink, G., 2011. *Implication of Population Aging for Economic Growth.* Program of the Global Demography of Aging., Working Papers, 64, Harvard

Bodei, R., 2014. *Generazioni. Età della vita, età delle cose*. Bari: Laterza

Bombelli, M.C. & Finzi E., 2006. *Over 45. Quanto conta l'età nel mondo del lavoro*. Milano: Guerini e Associati.

Bonaldi, A., & Vernero, S., 2015. *Slow medicine: un nuovo paradigma in medicina*. In Recenti Progressi in Medicina, 106, 2, 85-91

Borsato, P., 2012. Prefazione. In Vigorelli, P., *Aria nuova nelle case per anziani. Progetti capacitanti*. Milano: FrancoAngeli, 11-17

Bosia, D., Zhang, Y., Thiebat, F., & Savio, L., 2017. Age-friendly cities: public and private space. *Techne,* 14, 319-327.

Bottura, R., 2020. *La felicità dell'operatore*. I luoghi della cura online, 3.

Boyd, D. & Bee, H., 2009. Lifespan Development (5th ed.). New York: Pearson

Bowlby J. [1969] 1999. *Attachment. Attachment and Loss* (vol. 1). Traduzione italiana *L'attaccamento alla madre.* Torino: Bollati Borigìnghieri

Bowlby J. [1973] 1979. *Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss* (vol. 2). Traduzione Italiana *La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri

Bowlby J [1980] 1983. *Loss: Sadness & Depression. Attachment and Loss* (vol. 3). Traduzione italiana *La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri

Bramanti, D., & Boccacin, L., 2012. *Anziani attivi e associazionismo: una prospettiva intergenerazionale.* In Lodigiani, R. *Le generazioni che verranno sono già qui*. FrancoAngeli: Milano, 105- 135.

Brayne, C., McCracken, C., & Matthews, F.E., 2006. Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS). *International Journal of Epidemiology*, 35 (5), 1140-1145.

Breeuwsma, G., 1993. Alles over ontwikkeling : over de grondslagen van de ontwikkelingspsychologie. Boom: Amsterdam

Brizioli, E., 2013. La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG. In Pesaresi, F. (edt) *Residenze Sanitarie Assistenziali*. Rimini: Maggioli: 177-197.

Bronzini, M., 2014. *Nuove forme dell'abitare. L'housing sociale in Italia*. Roma: Carocci Editore.

Brune, K.B., 2011. Culture Change in Long Term Care Services: Eden Greenhouse-Aging in the Community in *Educational Gerontology*, Volume 37, 506-525

Buccoliero, L., 2010. Health 2.0. *Tecnologie per il patient empowerment*. Mondo digitale 9, 3-17

Buffel, T., Remillard-Boillard, S., & Phillipson, C., 2019. Pour des villes amies des aînés: programme d'action en faveur du vieillessement en milieu urbain*. Retraite et Société* 79, 43-60.

Butler, R.N., & Gleason, H.P. (eds), 1985. *Productive Aging: Enhancing Vitality in Later Life*. New York: Springer.

Buzzi, N., Mozzetta, I., Cananzi, G., Maurici, M. & Tondo, E., 2019. Rapporto MEV(i). In Nebo Ricerche Pa. https://www.mortalitaevitabile.it/_mevi/2019/MEVi2019-rapporto.pdf (visitato il 15 aprile 2020)

Bynum, J.P., Andrews, A., Sharp, S., McCollough, D., & Wennberg, J.E., 2011. Fewer hospitalizations result when primary care is highly integrated into a continuing care retirement community. *Health Affairs*, 30, 5, 975-984.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., & Thisted, R.A., 2010. Perceived social isolation makes me sad: Five year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology. In *The Chicago Health, Aging and Social Relations Study. Psychol Aging*, 25, 453-63

Cacioppo, J.T. & Cacioppo, S., 2014. *Social relationship and health: the toxic effect of perceived social isolation.* In Social and Personality Psychology Compass, 2, 58-72.

Caldwell, J.C., 1976. Toward a restatement of demographic transition theory. Population and Development Review*. Population Council,* 2 (3/4), 321–366*.*

Caldwell, J.C., 1982. *Theory of Fertility Decline.* London: Academic Press.

California HealthCare Foundation, 2010. Consumers and health information technology: A nationalsurvey https://www.chcf.org/wpcontent/uploads/2017/12/PDFconsumersHealthInfoTechnologyNationalSurvey.pdf (visitato il 20 maggio 2018)

Calkins, M.P., 2002. *The nursing home of the future: Are you ready?.* Nursing Homes Long-Term Care Management. Su https://www.iadvanceseniorcare.com/the-nursing-home-of-the-future-are-you-ready/

Campbell, A. J. & Buchner, D. M., 1997. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, Volume 26, 315–318.

Capodaglio, E.M., 2018. Physical activity, tool for the prevention and management of chronic diseases. Giornale italiano di medicina del Lavoro ed Ergonomia; 40:106-19

Carabelli, G. & Facchini, C., 2011. *Il modello lombardo di welfare. Continuità, riassestamenti, prospettive.* Milano: FrancoAngeli.

Cardano, M., 2011. *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il Mulino

Cardenas, L., 2020. *Rsa: luci ed ombre nell'attraversamento dell'emergenza Covid.* I luoghi della cura online, 4

Carstensen L., 1992. Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7:3, 31-8.

Carugati, A., Giangreco, A., & Sebastiano, A., 2011. Moving the Implementation Line: A Nursing Home's Path to Success with IT. In *Systèmes d'Information et Management*, 16, (4), 73-101

Castle, N.G., & Ferguson, J.C., 2010. *What Is nursing home quality and how is it measured?* The Gerontologist, 50, 4, 426-442.

Catanzaro, R. & Colombo A. (a cura di), 2009. *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia.* Bologna: Il Mulino.

Cavallari, F., 2018. *La cura è relazione*. Torino. Lindau

Cavallero, P., Ferrari, M., & Bertocci, B., 2006. *La solitudine degli anziani autosufficienti*. Giornale di Gerontologia, 54, 24-7.

Cavazza, G., & Malvi, C., (eds) 2014. *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*. Rimini: Maggioli Editore.

Ceccorulli, M., Fassi, E., & Lucarelli, S., 2009. NATO's demographic paradox. In Global Change Peace and Security, 29 (3): 249-271

Censi, A., 2008. *L'esercizio del rispetto nella relazione di cura*. Luoghi della cura online, 3

CENSIS, 2015a. *Sostenere il welfare famigliare.* https://www.assindatcolf.it/wpcontent/uploads/2018/05/RUBRICA-STATISTICHE-DOSSIER-ASSINDATCOLF-Sostenere-il-welfare-familiare-Rapporto-Censis.pdf (visitato il 10 gennaio 2020)

CENSIS, 2015b. *Rapporto sulla situazione sociale del Paese*. Milano: FrancoAngeli.

CENSIS, 2015c. *Modelli di risposta top standard ai bisogni di tutela delle persone non autosufficienti. Il piano della cultura sociale collettiva. Analisi socio-economica e*

istituzionale del fenomeno. https://www.camera.it/temiap/2015/02/24/OCD177972.pdf (visitato il 15 dicembre 2019)

CENSIS, 2016. *L'Italia delle generazioni.* https://www.oiconlus.it/2016/05/16/litalia-delle-generazioni-il-primo-rapporto-sulla-ricerca-realizzata-da-censis-e-hpnr-con-oic/ (visitato il 6 marzo 2020).

CENSIS, 2017. La gestione della cronicità: il ruolo strategico del caregiver. Il quadro generale ed un focus sul Parkinson. http://www.condicio.it/allegati/323/Caregiver_Parkinson_Sintesi2017.pdf (visitato il 23 settembre 2018)

CENSIS, 2019. Settori e soggetti del sociale. In *Rapporto sulla situazione sociale del paese,* 95-332. Milano: FrancoAngeli.

CENSIS-Tendercapital, 2020. La silver economy e le sue conseguenze nella società post Covid-19. Su https://tendercapital.com/osservatorio-censis-tendercapital-la-silver-economy-nella-societa-post-covid-19/ (visitato il 6 luglio 2020)

Cesa-Bianchi, M., 1998. Giovani per sempre? L'arte di invecchiare. Roma-Bari: Laterza.

Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C., 2009. *Vecchio sarà lei. Muoversi, pensare, comunicare*. Napoli: Guida

Cesari, M., Leeuwenburgh, C., Lauretani, F., Onder, G., Bandinelli, S., Maraldi, C., Guralnik, J. M., Pahor, M., & Ferrucci, L., 2006. *Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study*. The American Journal of Clinical Nutrition, 83, (5), 1142-1148.

Charles, S.T. & Carstensen, L. L., 2009. *Social and emotional aging*. Annu Rev Psychol, 61, 383-409

Chattat, R., 2004. L'invecchiamento. Processi psicologici e strumenti di valutazione. Roma: Carocci

Chaunu, P., & Suffert, G., 1976. *La peste blanche*. Paris: Gallimard

Chauvel, L., 2007. Generazioni sociali, prospettive di vita e sostenibilità del welfare. In La Rivista delle Politiche Sociali, 4 (3), 43-72

Chiatti, C., Barbabella, F. & Masera, F., 2013. Gli standard e i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale. In NNA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia* (4° rapporto), 71-91. Rimini: Maggioli.

Chen, M.L, Chu, L. & Chen, H.C., 2004. *Impact of cancer patients quality of life on that of spouse caregivers.* Support care cancer, 12, 469-475

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vupel, G.W., 2009. Ageing population: the challenges ahead. The Lancet , 374, 1196-1208

Ciarini, A., 2011. Il sostegno al "caregiving" famigliare in Italia e in Europa. In M. Paci, E. Pugliese (a cura di), *Welfare e promozione della capacità.* Bologna: Il Mulino.

Cioni, F., 1999. *Solidarietà tra generazioni. Anziani e famiglie in Italia*. Milano: FrancoAngeli

Cipolla, C. & Guarino, F., (a cura di), 2009. *e-Care e anziani fragili*. *Una sperimentazione tra Bologna e Ferrara*. Società e Salute. Milano: FrancoAngeli

Clifford, J., [1997] 1999. *Routes: Travel and Translation in the Late Twentieth Century*. Traduzione italiana *Strade. Viaggi e traduzioni alla fine del XX secolo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Cocco, F., & Pibiri, R., 2011. *Residenze sociali con servizi per anziani. Il modello della "vivienda dotacional" del Comune di Barcellona.* Atti del convegno Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa. Espanet Conference. Milano, 29 settembre 2011

Coleman, T., Kearns, R.A. & Wiles, J., 2016. *Older adult's experiences of home maintenance issues and opportunities to mantain ageing in place*. Housing Studies, 31, 8: 964-983

Colombo, M., 2012. *Milano città che apprende: la partecipazione degli anziani al lifelong learning.* In Lodigiani, R., Rapporto sulla città Milano 2012. Le generazioni che verranno sono già qui. FrancoAngeli: Milano, 137- 158

Colombo, M., 2020. *Rsa e pandemia: considerazioni a tappe.* I luoghi della cura online, 21 ottobre

Conway, M.A. & Pleydell-Pearce, C.W., 2000. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. In *Psychological Review*, 107, 261-288.

Coons, D. & Mace, N., 1996. *Quality of Life in Long-Term Care*. Binghampton NewYork: The Haworth Press

Coppo, P., 1996. *Etnopsichiatria*. Milano: Il Saggiatore.

Corbetta, P., 2014. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale.* Bologna: Il Mulino

Corsi, M., & Ulivieri, S. (eds), 2012. *Progetto generazioni. Bambini e anziani: due stagioni della vita a confronto*. Pisa: ETS.

Corsini, M., 2006. *Anziani e contraddittorietà del bene immobiliare*. In la Rivista delle Politiche Sociali, 3, 139-149.

Cortellesi, G., & Kernan, M., 2016. *Together Old and Young: How Informal Contact between Young Children and Older People Can Lead to Intergenerational Solidarity. Studia paedagogica* 21, 101-116.

Cossentino, F. Mottura G., 2005. *Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna*, Agenzia Sanitaria Regionale Regione Emilia-Romagna, dossier.

Costa, G., 2007. *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*. Roma:Carocci.

Costa, G., 2008. *Mantenere dritto il timone del quotidiano: "caregiving" e riorientamenti di senso,* Rassegna Italiana di Sociologia, 2, 183-213. Bologna:Il Mulino

Costa, G., 2011. *Il Long Term Care in Italia: un caso di cambiamento istituzionale graduale senza riforme,* In Rivista delle Politiche Sociali, 4.

Costa, G., 2013. Long-Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change. In Ranci, C., & Pavolini, E., (a cura di), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer

Costa, G., Brandsen T., Palvarini, P., Bezovan, G., 2014. *Urban housing systems in times of crisis.* In T. Brandsen, S., Sabatinelli & Ranci, C. (a cura di), *Social vulnerability in European cities. The role of local welfare in times of crisis*. Londra: Palgrave

Costa, G., 2015a. *Politiche e progetti abitativi di nuova generazione a sostegno dell'autonomia abitativa dei giovani a Torino e a Milano*. In Autonomie locali e servizi sociali, 1, 35-53.

Costa, G., 2015b. *I programmi organizzati di coabitazione intergenerazionale, aspetti comparati.* In Territorio, 75, 51-*58*. Milano: FrancoAngeli.

Costa, G., 2016. *Abitare insieme sotto lo stesso tetto, dietro la stessa porta*. In Territorio, 75, 51-58

Costa G., 2017. La coabitazione. In Pasquinelli, S. (a cura di), Il Welfare collaborativo. Ricerche e pratiche di aiuto condiviso. http://www.qualificare.info/upload/WELCO_testo_finale.pdf (visitato il 8 marzo 2020)

Costa, G., 2018. *Re-Locating to Intermediate Housing + Old Age Care Structures in Italy*. In Cambio, 1, 15, 27-38.

Costa, G., 2019. *Viviano insieme? Breve excursus sui programmi organizzati di coabitazione intergenerazionale*. In Danesi G. (a cura di) *Abitare solidale. Pratiche ed esperienze di coabitazione sociale,* Auser, 11-19 Firenze: Briciole.

Danesi, G., 2019. *Abitare solidale. Pratiche ed esperienze di coabitazione sociale*. Briciole, 50, Firenze: Cesvot.

Cooper, J., 2010. *Ageing in place: issues facing Manitoba seniors*. Centre on Ageing, 27° annual spring research symposium, May, 3.

Courts, N. F., 2000. *Psychosocial adjustment of patients on home hemodialysis and their partners.* Clinical Nursing Research, 9, 177-190.

Cristini, C., & Cesa-Bianchi G., 2008. *Vecchio: sostantivo o aggettivo?* Ricerche di Psicologia, 2, 35-70

Crivelli, R., Ardia, M., Bervini, R., & Piatti, F., 2010. *Coabitan-Ti: concetto di abitazioni per anziani in Ticino.* Studi sulla popolazione anziana in Ticino. SUPSI

Cucurachi, M. G., 2007. Attraversare la vita dopo gli ottant'anni. In Bordogna Tognetti, M., *I grandi anziani tra definizione sociale e salute.* Milano: FrancoAngeli

Cumming E. & Henry W., 1961. *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books

Daatland, S. O. & Herlofson, K., 2003. "Lost solidarity" or "changed solidarity". A comparative European view of normative solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537-560.

Day, C., 1997. *Validation therapy: a review of the Literature.* Journal of Gerontological Nursing, 23, 29-34

Da Roit, B., 2007. Changing International solidarities with in families in a Mediterranean welfare state: elderly care in Italy. In *Current Sociology*, 55, (2), 251-269

Da Roit, B. & Facchini, C., 2010. *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce*. Milano: FrancoAngeli.

Da Roit, B., 2017. *Quarant'anni di politiche di long-term care in Italia e in Europa*. In Autonomie locali e servizi sociali, 3, 593-607.

Davis, F., 1973. The Martian and the Covert: Ontological Polarities in Social Research. In *Urban Life,* 3, 333-343.

De Beauvoir, S., [1970] 1971. *La Vieillesse*, Traduzione italiana *La terza età*. Einaudi: Torino.

De Beni R., 2009. *Psicologia dell'invecchiamento*. Bologna: Il Mulino

De Leo, D. & Trabucchi, M., 2019. *Maledetta solitudine. Cause ed effetti di un'esperienza difficile da tollerare.* Milano: Edizioni San Paolo.

De Lepeleire, J., Iliffe, S., Mann, E. & Degryse, J.M., 2009. Frailty: an emerging concept for general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 562, 177-82.

Della Bella, S. & Lucchini, M., 2015. *La non autosufficienza in Italia: un'analisi multivariata*. In *Ripensare le politiche per la non autosufficienza. Liberare e qualificare il potenziale del neo-mutualismo*. Bologna: Il Mulino.

Delle Donne, M., 2013. *Il benessere degli anziani. Quali interventi sociosanitari?* Roma: Edizioni Lavoro.

Demurtas, P., Gesano, G., Heins, F., Menniti, A., & Prosperi, M. 2014. *L'uso del tempo degli italiani e il processo d'invecchiamento.* - Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Working papers n. 65/2014. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche

De Nardis, P. & Alteri, L., 2012. I costi sociali dell'essere un paese di vecchi. In Tiziano Treu (a cura di*) L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età.* Bologna: Il Mulino

Deriu, F.R., 2018. *Coabitazione intergenerazionale: due studi di caso a confronto in Italia e a Taiwan.* In Ascoli, U. & Bronzini, M. (a cura di). La "nuova" questione abitativa tra criticità consolidate e prospettive inedite. la Rivista delle Politiche sociali. 4, 135-163.

Deusdad, B.A., Pace, C., & Anttonen, A., 2016. Facing the Challenges. In the Development of Long-Term Care for Older People in Europe. In the Context of an Economic Crisis. Journal of Social Service Research, 42 (2), 144–150

De Vries, N.M., Staal, J.B., van Ravensberg, C.D., Hobbelen, J.S.M., Olde Rikkert M.G.M., Nijhuis-van der Sanden', M.W.G. 2011. *Outcome instruments to measure frailty: A systematic review*. In Ageing Research Reviews, 10, (1), 104 -114

Dickinson, E. J., & Young, A. 1990. *A framework for medical assessment for functional performance*. The Lancet, 335, 778-789

Diener, E., Emmons R. & Larsen A. 1985. *The satisfactions with life scale*. Journal of Personality Assessment 1985;49:71-5

Di Sandro, E. 2018. *Bambini e anziani: tra continuità storiche e inedite prospettive educative*. *Studi sulla formazione.* 21, 87-102

Domina, Associazione nazionale famiglie datori di lavoro domestico (a cura di) 2017. *Care economy: datori di lavoro come attori economici. Come incide il lavoro domestico sul PIL italiano,* https://associazionedomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf (visitato il 10 gennaio 2020)

Dominguez, L., & Barbagallo, M., 2017. *The relevance of nutrition for the concept of cognitive frailty.* Current Opinion in Clinical Nutritution and Metabolic Care, 20 (1), 61-68

Donabedian, A., 1988. *The quality of care*. Journal of the American Medical Association. 260,1743–1748.

Donati, P., 2002. *Equità fra le generazioni: Una nuova norma sociale*. http://www.pass.va/content/dam/scienzesociali/pdf/acta8/acta8-donati2.pdf (visitato il 20 febbraio 2020)

Dorfman, L.T., & Moffet, M.M., 1987. *Retriement satisfaction in married and widowed rural women.* In The Gerontologist, 27, 2015-21.

Drageset, J., Kirkevold, M. & Espehaug B. 2011. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 48, 611-9.

Dumont, G.F., Chaunu, P., Legrand, J., & Sauvy, A. 1979. *La France ridèe*. Paris, Hachette.

Dumont, G. F. 2017. L'Union Européenne entre "hiver démographique" et crise des migrants, *Diplomatie, Les grands dossiers, 36*.

Dykstra PA, Van Tilburg T, & De Jong Gierveld J. 2005. *Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study.* Research on Aging, 27, 725-47.

Dykstra, P.A. (2010) *Intergenerational family relationship in ageing society.* New York-Geneve UNECE.

Egidi, V., & Salvini, S. 2009. *Salute e qualità della sopravvivenza*. In Ongaro, F., & Salvini, S. (eds). *Rapporto sulla popolazione. Salute e sopravvivenza*. Bologna: Il Mulino.

Ehrlich, P., 1968 *The Population Bomb*, New York, Ballantine, 1968

Elias, N., 1985. *La solitudine del morente.* Bologna: Il Mulino

Erikson E., [1950] 2008. *Childhood and society*. Traduzione italiana *Infanzia e* società. Armando Editore, Roma.

Erikson E., [1982] 1999. *The Life Cycle Completed* Traduzione italiana *I cicli della vita*. *Continuità e mutamenti.* Armando Editore: Roma

Esping-Andersen G., [1999] 2000. *Social foundations of postindustrial economies.* Traduzione italiana. *I fondamenti sociali delle economie postindustriali.* Bologna: Il Mulino.

Eurobarometro, 2011. *Volontariato e solidarietà intergenerazionale,* 75.2. https://europarl.europa.eu/at-your-service/files/be-heard/eurobarometer/2011/2011-european-year-of-volunteering/aggregate-report/it-aggregation-report-2011-european-year-of-volunteering-201110.pdf(visitato il 4 aprile 2018)

EURICSE, 2015. *Integrazione nella filiera dei servizi agli anziani. Soluzioni innovative per il benessere dell'individuo e della famiglia. Report ACLI*. https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2019/12/Report-EURICSE-ACLI-Soluzioni-innovative.pdf (visitato il 4 maggio 2020)

EURISPES, 2012. *Rapporto Italia*. https://eurispes.eu/ricerca-rapporto/rapporto-italia-2012/ (visitato il 20 marzo 2019)

Eurostat, 2018. *Struttura e invecchiamento della popolazione*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population (visitato il 20 ottobre 2019)

Facchini, C., 2012. *La transizione al pensionamento : strategie, vissuti e mutamenti in atto*. In Lodigiani, R., *Le generazioni che verranno sono già qui.* Milano: FrancoAngeli.

Facchini, C., & Rampazi, M., 2006. *Generazioni anziane tra vecchie e nuove incertezze*, Rassegna Italiana di Sociologia, 1, 61-90

Facchini, C., (a cura di), 2005. *Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia,* Europa. Rapporto SPI CGIL-Cadef. Milano: FrancoAngeli.

Faggian, S., Borella, E., & Pavan, G., 2013. *Qualità di cura e qualità di vita della persona con demenza. Dalla misurazione all'intervento.* Milano: FrancoAngeli.

Falasca, C., (a cura di) 2017. *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo.* Auser-Associazione per l'invecchiamento attivo. https://www.auser.it/wp-content/uploads/2017/02/RICERCA%20DOMICILIARITA.pdf (visitato il 6 gennaio 2020)

Falasca, C., 2018. *Il diritto di invecchiare a casa propria. Problemi e prospettive della domiciliarità*. Studi e Ricerche. Roma: Liberetà

Falasca, P., Berardo, A., & Di Tommaso, F. 2011. Development and validation of predictive MoSaiCo on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? *Ann Ist Super Sanità*. 47 (2), 220-238

Falsiroli, C., Colloca, G., & Landi, F. 2014. *Il Vaor: storia di questi ultimi 20 anni*. I luoghi della cura, 12, (4), 8-1

Fazzi, L., 2014. *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*. Rimini: Maggioli

Feil, N. & De Klerk-Rubin, V., 1982. *Validation: The Feil Method, how to Help Disoriented Old-Old*. Edward Feil Productions.

Feil, N., 1993. Validation therapy with late-onset dementia populations. In Jones, M. M. Gemma & Miesen Bere, M.L. (a cura di) *Caregiving in Dementia; research and applications*, vol. 1, New York, Routledge, 199-218.

Ferrucci, L., Marchionni, N. & Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale, 2001. *Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi.* Giornale di Gerontologia, 49, 51-67

Finch, J., & Mason, J., 1990. *Filial obligations and kin support for elderly people*. *Ageing and Society*, 10, 151-175.

Finley, N. J., Roberts, M. D., & Banahan, B. F., 1988. *Motivators and inhibitors of attitudes of filial obligation toward aging parents*. The Gerontologist, 28, 73-78.

Fiori, K. L., Antonucci, T. & Akiyama, H., 2008 *Profiles of social relations among older adults: a cross-cultural approach*. Ageing & Society, 28, 203-231

Fiori, K. L. & Jager J. 2012. *The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood. A longitudinal, pattern-centered approach*. International Journal of Behavioral Development, 36, 117-29

Fisher B. J., 1992. *Successful aging and life satisfaction. A pilot study for conceptual clarification.* In "Journal of Aging Studies", 6.

Fivush, R., 1991. *The social construction of personal narratives.* In Merrill-Palmer Quarterly, 37, 59-82.

Folsom, J. C., 1966. *Reality orientation for the elderly mental patient*. *Journal of Geriatric Psychiatry,* 1, 291–307.

Foroni, M., Mussi, C., Erzilli, E., & Salvioli G., 2006. *L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico?* Giornale di Gerontologia, 54, 255-259

Fosti, G., 2013. *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti.* Milano: Egea

Fosti, G., & Notarnicola, E. (a cura di) 2014. *Il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti.* Milano: Egea

Fosti, G. & Notarnicola, E., (a cura di) 2018. *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care*. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Miano: Università Bocconi, Egea.

Fosti, G., & Notarnicola, E. (a cura di) 2019. *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali* 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Milano: Università Bocconi, Egea.

Franci, A. & Corsi, M., 2006. *Distribuzione territoriale, costi e qualità in case per anziani*. Urbino, Università di Urbino Carlo Bo, Centro Studi organizzazioni Socio Sanitarie.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., & McBurnie, M.A., 2001. *Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype*. The Journals of Gerontology, Series A, 56, (3), 146–157.

Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D. & Anderson, G., 2004. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care.* The Journals of Gerontology, Series A, 59, 3, 255-263.

Fonzi A., 2008. *Si può avere una vecchiaia migliore? Riflessioni su alcune strategie di coping.* Ricerche di Psicologia 1, 23-34.

Foucault, M., 1963. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical.* Paris: Presses Universitaires de France.

Foucault, M., 1975. *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard

Freund, A.M., & Baltes, P.B. (1998). *Selection, Optimization and Compemsation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging.* Pschologyand Aging, 13, 531-543

Fulop, T., Larbi, A., Witkowski, J.M., McElhaney, J., Loeb, M., Mitnitski, A., & Pawelec, G., 2010. Aging, frailty and age-related diseases, *Biogerontology* 547–563

Gajewski, P.D. & Falkenstein, M., 2016. *Physical activity and neurocognitive functioning in aging. A condensed updated review.* Eur Rev Aging Phys Act. 13, 1.

Gallucci, M., (a cura di) 2004. *La motivazione nell'assistere e curare l'anziano*. Argei-Associazione Ricerca Geriatrica Interdisciplinare Treviso: Antilia

Gans, D., & Silverstein, M., 2006. *Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations.* Journal of Marriage and Family, 68, 961-976.

Gaugler, J.E., 2005. *Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review.* Aging & Mental Health, 9, 105–118.

Gava, L., Marigo, C., Buranello, A., Pavan, G. & Borella, E. 2014. *Le reti di supporto informale in una residenza per anziani autosufficienti.* Gionale di Gerontologia, 1, (62), 39-46

Gesano, G., & Heins, F., 2004. *La popolazione italiana negli anni novanta*. In E. Pugliese (a cura di) *Lo stato sociale in Italia. Un decennio di riforme,* rapporto Irpps-Cnr. Roma:Donzelli

Ghirardelli, M., 1994. *Iniziative residenziali per la terza età in Danimarca, in Saiedue. Le esigenze abitative dell'anziano.* Bologna: Grafiche Zanini, 171-180.

Giarrusso, R., Stallings, M., & Bengtson, V. L., 1995. The "intergenerational stake" hypothesis revisited: Parent-child differences in perceptions of relationships 20 years later. In Bengtson, V. L. Schaie, K. W., & Burton, L. M. (a cura di), *Adult intergenerational relations: Effects of societal change*. New York: Springer, 227-263.

Gibson, R. C., 1995, Promoting successful and productive aging in minority populations. In Bond, L. A., Cutler, S. J., Grams, A. (a cura di), *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, Sage.

Gill T.M., Allore, H.G., Hardy, S. E., & Zhenchao, G., 2006. *The dynamic nature of mobility disability in older persons*. Journal of the American Geriatrics Society, 54, (2), 248-254.

Gill T. M.,& Gahbauer E. A., 2008. *Evaluating disability over discrete periods of time.* The Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences, 63, (6), 588-594.

Gill T. M. 2010. *Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies*. Journal of the American Geriatrics Society, 58, (2) 308–312.

Gilleard, C., 2007. *The impact of age, place, aging in place, and attachment to place in the well-being of the over 50's in England*. Research on Aging, 29, 590-605.

Giunco, F., Predazzi M., Costa G., 2013. *Verso nuovi modelli di residenzialità*. Il progetto Abitare Leggero. *I luoghi della cura*, 4, 13-20

Giunco, F. (a cura di), 2014. *Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani*. Quaderni dell'osservatorio, 17, Fondazione Cariplo.

Giunco, F., 2016. *Le RSA in Lombardia. Un modello ancora attuale?* In Lombardia Sociale http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/le-rsa-in-lombardia-un-modello-ancora-attuale.pdf

Giunco, F., 2019. Sono vecchio, ma già da un po'...La provocazione della normalità. In Mazzucchelli, F. (a cura di). *Essere anziani oggi. Riflessioni su invecchiamento e morte*. Milano: FrancoAngeli.

Giuni, M., & Stoico, K., 2007. *Memoria, identità, reminiscenza.* In Bordogna Tognetti, M., (a cura di), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute.* Milano: FrancoAngeli.

Glaser, B.G., & Strauss, A.L., 1967. *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.

Glendinning, C., 2017. Long-term care and austerity in the UK: a growing crisis. In Greeve, B. (a cura di), *Long-term Care for the Elderly in Europe*. New York: Routledge.

Glozman, J. M., 2004. *Quality of life of caregivers*. Neuropsychological Review, 14, 183-196.

Gobbens, R.J.J., Luijkx, K.G., Wijnen-Sponselee M.T., Schols, J.M.G.A., 2010. In *Search of an Integral Conceptual Definition of Frailty: Opinions of Experts.* Journal of the American Medical Directors Association, 11, 5, 338-343.

Gobbens, R. J., van Assen, M.A.L.M., Luijkx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., Schols, J.M.G.A., 2010. *Determinants of Frailty.* Journal of the American Medical Directors Association, 11, (5), 356-364.

Goffman, E., 1961. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*.. Published by arrangement with Doubleday, a division of the Doubleday Broadway Publishing Group, a division of Random House, Inc.

Golini, A., & Lo Prete, M.V., 2019. *Italiani poca gente. Il Paese ai tempi del malessere demografico*, Roma: Luiss University Press.

Golini, A., 2009. *Il futuro della popolazione nel mondo*. Bologna: Il Mulino.

Golini, A., & Rosina A. (a cura di), 2011. *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia.* Bologna: Il Mulino.

Gori, C., 2002. *Il welfare nascosto*. Roma: Carocci

Gori, C. & Trabucchi, M., 2020. *Residenze per anziani e Covid 19. Come non parlarne a sproposito.* Taccuino sul mondo nuovo. I luoghi della cura online, 2.

Gori, C., Fernandez, J.L. & Wittenberg, R., (a cura di), 2015a. *Long-term Care Reforms in OECD Countries*. Bristol: Policy Press

Gori, C., & Rusmini, G., 2015b. *La rete dei servizi sotto pressione*. In NNA (a cura di). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.* 5° Rapporto. Rimini: Maggioli.

Gori, C., 2017. L'età dell'incertezza. In NNA-Network Non autosufficienza (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Il tempo delle risposte.* 6° Rapporto 2017-2018. Rimini: Maggioli.

Gori, C., 2018a. *Changing long-term care provision at the local level in times of austerity – a qualitative study.* Cambridge: University Press.

Gori, C., (a cura di) 2018b. *Il welfare delle riforme. Le politiche lombarde tra norme e attuazione.* Rimini: Maggioli Editore.

Gori, C. & Trabucchi, M, 2020. Domiciliarità: più fondi non bastano senza una nuova progettualità. I luoghi della cura online, 2

Granger, C.V., Dewis, L.S., Peters, N.C., Sherwood, C., &. Barrett, J.E., 1979. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures*. Arch Phys Med Rehabil*. 60, (1), 14-7.

Greco, M.T., 2013. *La fragilità e la vulnerabilità in sanità. Sintesi dei risultati di un processo di ricerca sul campo per identificare determinanti di fragilità e vulnerabilità sociale e suggerire approcci migliorativi in popolazioni a maggiore rischio*. Ricerca e pratica, 29, 63-73.

Greene, K., 2010. *Continuing-Care Retirement Communities: Wheighing the Risks*. *The Wall Street Journal,* online.

Greenwald, A.G., 1980. *The totalitarian ego: fabrication and revision of personal history*. In American Psychologist, 35, 603-618.

Gresleri, J., 2007. *Residenze per anziani. L'istituzione negata*. Milano: Clup

Gresleri, J., 2007. *Abitare nella terza età in Europa. Inchiesta. Politiche abitative e soluzioni architettoniche sviluppate per l'abitare per anziani in alcuni paesi membri della Comunità europea alla fine del XX secolo*. In Inchiesta, 50-56.

Greve, B., 2017. *Some concluding reflections.* In Greve, B. (a cura di), *Long-term Care for the Elderly in Europe*, 185–93. New York: Routledge.

Greve, B., 2017. Long-term care in Denmark, with an eye to the other Nordic welfare states. In Greve, B. (a cura di), *Long-term Care for the Elderly in Europe*, 168–84. New York: Routledge.

Guaita, A., Pucci, D., 2001. *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa*. In Tendenze Nuove, 3.

Guaita, A., 2015. La valutazione multidimensionale geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali. I luoghi della cura, XIII, (1), 17-21.

Guaita, A., Trabucchi, M., 2017. *La residenzialità*. In NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto. 2017-2018.* 129-150. Rimini: Maggioli Editore.

Gualano MR., Voglino G., Bert F., Thomas R., Camussi E., Siliquini R., 2018. *The impact of intergenerational programs on children and older adults: a review*. In Int Psychogeriatr, 4, 451-468.

Guarracino, S., 2016. *Allarme demografico. Sovrappopolazione e spopolamento dal XVII al XXI secolo.* Milano: Il Saggiatore.

Gubert, E., 2019. *Sostenere la domiciliarità: i nodi da sciogliere.* I luoghi della cura online, 5.

Guilley, E., Ghisletta, P., Armi,F., Berchtold, A, Lalive d'Epinay, C., Michel, J.P., de Ribaupierre, A., 2008. Dynamics of Frailty and ADL Dependence in a Five-Year Longitudinal Study of Octogenarians, 299-317. Research on Aging.

Guralnik, J. M., 1995. *The women's health and aging study. Health and social characteristics of older women with disability.* Bethesda, MD: National Institute on Aging, NIH Publication n. 95-4009.

Gustafson, DH, Sainfort FC, Van Konigsveld R, & Zimmerman D.R., 1990. *The quality assessment index for measuring nursing home quality*. Health Services Research. 25, 97–128.

Haberkern, K. & Szydlik, M., 2010. *State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries.* Ageing & Society, 30, 299-323.

Halbwachs, M., 1925. *Les cadres sociaux de la memoire*. Paris: Albin Michel

Halbwachs, M., 1949. *La memoire collective*. Paris: Albin Michel

Hank, K., 2007. *Proximity and contacts between older parents and their children: a European comparison.* Journal of Marriage and Family, 69, 157-173.

Hatton-Yeo, A., 2010. *An introduction to intergenerational practice*. In Working with Older People, 14, 2, 4-11.

Havighurst, R. J., 1963. *Successful aging*. In R. H. Williams, C. Tibbitts, & W. Donohue (a cura di), *Processes of aging, social and psychological perspectives.* New York: Atherton.

Hawes C, Rose M, Phillips C., 1999. *A national study of assisted living for the frail elderly. Executive summary: Results of a national survey of facilities*. Beachwood, OH: Myers Research Institute

Hazer O, Boylu A., 2010 *The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly*. Procedia Social and Behavioral Sciences, 9, 283-289

Henrad, J.C., 2002. *Les défis du vieillissement*. Paris: La Découverte

Herlofston, K. & Hagestad, G., 2011. *Challenges in moving from macro to micro: population and family structures in ageing societies.* Demographic Research, 25, 337-370.

Hillman, J., [1999] 2000. *The force of character and the lasting life.* Traduzione italiana *La forza del carattere.* Milano: Adelphi

Hirdes, J.P. & Forbes, W.F., 1993. *Factors associated with the maintenance of good self-esteem health.* Journal of Aging and Health. 5, 101-122

Housing in Denmark, 2007. *Centre for Housing and Welfare* – Realdania. Research, International Federation for Housing and Planning, World Congress, Copenhagen. http://www.boligforskning.dk/sites/default/files/Housing_130907.pdf

Holloran-Hitzel, S. & Bressler-Richardson, E., 1996. *Cognitive reorganization: practical math workbook*. Austin Texas : Pro-ed.

Huntington, S. P., [1996] 2000. *The clash of civilizations and the remaking of world order*. Traduzione italiana *Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale. Il futuro geopolitico del pianeta.* Milano: Garzanti.

Hopewell, S., Adedire, O., Copsey, B.J., 2018. *Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database, 7

Innocenti, E. & Vecchiato, T. (a cura di), 2013. *Volontariato e invecchiamento attivo.* I quaderni, 65. Firenze: Cesvot edizioni.

Intini, U., 2016. *Lotta di classi tra giovani e vecchi*. Roma: Edizioni Ponte Sisto

IRES Morosini, 2020. Per la rigenerazione delle politiche rivolte agli anziani. Studio sulle Rsa e sulle case di riposo in Italia. http://www.iresluciamorosini.it (visitato il 30 aprile 2020)

Iurlaro, F., 2019. *La valutazione della non autosufficienza.* I luoghi della cura online, 2.

Jeffrey, C., A., Kenneth, T. & Barbagli, M. (a cura di), 2008. *Sociologia*. Bologna, Il Mulino

Johansson L, & Sundström G., 2006. *Policies and Practices in Support of Family Caregivers-Filial Obligations Redefined in Sweden.* Journal of Aging & Social Policy, 12, 3-16.

Johnson, P. (a cura di), 1998. *Old Age in History: from Antiquity to Postmodernity*. London: Routledge.

Jones, A.L., Dwyer, L.L., Bercovitz, A.R., & Strahan, G.W., 2009. *The national nursing home survey: 2004 overview.* Vital Heart Statistics, 13, 167, 1-155.

Jones, M.M, Guaita, A., Vitali S.F., Cippo Perelli L., & Bagarolo R., 1996. *Gentle Care, a new prosthetic approach to the care of demented elderly people.* The Lancet Conference of dementias, Edimburgh.

Jones, M.M., 2005. *Gentlecare. Un modello positivo di assitenza per l'Alzheimer*. Roma: Carocci.

Jones, T.G., Hanks, R.A., Lichtenberg, P. & Talmet, K., 2003. *Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults.* Clin Neuropsychol, 7, 3-18.

Jürschik Giménez, P., Escobar Bravo, M.A., Nuin Orrio, C., & Botigué Satorra, T., 2011. *Criterios de fragilidad del adulto mayor.* Estudio piloto, 190-196

Kagansky, N., Berner, Y., Koren-Morag, N., Perelman, L., Knobler, H.H., & Levy, S., 2005. *Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients.* American journal of Clinical nutrition. 82, 784-791.

Kamin, S.T, Beyer, A., & Lang, F.R. 2016. *Outdoor motivation moderates the effects of accessibility on mobility in old age.* In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 5, 372-378.

Kaplan, M., Zimmermann Henkin, N., & Kusano, A.T. (a cura di), 2002. *Linking Lifetimes: A Global View of Intergenerational Exchange.* Lanham, Md. Oxford : University Press of America

Kaplan, M.S., 2004. *Toward an Intergenerational Way of Life*. Journal of Family & Consumer Sciences, 96 (2), 5-9.

Karner, R., Montgomery, R., Dobbs D, Wittmaier C., 1998. *Increasing staff satisfaction: The impact of SCUs and family involvement*. Journal of Gerontological Nursing. 24, 39–44

Karnekull, K., 2009, *Senior Housing in Sweden*. The Journal Arkitekture, 7.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W., 1963. *Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*, JAMA, Vol. 185.

Kraft, E., 2012. *Cognitive function, physical activity, and aging: Possible biological links and implications for multimodal interventions*. Aging, Neuropsychology, and Cognition, 19, 248-263.

Krista, A., 2000. *Physical activity and the prevention of type 2 diabetes mellitus: how much for how long?*. In Sports Medicine, 29, 147-151.

Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R. & Grotz, R. C., 1970. *Progress in Development of the Index of ADL* . The Gerontologist, 10, 3, 274-288.

Kazepov, Y., 2011. *Le politiche socioassistenziali*. In Ascoli, U. (a cura di*), Il welfare in Italia*. Bologna: Il Mulino.

Kemp, C.L., Ball, M.M., Perkins, M.M., Hollingsworth, C., & Lepore, M. J., 2009. *I get along with most of them: direct care workers relationship with residents families in assisted living*. The Gerontoligist, 49, (2), 224-235.

King, G. & Farmer, J., 2009. *What older people want: evidence from a study of remote Scottish communities.* Rural and Remote health, 9, 2, 1166-1668

Kitwood, T., & Bredin, K., 1992. *Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being.* Ageing and society, 12, 269-287

Kitwood, T., 2015. *Riconsiderare la demenza*. Trento: Erickson

Klein Ikkink, K., Van Tilburg T. G., &. Knipscheer, K., 1999. *Perceived instrumental support exchanges in relationships between elderly parents and their adult children: Normative and structural explanations.* Journal of Marriage and the Family, 61, 831-844.

Krause, N. & Shaw, B.A., 2001. *Role-specific feelings of control and mortality*. Psychology and Aging, 15, 617-626

Lai, G., 1993. *Conversazionalismo.* Torino: Bollati-Boringhieri.

Lai, G., 2000. *Malattia di Alzheimer e Conversazionalismo*. In Terapia familiare, 63, 43-59.

Lan, N., Murphy, K., & Andrews, G., 2019. Cognitive and neural plasticity in old age: A systematic review of evidence from executive functions cognitive training. Ageing Research Reviews. 53: August, 100912.

Landi, F., & Mannarella, F., 2011. Il sistema Vaor. I luoghi della cura, 9 (4): 8-11

Lara E., Martín-María N., De la Torre-Luque A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., Miret M., 2019. *Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. In Ageing Res Rev, 52, 7-16.

Laslett, P., 1992. *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*. Bologna: Il Mulino

Laslett , P., 1998. Vecchiaia. In Enciclopedia delle Scienze Sociali, Treccani, 1998.

Lattanzio, F., Abbatecola, A.M., Bevilacqua, R., Chiatti, C., Corsonello, A., Ross, L., Bustacchini, S., & Bernabei, R., 2014. Advanced technology care innovation for olfer people inItalynecessity and opportunity t0o promote health and wellbeing. Journal of American Medical Directors Association 15(7):457-466lattanzioLawton, M. P. & Brody, E. M., 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist, 9, 179-186.

Lawton, M. P. & Brody, E. M., 1969. *Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living.* Gerontologist, 9, 179-186.

Lawton, M.P., 1990. *Residential environment and self-directedness among older people*. American Psychologist, 45, 638-640.

Lazazza, A., & Bombelli, M.C., 2011. *Hrm practices for an ageing Italian workforce: the role of training.* In Journal of European Industrial Training. 35, 8, 808-825.

Leading, A. & Zarem, J. E. (a cura di) 2010. Today's Continuing Care Retirement Community, CCRC Task Force. Washington D.C.: ASHA-American Senior Housing Association https://www.willametteview.org/uploads/documents/Todays_CCRC_LeadingAge.pdf (visitato il 12 marzo 2020)

Lee, G. R., Netzer J. K. & Coward R. T., 1994. *Filial responsibility expectations and patterns of intergenerational assistance.* Journal of Marriage and the Family, 56, 559-565.

Lee, V.S.P., Simpson, J., Froggatt, K., 2013. *A narrative exploration of older people's transitions into residential care.* Aging Ment Health, 17, 1, 48-56.

Lestheaeghe, R., 2010. *The unfolding story of the Second demographic transition.* In Population and developmental review, 2, 211-215.

Letta, E., 2009. *Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?* In Tendenze nuove, 3, 299-313.

Levinson, D. J., Darrow, C. N., Klein, E. & Levinson, M., 1978. *Seasons of a Man's Life*. New York: Random House.

Livi-Bacci, M., & Breschi, M., 2003. *La bassa fecondità italiana tra costrizioni economiche e cambio di valori*. Udine: Forum

Livi Bacci, M., 2015. *Il Paese dei giovani vecchi*. In ll Mulino 3, 409-419.

Longoni, B. (a cura di), 2014. *I servizi domiciliari. Raccontare e raccontarsi*. Rimini: Maggioli.

Lubben, J., Gironda, M., 2004. *Measuring social networks and assessing their benefits*. In: Phillipson, C., Allan, G., Morgan, D., (a cura di), *Social Networks and Social Exclusion,* Sociological and Policy Perspectives. Hampshire: United Kingdom, 20-35.

Luescher, K., & Pillemer, K., 1998. *Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life*. Journal of marriage and Family, 60, 413-425.

Luescher, K., 2002. *Intergenerational ambivalence: further steps in theory and research*. Journal of Marriage and the Family, 64, 583-593.

Luk, W.,. 2002. *The home care experience as perceived by the caregivers of Chinese dialysys patients.* International Journal of Nursing Studies, 39: 269-277.

Luppi, E., 2015. *Prendersi cura della terza età*. Milano: FrancoAngeli

Maccheroni, C.G., 2009. *Una stima della speranza di vita per grado di istruzione in Italia all'inizio degli anni 2000*. Polis. XIII, 121-136.

Mace r.l. Papers, MC 00260, 1998. Special Collections Research Center, NC State University Libraries, Raleigh, NC. Gift of the Estate of Ronald L. Mace

Madama, I., Maino, F., & Razetti, F., 2019. *Innovating long-term care policy in Italy from the bottom: confronting the challenge of inclusive local care environments in Lombardy and Piedmont.* In Investigationes Regionales/Journal of Regional, 126-141.

Mahoney, F.I., & Barthel, D.W., 1965. *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.

Maino, F., & Razetti, F., 2019. *Long-term care: riflessioni e spunti dall'UE tra innovazione e investimento sociale.* In la Rivista delle politiche sociali. 1, 143-162.

Marcon, A., Accorsi, A., Di Tommaso, F., Falasca, P., Berardo, A. & Quargnolo, E., 2010. *La fragilità nella popolazione anziana: analisi della letteratura dal 1983 al 2009*. Giornale di Gerontologia. 58, 179-183.

Marcuse, H., [1955] 1964. *Eros and civilization: a philosophical inquiry into Freud.* Traduzione italiana Eros e civiltà. Torino: Einaudi

Markle-Reid, M. & Browne, G., 2003. *Conceptualizations of frailty in relation to older adults.* Journal of Advanced Nursing, 44, 1, 58-68.

Masi, C.M., Chen, H.Y., Hawkley, L.C., & Cacioppo, J.T., 2011. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness.Personality and social psychology review, 15 (3): 219-66.

Maslach, C., 1982. *Burnout: the cost o caring*. New York: Prentice Hall

Maslow, A.H., 1954. *Motivation and personality*. New York: Harper

Maslow, K., & Heck, E., 2005. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes: perspectives of the Alzheimer's Association. The Gerontologist, 45 (1): 8-10

Mather LifeWays Institute on Aging, 2011. *National Survey of family members of resident living in Continuing Care Living Retirement Communities. Evanston* IL: Brecht Associates, Mather LifeWays Institute on Aging & Ziegler. https://www.brechtassociates.com/wp-content/uploads/2016/01/National-Study-of-Adult-Children-of-CCRC-Residents.pdf (visitato il 16 dicembre 2019)

Mattei, M. (conversazioni con), 2018. In Primi, M. & Spalla, G. (eds). Il giardino della memoria. Invecchiare in una comunità accogliente. Firenze: Edizioni Clichy.

McCormick, J.S., 1986. Diagnosis, the need for demystification. The Lancet, 2 (8521-2): 1434-35.

McGoldrick, M., Carter, A. E., 1986. Il ciclo di vita della famiglia. In Walsh, F. (a cura di), Stili di funzionamento familiare. Milano: Franco Angeli.

McGoldrick, M., 1889. The Changing Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy, Allyn and Bacon.

McGoldrick, M., Heiman, B., & Carter, A.E., 1993. The changing family life cycle. A perspective on normalcy, in Normal family processes, a cura di F. Walsh, New York 1993.

Meadows, D., Meadows, D. L., Randers, J., & Behrens W.W., 1972. *The Limits to Growth*. Traduzione italiana *I limiti dello sviluppo*, commissionato al MIT dal Club di Roma.

Meadows, D., Meadows, D.L., & Randers, J., [2004] 2006. *Limits to Growth: The 30-Year Update.* Traduzione italiana *I nuovi limiti dello sviluppo : la salute del pianeta nel terzo millennio*. Milano: Mondadori.

Meda, S. G., 2011. *Invecchiamento, famiglia e cura degli anziani non autosufficienti: lo scenario internazionale.* In Bramanti, D., & Carra', E. (a cura di), *Buone pratiche nei servizi alla famiglia. Famiglie fragili. Famiglie con anziani non autosufficienti,* Dipartimento per le Politiche per la Famiglia. Roma: Osservatorio Nazionale Sulla Famiglia, 220- 235

Medici, D., 2014. Strumenti comunicativi e informativi rivolti agli anziani, agli operatori sociali e sanitari e alle associazioni. In Cavazza, G. & Malvi, C. (a cura di), *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene.* Rimini: Maggioli Editore.

Melo Onlus, (a cura di), 2015. *Social Housing and care.* Catalogo della mostra sull'argomento, 28 giugno 2015.

Menghini, V., & Tidoli, R., 2019. *La presa in carico dell'anziano non autosufficiente a domicilio*. I luoghi dlela cura online, 1.

Meotti, G., 2016. *La fine dell'Europa*. Siena: Cantagalli

Merotta, V., 2016. *Il ruolo delle assistenti familiari nel welfare italiano.* Paper Ismu.

Micheli, G. & Rosina, A., 2008. *Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia.* In C. Ranci (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza.* Roma: Carocci.

Migliara, F., 2009. *Vivir con vidalidad*. Giornale di Gerontologia, 57, 370-372.

Miele, F., Piras, E.M., Bruni, A., Coletta, C., Zanutto, A., 2016. *Gestire il fardello della cura: le reti di sostegno agli anziani fuori dalle istituzioni sanitarie*. In Autonomie locali e servizi sociali, 1, 163-178.

Milione, A., 2013. *Il laboratorio: le anziane in azione. In La narrazione come pratica di attivazione nelle strutture residenziali*. Roma: Aracne.

Millar, J., & Warman, A., 1996. *Family obligations in Europe*. London: Family Policy Studies Centre.

Ministero della Salute, 2013. Assistenza a persone disabili e non autosufficienti. http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4710&area=Lea&menu=socioSanitaria

Mirabile, M.L., De Sario, B, & Mastriopietro, E., 2008. *L'anziano come risorsa. Casi, testimonianze e condizioni per lo sviluppo della partecipazione sociale degli anziani*. Rapporto di ricerca, IRES.

Mirabile, M.L., 2011. *Anziani come risorsa e invecchiamneto attivo*. In Golini, A., & Rosina A. (a cura di). *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia.* Bologna: Il Mulino.

Mitterrand, F., 1988. *Lettres à tous les Français.* http://www.mitterrand.org/Lettre-a-tous-les-Francais.html (visitato il 20 ottobre2019)

Montemurro, F., (a cura di), 2011. *Indagine sulle case di riposo.* Roma: Auser.

Moore, P.G., & Miller, L.F., 2012. *Continuing care retirement communities: Risks and benefits*.https://www.researchgate.net/publication/290980041_Continuing_care_retirement_communities_Risks_and_benefits (visitato il 20 marzo 2019)

Moos, R.H. & Lemke, S., 1979. *Multiphase Environmental Assessment Procedure*. Thousands Oaks CA: Sage Publications

Mor, V., Branco, K., Fleishman, J., Hawes, C., Phillips, C., Morris, J., & Fries, B. (1995). *The structure of social engagement among nursing homes residents*. Journal of Gerontology, Social Sciences, 50, 1-8.

Mor, V., Intrator, O., Fries, B.E., Phillips, C., Teno, J., Hiris, J., Hawes, C. & Morris, J., 1997. *Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument*. Journal of American Geriatric Society, 45, 8, 1002-1010.

Morley, J.E., Miller, D.K., Perry, H.M., Patrick, P., Guigoz, Y. & Vellas, B., 1999. Anorexia of aging, leptin, and the Mini nutritional Assessment. In Vellas, B., Garry, P.J. & Guigoz, Y. (a

cura di). *Mini Nutritional Assessment. Research and practice in elderly*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Morosini, I., Montemurro, F., Petrella A., (a cura di) 2016. *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane.* Torino, SPI-CGIL.

Morris, J.N., Fries, B.E., & Morris, S.A., 1999. *Scaling ADLs Within the MDS.* The Journals of Gerontology: 54, 11, 546-553.

Mortari, L., 2006. La pratica dell'aver cura. Milano: Mondadori.

Mortari, C. & Baraldi, F. (a cura di), 2019. *Abitare e vivere nella società complessa. Azioni e nuove frontiere del welfare che cambia.* Milano: FrancoAngeli.

Mossello E., Caleri V., Razzi E. et al., 2008. *Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress*. Int J Geriatr Psychiatry, 23, 1066-72.

Murphy, S.L., Williams, C. S., Gill, T.M., 2002. *Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons*. Journal of the American geriatric Society, 50, 516-520.

Myaskovsky, L., Dew, M.A., Switzer, G. E., McNulty, M.L., Di Martini, A.F. & McCurry, K.R. (2005). Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. Social Science and Medicine, 60: 2321-2332.

Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflugel, M., 2017. *The German Long-Term Care Insurance Program: evolution and recent developments.* The Gerontologist, 588-597.

Netti, E., 2018. *Nel maxi-esercito di colf e badanti crescono le donne italiane over 50*. In Sole 24 Ore. https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2018-07-14/nel-maxi-esercito-colf-e-badanti-crescono-donne-italiane-over-50-101154.shtml (visitato il 20 gennaio 2019)

Nerlich C. & Schroth, J. 2018. *The economic impact of population ageing and pension reforms.* Banca Centrale Europea: Bollettino economico, 2.

Niti, M., Feng, L., Nyunt, M.S., Feng, L., Tang,B.Y., Chan, G., Khoo, S.A., Chan, S.M., Yap, P., & Yap, K.B., 2015. *Nutritional, Physical, Cognitive and Combinatio Intervention of Frielty Reversal among Older Adults: A Randomized Controlled Trial.* The American Journal of Medicine, 11, 1225-1236.

Noale, M., Limongi, F., Scafato, E., Maggi, S., Crepaldi, G., 2012. *Longevity and health expectancy in an ageing society: implications for public health in Italy.* In Annuario dell'Istituto Superiore di Sanità. 48, 3, 292-299.

Norman, I.J. & Redfern, S. (a cura di), 1997. *Mental Health Care for Elderly People.* Edimburgh: Churchill Livingston.

Norman, K., Pichard, C., Lochs, H. & Pirlich, M., 2008. *Prognostic impact of disease-related malnutrition.* Clinical nutrition, 27, 5-15.

Ogg, J., & Renaut, S., 2006. *The support of parents in old age by those born during 1945–1954: A European perspective*. Ageing & Society, 26, 5, 723-743.

Olcese, G., 2015. *"In-dimenticabili", per un invecchiamento attivo: un esempio dell'importanza della vecchiaia per il benessere sociale*. Theologica Wratislaviensa, 10, 77-84.

OMS (WHO), 2007. *Global Age-friendly cities. A Guide.* https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pd

Palmore, E.B., 1995. Successful aging. In Maddox, G. L., (a cura di). *Encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics.* New York: Sprinter.

Palummeri, E., & Bianchi, C., 2019. *Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia.* I luoghi della cura online, 1.

Papa, R. & Lamura, G., 2019. *The caregivers: iceberg: qualitative narratives of Italian caregivers' roles and challenges.* IRCCS INRCA, Centre for Socio-Economic Research on Ageing, Ancona, Italy, 67. 156-167.

Park-Lee, E., Caffrey, C., Sengupta, M., Moss, A.J., Rosenoff, E., & Harris-Kojetin, L.D., 2011. *Residential Care Facilities: A Key Sector in the Spectrum of Long-term Care Providers in the United States.* Atlanta:Centers for Disease Control and Prevention, 78, 1-8.

Pasquinelli, S., 2013. *Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno*. In Pasquinelli, S., & Rusmini, G. (a cura di). *Badare non basta.* Roma: Ediesse

Pasquinelli, S., 2020. *Dopo la strage. Come ricostruire il futuro delle RSA.* Welforum.it, 4 maggio

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

Pecorelli, S, & Ivanovic, J., 2012. *Invecchiare con successo: gli aspetti biologici, gli stili di vita e l'azione europea per l'invecchiamento attivo e in salute*. In *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età* (a cura di), Tiziano Treu. Bologna: Il Mulino.

Pfau-Effinger, B., Flaquer, L., & Jensen, P.H. (a cura di), 2009. *Formal and Informal work: the Hidden Work Regime* in Europe. Lodon: Routledge.

Pfau-Effinger, B. & Rostgaard, T. (a cura di), 2011. *Care Between Work and Welfare in European Societies. New York: Springer*

Petterino, S., 2011. *Vecchi da morire. Anziani in casa di riposo.* Viterbo*:* Stampa Alternativa.

Pelliccia, L., 2017. *Alcuni profili di assistenza nelle Regioni*. In Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. Rimini: Maggioli.

Pelliccia, L., 2019. *Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari*. I luoghi della cura online, 1.

Pena-Longobardo, L. M., Olivia-Moreno, J., Garcia-Armesto, S. & Hernandez-Quevado, C., 2016. *The Spanish long-term care system in transition: ten years since the 2006 Dependency Act*. *Health Policy*, 120, 10, 1177–82.

Perich, C., Coppola, N., Cipriani, F., Boem, V. & Pahor, A., 2019. *La Casa Blu, un modello innovativo di housing sociale a Trieste.* I luoghi della cura online, 5.

Pero, L., 2012. *Esperienze pilota di invecchiamento attivo in corso nelle aziende.* In Treu, T., (a cura di), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età.* Bologna-Roma: Arel, Il Mulino.

Pesaresi, F., 2007. *L'assistenza residenziale in Europa*. *Pro-Terza Età,* 36, 10-19.

Pesaresi, F., & Simocelli, M., 2008. *Analisi delle RSA in Italia, mandato e classificazione*. In *Tendenze nuove*, n. 2.

Pesaresi, F., 2016. *Quanto costa l'RSA? Costi e tariffe RSA. Manuale di tariffazione*. Rimini: Maggioli.

Pesaresi, F., 2018. *Manuale del centro diurno. Anziani non autosufficienti e anziani affetti da demenza.* Rimini: Maggioli.

Pesaresi, F., 2019. *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*. In I luoghi della cura online, 4.

Petrollini, M. & Lamura, G., 2002. *L'anziano non autosufficiente e la rete di sostegno familiare.* In Difesa Sociale, 6, 105-116.

Phillipson, C., 2004. *Urbanisation and ageing: Towards a new environmental gerontology.* Ageing and Society, 24, 6, 963-972

Phillipson, C., & Buffel, T., 2017. Urban ageing: New agendas for geographical gerontology. In Skinner, M.W., Andrews, G.J., & Curchin, M.P., (a cura di), *Geographical Gerontology. Perspectives, concepts, approaches*. London: Routledge.

Piaget, J., 1955. La rappresentazione del mondo nel fanciullo. Torino: Edizioni scientifiche Einaudi.

Piaget, J. & Inhelder, B. [1966] 1970. *La psychologie de l'enfant*. Traduzione italiana *La psicologia del bambino.* Torino, Einaudi.

Pierotti, P., 2019. *Case a misura di anziani: più fondi al senior housing.* In Sole 24 Ore, https://www.ilsole24ore.com/art/case-misura-anziani-piu-fondi-senior-housing--AEvBEu1G (visitato il 2 gennaio 2020)

Pillemer, K., Lüscher, K. 2004. *Intergenerational ambivalences: new perspectives on parent-child relations in later life.* Amsterdam: Elsevier.

Pilotto, A., & Ferrucci, L., 2011. *Verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale*. Giornale di Gerontologia, 59, 125-129.

Pilotto, A., D'ambrosio, P., Scarcelli, C., (a cura di), 2006. *Valutazione Multidimensionale e prevenzione in età geriatrica*. Giornale di Gerontologia, 54, 59-64.

Pinquart, M., Sörensen, S., 2000. *Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis.* Psychol Aging, 15, 187-224.

Ploton, L., 2003. *La persona anziana*. Milano: Raffaello Cortina

Polzer, K., 2013. *Assisted Living State Regulatory Review*. Washington, National Center for Assisted Living.

Porter, E.J., 1995. *A Phenomenological Alternative to the "ADL Research Tradition".* In Journal of Aging and Health, 7, 1, 24–45.

Poscia A., Stojanovic J., La Milia DI., Duplaga M., Grysztar M., Moscato U., Onder G., Collamati A., Ricciardi W., Magnavita N., (2018), Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. In Exp Gerontol, 102, 133-144.

Potter, J., & Hepburn, A., 2005. *Qualitative Interview in Psychology: Problems and Possibilities.* Qualitative Research in Psychology 2, 4, 281-307

Predazzi, M., Vercauteren, R., Loriaux, M., & Fernando, M. (a cura di), 2000. Des lieux et des modes de vie pour les personnes agées. Brussels: European Union. Traduzione italiana *Luoghi e forme di vita per gli anziani di domani. Esperienze ed analisi pluridisciplinari internazionali.* Ramonville Saint-Agne: Pratiques du champ social-érès

Predazzi, M., 2002. *La cultura dell' "arco di vita".* In Guerci, A. (a cura di). *Living and curing old age in the world.* Genova: ERGA

Predazzi, M., 2004. *L'habitat gerontologico tra passato e futuro. Il progetto Synergy in provincia di Varese,* in I luoghi della cura, 3,

Predazzi M., 2013. *L'habitat protetto per l'invecchiamento in Europa. Buone prassi internazionali e realtà sperimentali in Lombardia*. I luoghi della cura online, 2, 7-11.

Principi, A., Galenkamp, H., Papa, R., Socci, M., Suanet, B., Schmid, A., Schulmann, K., Golinowska, S., Sowa, A., Moreira, A., & Deeg, D., 2015. La partecipazione al volontariato delle persone anziane in buone e cattive condizioni di salute in Italia ed Europa. Giornale di Gerontologia, LXIII, suppl 2 al vol. 4: 535-536.

Pugliese, E., 2011. *La terza età. Anziani e società in Italia*. Bologna: Il Mulino.

Pugliese, E., 2015. *Anziani e poveri.* In Il Mulino, 3, 487-495.

Ranci, C., & Pavolini, E., 2011. *A (weak) universalism by default? The inertial path towards the transformation of the Italian long-term care model and its consequences*. Mimeo.

Ranci, C., & Pavolini, E., (a cura di), 2013. *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe.*

Investigating Institutional Change and Social Impacts. New York: Springer

Ranci, C. (a cura di), 2001. *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa: verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*. Milano: FrancoAngeli.

Ranci, C., & Pavolini, E., 2015. *Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe.* Journal of European Social Policy. 25, 3, 270-275.

Ranci, C., Arlotti, M. & Parma, A., 2019. *Indennità di accompagnamento: cambiare è possibile? Una proposta operativa di riforma.* I luoghi della cura online, 3.

Rapp, A., 2011. *Una residenza d'avanguardia per anziani*. In Domus.

Reinardy, J.R., 1992. *Decisional control in moving to nursing home: post admission adjustment and well-being.* The Gerontologist, 32, 96-103

Remotti, F., 2010. *L'ossessione identitaria.* Roma-Bari: Laterza

Reuben, D.B., Borok, G.M., Wolde-Tsadik, G., Ershoff, D.H., Fishman, L.K., Ambrosini, V.L., Liu, Y., Rubenstein, L.Z. & Beck, J.C., 1995 A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. New England Journal of Medicine, 18, 332(20):1345-50.

Ricciardi, W., Specchia, M.L., & Marino, M., 2014. *Health of the Elderlies and Healthy Ageing: Challenge for Europe.* In Riva, G., Ajmone Marsan, P., & Grassi, C. (a cura di), *Active Ageing and Healthy Living. A Human Centered Approach in Research and Innovation as Source of Quality of Life*. Wasington: IOS Press.

Rifkin, J., 2005. *La fine del lavoro*. Milano: Mondadori

Rocchi, S., Boraso, A., Bettinardi, O. & Ghidelli, C., 2006. *La malattia cronica come evento critico familiare.* Giornale italiano di Cardiologia, 7, 186-191.

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D.B., McDowell, I., and Mitnitski, A., 2005. *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people.* Journal de l'Association Medicale Canadienne, 173, 5, 489-495.

Rockwood, K., 2005. *Frailty and Its Definition: A Worthy Challenge*. Journal of the American Geriatric Society, 6, 1069-70.

Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X., Steen, B., & Skoog, I., 2006. *Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70*. Journal of the American Geriatric Society, 54, 6, 975-979.

Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A., 2007. *A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People.* The Journals of Gerontology, 7, 738–743.

Rockwood, K., & Mitnitski, A., 2007. Frailty in relation to the accumulation of deficits. Journal of Gerontology 62:722-7.

Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G., (a cura di), 2012. *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care.* European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.

Rodríguez-Gómez, I., Mañas, A., & Losa-Reyna, J., 2018. Associations between sedentary time, physical activity and bone health among older people using compositional data analysis. PLoS One. 13:e0206013

Rolfson, D.B., Majumdar, S.R., Tsuyuki, R.T., Tahir, A., & Rockwood, K., 2006. *Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale.* Age and Ageing, 35, 5, 526–529.

Rosina, A., & De Rose, A., 2017. *Demografia*. Milano: Egea

Rossi, G., Bramanti, D., & Moscatelli, M., 2014. *Active ageing e sociogenerativită: analisi delle reti e scambi intergenerazionali. Un'indagine quantitativa su scala nazionale.* Sociologia e politiche sociali. 17, 3, 33-60.

Rossi, A. S., & Rossi, P. H., 1990. *Of human bonding: Parent child-relationships across the life course. Hawthorne.* New York: Aldine de Gruyter.

Rostgaard, T., 2012. *Quality Reforms in Danish Home Care: Balancing between Standardisation and Individualisation.* Health and Social Care in the Community, 20, 3, 247–254.

Rothermund, K. & Brandstadter, J., 2003. *Coping with deficitand losses in later life: from compensatory action to accmodation.* Psycholgy and Aging, 4, 896-905

Rothgang, H., 2003. *Long-term care for older people in Germany. Description of the German long-term care projection model*. In: Comas-Herrera A., Wittenberg R. (acura di), European Study of Long-Term Care Expenditure. Discussion Paper, London School of Economics.

Rotolo, A., 2014. Italia. In Fosti, G., & Notarnicola, E. (a cura di). *Il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*. Milano: Egea

Rowe J., & Kahn, R., 1987. *Human aging: Usual and successful.* In Science, 237.

Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Wieland, G.D., English, P.A., Sayre, J.A. & Kane, R.L., 1984. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A Randomized Clinical Trial. New England Journal of Medicine. 311 (26): 1664-1670

Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Harker, J.O., Miller, D.K., & Wieland, D., 1995. The Sepulveda GEU Study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs. Aging clinical and experimental research.7(3):212-7.

Rusmini, G., 2018*. Fra la casa e la struttura residenziale: un vuoto da colmare.* I luoghi dlela cura online, 2.

Ryff, C., 1989. *Happiness is everything or is it? Explorations the meaning of psychological well-being.* Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.

Ryff, C. & Keyes, C., 1995. *The structure of psychological well being revisited*. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 719-727.

Salvini, S., & De Rose, A., (a cura di), 2011. *Rapporto sulla, popolazione. L'Italia a 150 anni dall'unità.* Bologna: Il Mulino .

Salvini, S., 2018. *La popolazione italiana oggi e domani*. In AA.VV, *Verso la metà del secolo: Un'Italia più piccola?* Istituto Stensen, Atti del convegno, 19-34

Sansone, V., 2000. La quarta età. Inchiesta sul secolo dai capelli bianchi. Roma: Editori Riuniti

Santini, S., Socci, M. & Principi, A., 2015. *Progetti per la vita dopo la pensione: tipologia di anziani attivi in Italia.* In Giornale di gerontologia, 4, 2, 533-534

Santos-Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J., 2009. *Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries*. The Journals of Gerontology, 64, 6, 675-681.

Saraceno, C., 1998. *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*. Bologna: Il Mulino

Saraceno, C., 2008. *Intergenerational Relations in Families: A Micro-Macro Perspective.* In Family, ageing and social policies. Cheltenham: Edward Elgar

Saraceno, C., 2008. Patterns of family living in the enlarged EU. In Alber, J., Fahey, T., & Saraceno C., (a cura di), Handbook of quality of life in the enlarged European Union. Oxford: Routledge.

Saraceno, C., & Keck, W., 2008. The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe: A conceptual and methodological overview. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Su http://www.multilinksproject.eu/wp-content/uploads/2009/04/Report_Saraceno_Keck_Nov081.pdf

Saraceno, C., 2010. *Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective.* Journal of European Social Policy. 20, 1, 32–44.

Saraceno, C., 2017. *L'equivoco della famiglia*. Bari-Roma: Laterza

Sartor, N., 2010. *Invecchiamento, immigrazione, economia. Quali politiche pubbliche?* Bologna: Il Mulino.

Sennett, R., 2004. *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*. Bologna. Il Mulino

Simon, J., 2009. NATO's uncertain future. Is demographic destiny? Washington DC: National Defense Universit, Institute for National Sttrategic Studies

Sixsmith, A & Sixsmith, J., 2008. *Ageing in place in the United Kingdom*. In Ageing International, 32, 219-235.

Scabini, E. & Cigoli, V., 2000. *Il famigliare. Legami, simboli e transizioni*. Milano: Raffaello Cortina

Scabini, E., & Iafrate, R., 2003. *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: Il Mulino

Schaie, K.W., 1977. *Toward a Stage Theory of Adult Cognitive Development*. Journal of Aging and Adult Develpoment, 8, 129-138.

Scheffer, A.C., Schuurmans, M.J., Van Dijk, N., Van der Hooft, T., & Rooij, S., 2008. *Fear of Falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequencies among older persons*. Age and ageing, 37, 19-24

Schooyans, M., 1999. *Le Crash démographique : De la fatalité à l'espérance*. Paris: Le Sarment-Fayard

Scott Poole, M., & Van De Ven, A.H., 2004. *Handbook of organizational change and innovation.* Madison Avenue. New York: Oxford University Press.

Scott Hanson, C. & Scott Hanson, K., 2005. *The Cohousing Handbook: Building a Place for Community.* Gabriola Island: New Society Publishers.

Scortegagna, R., 1999. *Invecchiare*. Bologna: Il Mulino.

Sgambato, E., 2018. *Student housing e residenze per anziani, +48% di imprese in 5 anni.* https://www.ilsole24ore.com/art/student-housing-e-residenze-anziani-48percento-imprese-5-anni-AESzkucG (visitato il 12 dicembre 2018)

Sorensen, J., Kondrup, J., Prokopowicz, J., Schiesser, M., Kräenbühl., Meier, L., Liberda, M. & EurOOPS study group (2008). EurOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clinical Nutrition 27 (3): 340-349

Sourial , N., Wolfson, C., Bergman, H., Zhu, B., Karunananthan, S., Quail, J., Fletcher, J., Weiss, D., Bandeen-Roche, K., & Béland, F., 2010. *A correspondence analysis revealed frailty deficits aggregate and are multidimensional*. Journal of Clinical Epidemiology. 63, 6, 647-654

Spanò, P., 2006. *Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte di welfare*. Venezia: Nuova Dimensione.

Starling, R.D., 2001. *Energy expedinditure and aging: effects of Physical activity*. In International Journal of Sport Nutrituion & Exercise metabolism, 2, 208-2017.

Stein, C. H., Wemmerus, V. A., Ward, M., Gaines, M., E., Freeberg, A. & Jewell, T., 1998. *"Because they're my parents": Felt obligation and parental caregiving by children in early and middle adulthood.* Journal of Marriage and the Family, 60, 611-622.

Stroud, H.B., 1995 .*The promise of Paradise : recreational and retirement communities in the United States since 1950.* Baltimore : University Press.

Tacchi, E., M., 2005. *L'anziano e la sua casa*. Milano: FrancoAngeli

Taylor, A.H., Cable, G., Faulkner, M., Hillsdon, M. N. & Van der Bij, A.K., 2004. Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. Journal of Sports Sciences, 22, 8, 703-725.

Tamanza, G., 2006. *Misurare la qualità delle relazioni in RSA: è possibile?* I luoghi della cura, 2, 19-22

Taylor-Gooby, P., 2004. *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press

Taulbee, L. R., & Folsom, J. C., 1966. *Reality orientation for geriatric patients*. Hospital and Community Psychiatry, 17, 133–135.

Tesauro, T., Sanrini, S., 2016. *L'attivazione psico-relazionale di anziani in resi- denza attraverso pratiche di auto-narrazione e pro- grammi intergenerazionali: i casi Memory e Ri- generiamoci.* In Autonomie locali e servizi sociali, 2, 335-355.

Thomas, W.H., 2006. *In the arms of elders: A parable of wise leadership and community building.* Acton MA: VanderWyk & Burnham

Thompson, B. & Swisher, M., 1983. *An Assessment, Using the Multiphasic Environmental Assessment Procedure of a Rural Life-Care Residential Center for Elderly*. Journal of Housing for the Elderly, 1, 2, 41-56.

Thompson, J.R. & Bass, P.F., 2013. *Easing the transition to Assisted Living or a Nursing Home.* https://www.everydayhealth.com/senior-health/easing-the-transition-to-assisted-living-or-nursing-home.aspx (visitato il 3 luglio 2018)

Tidoli, R., 2014. *Famiglie che rinunciano al posto in RSA*. In LombardiaSociale, http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/famiglie-che-rinunciano-al-posto-in-rsa.pdf (visitato il 20 settembre 2017)

Tidoli, R., 2017 *La domiciliarità*. In Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.* Rimini: Maggioli Editore.

Tidoli, R. (a cura di), 2020. Come evolvono i sistemi di risposta ai bisogni dell'anziano (intervista a M. Noli). Lombardia Sociale online.

Tirrito, A., Ferrario, E., Casiraghi, L. & Castaldo, A., 2019. *La valutazione dello stress del caregiver nella persona con demenza: revisione narrativa della letteratura*. I luoghi della cura on line, 5.

Tigano, A., 2012. *Bambini e Anziani: progettare spazi di narrazione condivisa. In Progetto Generazioni. Bambini e anziani: due stagioni della vita a confronto*, Corsi, M. & S Ulivieri, S., (a cura di), Atti del convegno nazionale SIPED 2012. Pisa: Edizioni Ets.

Titmuss, R. M., 1973. *The gift relationship. From human blood to social policy*. Harmondsworth: Penguin

Tinetti, M.E., 2004. *The end of the disease era.* The American Journal of Medicine, 116, 179-185.

Tobin, S.S., 1989. *The effects of institutionalization*. In Markides, K.S. &Cooper, C.L. (a cura di). *Aging, stress and health.* Chichester: John Wiley and Sons.

Tognetti Bordogna, M. (a cura di), 2007. *I grandi anziani tra definizione sociale e salute.* Milano: FrancoAngeli.

Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D., Broese van Groenou, M., & Grundy, E., 2004. *Living arrangements among older people: An overview of trends in Europe and the USA*. Population Trends, 115, 24-34.

Touzinsky, L., 1998. *Validation therapy: restoring communication between persons with Alzheimer's disease and their families*. American Journal of Alzheimer's Disease, 2, 96-101.

Trabucchi, M., 2014. *Dove vano le residenze per anziani.* I luoghi della cura, 4, 4-7.

Treu, T., (a cura di), 2012. *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età.* Bologna: Il Mulino.

Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S.,, Emilsson, T., Di Santo, P., Bednarik, R., Brichtova, L., Ceruzzi, F., Cordero, L., Mastroyiannakis, T., Ferrando, M., Mingot, K., Ritter, J., & Vlantoni, D., 2010. *Informal care in the Long Term care system*. www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf (visitato il 20 agosto 2018)

Trifiletti, R. (2011). Ri-familizzazione? In *La Rivista delle politiche sociali*, 2, 215-232

Turner, J.E., Lira, V.A., & Brum, P.C., 2017. New insights into the benefits of physical activity and exercise for aging and chronic disease. Oxidative Medicine and Cellular Longevity. Article ID 2503767.

UNECE, 2015. *Innovative and empowering strategies for care.* UNECE Policy, 15, 1-20. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf (visitato il 18 maggio 2018)

Vigorelli, P. & Peduzzi, A. (a cura di), 2009. *Progetto "Parole che aiutano". Presentazione e relazione conclusiva.* Satef, http://www.gruppoanchise.it/bibliografia (visitato il 10 dicembre 2018)

Vagli, C., & Ciucci, E., 2019. *I "nuovi nonni" e i progetti Intergenerazionali*. Rivista Italiana di Educazione Familiare, 2, 113-126

Van Bilsen, P.M.A., Hamers, J.P.H., Groot, W., & Spreeuwenberg, C., 2008. *Sheltered housing compared to independent housing in the community.* Scandinavian Journal of caring Sciences, 22, 2: 265-274

Van de Kaa, D. J., 1987. *Europe's second demographic transition*. Population Bulletin, 42, 1-59.

Van Nes, M.C, Herrmann, F.R., Gold, G., Michel, J.P., & Rizzoli, R., 2005. *Does the mininutritional assessment predict hospitalization outcomes in older people?* Age and Ageing, 30, 221-226.

Vannucci, M., 2008. *Quando la memoria ci inganna. La psicologia delle false memorie*. Roma: Carocci editore.

Van Zanden, J.L., Baten, J., Mira D'Ercole, M., Rijpma, A., Smith, C., & Timmer, M. (a cura di), 2014. *How Was Life: Global Well-Being since 1820.* OECD publishing.

Van Hoof, J., Verhagen, M.M., Wouters, E.J.M., Marston, H.R., Rijinard, M.D., & Janssen, B.M. 2015. *Picture Your Nursng Home: Exploring the Sense of Home of Older Residents through Photography*. Journal of Aging Research.

Vergani, C., 1997. *La nuova longevità*. Milano: Mondadori

Veronese, N., Stubbs, B., Noale, M., Solmi, M., Rizzoli, R., Vaona, A., Demurtas, J., Crepaldi G. & Maggi, S., 2018. Adherence to a Mediterranean Diet is associated with lower incidence of frailty: A longitudinal cohort study. Clin Nutr, Oct. 37 (5): 1492-1497

Vetrano, D.L., & Vaccaro, K., (a cura di), 2017. *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come la si fa.* Italia Longeva. Associazione nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva online.

Vetrano, D.L. (a cura di), 2018. *L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa, buone pratiche. .* Italia Longeva. Associazione nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva online.

Victor, C.R., 2005. *The Social Context of Ageing*. London-New Tork: Routledge

Viganò, G., & Zanuso, R., 2009. *La soddisfazione degli utenti nei servizi sanitari: spunti di riflessione*. Mutamento sociale online.

Vigorelli, P., 2011. *L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Milano: FrancoAngeli

Vigorelli, P., 2012. *Aria nuova nelle case per anziani*. Progetti capacitanti. Milano: FrancoAngeli

Waldhausen, A., 2014*. Care services in crisis? Long-term care in times of European economic and financial crisis.* Working Paper 8, Observatory for Sociopolitical Development in Europe, Frankfurt, Germany.

Walker, A., 2005. Relazione al convegno SPI-CGIL. *Impatto sociale ed economico dell'invecchiamento. Le politiche per un nuovo patto intergenerazionale*. Roma 20-21 giugno

Williamson, J.B., Watts-Roy, D.M., & Kingston, E. R., (a cura di), 1999. *The generational equity debate.* New York NY: Columbia University Press.

Williamson, J. B., McNamara, T. K., & Howling, S. A., 2003. *Generational equity, generational interdependence, and the framing of the debate over Social Security reform*. Journal of Sociology and Social Welfare, 3, 3-14

Wilson, A.E. & Ross, M., 2003. *The identity function of autobiographical memory: time is on our side.* In Memory, 11, 137-149.

Wilson, K.B., 2007. *Historical evolution of assisted living in the United States, 1970 to the present.* Gerontologist, 47, 3, 8-22.

Wisner, B., 2004. At risk: natural hazards, people's vulnerability, and disasters. London: Routledge.

Young, L.C., & Pace, R.J., 2000. Accessible Multifamily Housing: Key Code Requirements from Volume 1-C (1999) of the North Carolina State Building Code. North Carolina. pp. vii. Archived from the original (PDF) on March 20, 2018.

Zaidi, A., 2016. *Active Ageing Index: un'eredità del 2012 Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra le Generazioni.* Studi di Sociologia, 54, 2, 127-137.

Zarit S.H., Kim K., Femia E.E., Almeida D.M., Savla J., & Molenaar P.C., 2011. *Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach.* J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Journal of Gerontology, 1489-1493.

Ziegler Capital Market. 2009. The Ziegler National CCRC Listing and Profile. Chicago: BC Ziegler and Company

Zimmerman, D.R., 2003. *Improving nursing home quality of care through outcomes data: The MDS quality indicators.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 250–257

Zinn, J.. & Mor, V., 1998. *Organizational structure and the delivery of primary care to older Americans.* Health Services Research. 33, 355–380.