

## Anziani fragili e ageing in place. Alcune considerazioni sul caso italiano

**Marco Arlotti**

RPS

*Il contributo si focalizza sul tema della domanda sociale degli anziani fragili, con particolare attenzione al caso italiano e agli assetti di permanenza a domicilio, il cosiddetto ageing in place, con cui si punta a garantire una migliore qualità di vita della persona anziana, contenendo il ricorso a soluzioni più costose come quelle del ricovero residenziale. Tuttavia lo sviluppo dell'ageing in place richiede alcune precondizioni specifiche in assenza*

*delle quali, o con una compromissione delle stesse, si possono determinare forti rischi di isolamento e abbandono per gli anziani più fragili. In questo quadro esperienze innovative recenti, implementate a livello territoriale, hanno puntano a favorire lo sviluppo di nuove forme di sostegno alla domiciliarità e dell'abitare. Tuttavia l'assenza di una politica nazionale e regionale rischia di limitare gli effetti di tali innovazioni.*

### 1. Introduzione\*

Questo contributo si focalizza sul tema della domanda sociale degli anziani fragili, con i quali intendiamo anziani che, pur avendo un certo grado di autonomia, possono presentare una serie di limitazioni dal punto di vista dello svolgimento delle abituali attività di vita quotidiana (es. attività di cura della persona come mangiare, alzarsi dal letto, vestirsi e spogliarsi ecc., nonché attività quotidiane strumentali come preparare i pasti, fare la spesa, svolgere lavori domestici ecc.) e su come tale aspetto si incrocia con la dimensione abitativa.

A questo proposito ci soffermeremo, in particolare, sul caso italiano dove, come noto, l'invecchiamento della popolazione è una questione centrale, sia per l'intensità del fenomeno, che per i processi di mutamento intervenuti sul versante delle strutture familiari.

Da un lato, infatti, abbiamo una crescente incidenza dei «grandi anziani», cioè gli anziani over 80 in cui la presenza di bisogni sanitari e socio-

\* Questo articolo si colloca all'interno delle attività svolte dall'autore nell'ambito del progetto biennale di ricerca IN-AGE (*INclusive AGEing in place: Contrasting isolation and abandonment of frail older people living at home*), finanziato da Fondazione Cariplo (grant n. 2017-0941).

assistenziali, e la conseguente necessità di assistenza a fronte di limitazioni funzionali, tende ad essere più elevata (Barbarella e al., 2015; Dessi e Rusmini, 2015). Dall'altro lato abbiamo una progressiva contrazione dei nuclei familiari, nel quadro della quale si è assistito a un aumento significativo del numero di anziani che vivono soli e alla rarefazione delle reti di solidarietà intergenerazionale a cui – come diremo fra poco – il sistema di welfare italiano ha delegato tradizionalmente la copertura dei bisogni di cura della popolazione anziana (Pavolini e Ranci, 2015; cfr. anche *infra*).

Il tema della domanda sociale degli anziani fragili verrà affrontato in questo contributo con particolare riferimento agli assetti di permanenza a domicilio, il cosiddetto *ageing in place*. L'*ageing in place* costituisce, infatti, una delle strategie principali messe in atto nella gran parte dei paesi europei (ma non solo) per far fronte ai bisogni della popolazione legati all'invecchiamento, attraverso soluzioni che puntano a una maggiore «efficacia», in termini di garanzia nella qualità di vita della persona anziana, ed «efficienza», evitando il ricorso a soluzioni, come quelle del ricovero residenziale, decisamente più costose per le finanze pubbliche, ma anche per gli stessi bilanci familiari. La permanenza a domicilio della persona anziana, in particolare fragile, è tuttavia influenzata da una serie di pre-condizioni che ne influenzano gli esiti. Dalla presenza e supporto fornito dalle reti informali di cura, a condizioni contestuali, come quelle determinate dalla struttura abitativa, dal contesto territoriale di riferimento nonché dalle politiche pubbliche (incluse quelle abitative e dell'assistenza) nel loro complesso.

Fatta questa premessa, nel proseguo tratteremo dunque il tema degli anziani fragili che vivono a domicilio nel caso italiano, riprendendo in prima istanza le coordinate del dibattito sull'*ageing in place* (cfr. par. 2). A seguire, l'approfondimento del caso italiano si baserà innanzitutto su una ricostruzione del quadro più complessivo delle politiche di assistenza ed abitative nel nostro paese (cfr. par. 3), per poi individuare quelle che sembrano essere le criticità principali connesse alla declinazione «all'italiana» dell'*ageing in place*, in particolare per quanto riguarda profili specifici di bisogno, per esempio gli anziani soli o che vivono in contesti problematici da un punto di vista abitativo ed urbano. A fronte di tali criticità vedremo come, anche in Italia, si è sviluppata una certa attenzione attorno alla promozione di nuove forme innovative di sostegno dell'abitare degli anziani fragili (cfr. par. 5). Tuttavia, l'esistenza di barriere culturali e, in particolare, la mancanza di una politica su scala nazionale e regionale rischiano di compromettere le condizioni affinché tali innovazioni territoriali si istituzionalizzino rendendosi stabili nel tempo.

## 2. *Invecchiare a domicilio: la strategia dell'ageing in place*

Nel paragrafo introduttivo si è detto come una delle strategie principali messe in atto nella gran parte dei paesi europei (ma non solo) per far fronte ai bisogni della popolazione legati all'invecchiamento è stata quella che ha puntato a favorire la permanenza a domicilio, nel contesto abitativo e comunitario di riferimento: il cosiddetto *ageing in place*.

La diffusione dell'*ageing in place* è stata favorita nel contesto europeo dalla presenza di alcune pre-condizioni. Queste rimandano innanzitutto a una forte diffusione, presso la popolazione anziana, della proprietà della casa (Fernández-Carro, 2013). Inoltre, tenuto conto dell'impossibilità di garantire una copertura pubblica a domicilio nell'intero corso della giornata per coprire i bisogni degli anziani (inclusi quelli fragili), una seconda pre-condizione strutturale è quella che rimanda a una diffusa possibilità di supporto da parte delle reti familiari (integrate, come mostra il caso italiano, da assistenza privata esterna; cfr. par. 3.1). Dati (seppur allargati all'area Ocse) mostrano infatti come nel 2015 circa il 13% delle persone in età superiore ai 50 anni (in larga parte donne, che rappresentano più del 60% dei *caregiver*) risultava svolgere attività di cura a livello informale su base giornaliera o settimanale (Oecd, 2017).

Più in generale, sono diversi i fattori che hanno sospinto a favore dell'adozione di questo tipo di strategia. Innanzitutto la ricerca di una migliore qualità di vita per la persona anziana, che tende peraltro a presentare generalmente un più forte legame agli spazi e difficoltà di cambiamento (Who, 2017). Per l'anziano, infatti, lo spazio abitativo assume un profondo significato simbolico e personale, di senso, legato alla memoria degli eventi passati (Sixsmith e Sixsmith, 2008).

A questi aspetti se ne aggiungono altri che attengono più all'«efficienza» di tale soluzione rispetto ad altre come, per esempio, il ricovero in struttura, più costoso in termini economici e che trova nella gran parte dei casi anche una più difficile accettazione da parte dell'anziano (Sixsmith e al., 2014).

Come si è detto poco sopra l'*ageing in place* richiede, tuttavia, alcune pre-condizioni le quali, pur in presenza, possono comunque determinare – allorquando presentano elementi di criticità – una serie di rischi nella permanenza a domicilio della persona anziana in termini, per esempio, di isolamento e abbandono (Sixsmith e al., 2014; Jayanthaa, Qianb e Yia, 2018).

Tali pre-condizioni si articolano su tre livelli principali (Rolls e al., 2010) che rimandano alle condizioni dei contesti abitativi, alle condizioni

materiali della persona anziana e alle condizioni più generali del contesto di quartiere/urbano di riferimento.

Per quanto riguarda il primo aspetto va, infatti, notato come condizioni che attengono in senso lato all'appartamento/abitazione in cui l'anziano vive (es. dimensioni, assetti interni come presenza di maniglioni di appoggio nelle scale o nei bagni, dimensioni delle porte che possono limitare l'accesso nel caso di uso di carrozzella o altro tipo di ausili ecc.) risultano cruciali per favorire la permanenza a domicilio della persona anziana (Hwang e al., 2011). A tal proposito, la ricerca internazionale ha evidenziato come la manifestazione di fenomeni, ad esempio le cadute, che possono fortemente limitare l'autonomia a domicilio della persona anziana può essere contenuta attraverso l'adozione di specifiche azioni preventive che mirano, per esempio, alla valutazione e all'adeguamento degli spazi domestici (Who, 2017).

Anche le condizioni materiali della persona anziana sono, ovviamente, fondamentali nel determinare la possibilità di rimanere a domicilio, così come la qualità stessa di vita (Rolls e al., 2010). La proprietà della casa largamente diffusa fra le persone anziane costituisce, come detto, un fattore cruciale di sostegno all'*ageing in place*. Tuttavia, essa può rappresentare anche un fattore di vulnerabilità, per i costi di mantenimento e per l'immobilizzazione di risorse che rischia, in particolare nei casi di anziani con redditi bassi, che vivono soli e con il sopraggiungere di spese impreviste (come quelle legate alla non autosufficienza), di determinare dinamiche di impoverimento.

Infine, un terzo aspetto che influisce sull'*ageing in place* rimanda al contesto di riferimento entro cui la permanenza a domicilio della persona anziana risulta collocata (Fausset e al., 2011). Quotidianamente la persona anziana interagisce con diverse sfere contestuali, da quelle più «prossime», ad esempio le reti familiari, a quelle più «esterne», come il contesto di quartiere e urbano in termini, per esempio, di dotazioni e accessibilità di servizi, reti comunitarie di supporto ecc. Tali interazioni influenzano in modo cruciale le condizioni di permanenza a domicilio dell'anziano (Jayanthaa, Qianb e Yia, 2018).

### *3. Il modello italiano di sostegno alla popolazione anziana fragile*

Le condizioni di vita delle persone anziane, incluse quelle fragili, presentano nel caso italiano alcuni tratti strutturali specifici (Saraceno e Keck, 2010; Ranci e Pavolini, 2013), che riguardano da un lato un'ampia delega

nella copertura dei bisogni di cura ed assistenza attribuita alle reti informali, cioè in primis – a fronte di persistenti asimmetrie di genere – in capo alle donne; dall'altro un netto e diffuso impiego dell'*ageing in place*. Questo assetto è stato alimentato, ed è tutt'ora sostenuto, da diversi fattori, incluso il ruolo specifico svolto dalle politiche pubbliche dell'assistenza e da quelle abitative.

### 3.1 Le politiche dell'assistenza

Le politiche dell'assistenza si caratterizzano nel caso italiano e, in prospettiva comparata, per una certa residualità in termini di intervento (la spesa pro-capite per politiche di lungo assistenza, Ltc, calcolata sulla popolazione disabile stimata si attesta fra le più basse nel confronto con i principali paesi europei; Inps, 2016), nonché per un netto sbilanciamento a favore della componente monetaria.

A questo proposito, sul versante dei trasferimenti monetari, non si può che menzionare l'indennità di accompagnamento, introdotta negli anni '80 per far fronte ai problemi della disabilità adulta, che ha registrato nel corso degli anni una crescita continua sia in termini di beneficiari (in particolare ultra-sessantacinquenni arrivando a toccare un tasso di copertura di circa il 12% su questo target di popolazione) che di risorse investite, tanto da costituire oggi oltre il 60% della spesa complessiva destinata alla cura delle persone anziane (Naa, 2017). Dagli anni '80 questo schema è rimasto praticamente immutato, riproducendo peraltro in modo inerziale alcune «deviazioni» strutturali rispetto a schemi simili implementati in altri paesi europei come, per esempio, la mancata differenziazione degli importi in base al livello di gravità del bisogno, la mancata integrazione con la rete territoriale dei servizi, così come la mancanza di forme di controllo sull'utilizzo delle risorse trasferite (Arlotti, Parma e Ranci, 2017). Quest'ultimo aspetto, in un quadro di inerzia e di assenza di riforme istituzionali, ha favorito in particolare lo sviluppo di un mercato della cura privato ampiamente sommerso e irregolare, con un ricorso notevole ad assistenti di cura esterne alla rete familiare, le cosiddette «badanti», spesso con un forte coinvolgimento attraverso la convivenza diretta con l'anziano (Naldini e Saraceno, 2008; Costa, 2013).

La consistenza di questo fenomeno ha raggiunto cifre del tutto ragguardevoli: le stime complessive parlano di circa 840.000 badanti (Lps, 2017), con un trend di crescita che non sembra essersi arrestato nemmeno nel corso del periodo più recente (Netti, 2018).

Un fattore che ha alimentato questo fenomeno rimanda anche alla

particolare carenza, oltre che alle profonde differenziazioni territoriali, che lo sviluppo del sistema dei servizi registra nel nostro paese (Pavolini, 2015; Naa, 2017). Per esempio i servizi di assistenza domiciliare gestiti dai comuni, che costituiscono una leva strategica per favorire il permanere dell'anziano nel proprio contesto di vita evitando processi di istituzionalizzazione, si attestano su livelli del tutto marginali (nel 2015 poco più dell'1% sulla popolazione over 65; elaborazioni su dati Istat 2018b), peraltro in riduzione nel corso del periodo più recente sia a fronte delle dinamiche di contrazione dei trasferimenti statali (basti pensare all'andamento del Fondo nazionale per le politiche sociali e di quello per le non autosufficienze) che hanno portato gli enti territoriali ad adottare diverse strategie di contenimento (es. innalzamento del livello di gravità richiesto per l'accesso ai servizi, riduzione della copertura oraria e dell'intensità assistenziale garantita, incremento delle quote di compartecipazione al costo del servizio), sia a fronte di un certo spiazzamento esercitato dallo sviluppo del mercato privato (irregolare) dei servizi (Gori e Rusmini, 2015).

Un discorso diverso vale, parzialmente, per l'assistenza domiciliare integrata gestita dalle aziende sanitarie territoriali, che ha registrato nel corso degli anni un processo di estensione, seppur graduale, nei tassi di copertura. Tale intervento rimane tuttavia di carattere eminentemente prestazionale, con prestazioni mediche, riabilitative ed infermieristiche che garantiscono una copertura oraria solo limitata, peraltro in calo nel corso del periodo più recente (Naa, 2017).

### 3.2 Le politiche abitative

Gli assetti di ampia privatizzazione della cura e di mantenimento a domicilio delle persone anziane, incluse quelle fragili, hanno trovato un forte sostegno nelle modalità con cui nel nostro paese le politiche abitative e della casa risultano essersi articolate e consolidate nel corso del tempo. A questo proposito, gli studi sugli *housing regimes* hanno messo in evidenza come il caso italiano si collochi a pieno titolo all'interno del cosiddetto modello «sudeuropeo» nel quale, fra i vari elementi di configurazione, emerge in particolare una certa residualità dell'intervento pubblico (sia in termini di residenzialità pubblica che di sostegno all'affitto), a cui ha fatto il paio un forte stimolo (attraverso, per esempio, benefici fiscali sull'accesso ai mutui e su successioni e donazioni) alla diffusione della proprietà della casa presso le famiglie italiane (Ranci e Pavolini, 2015, p. 156).

Tale fenomeno, che in letteratura è stato definito come «sclerosi proprietaria» (Cucca e Gaeta, 2018), affonda le sue radici in dinamiche di lungo periodo (incluso il tentativo politico di costruzione di consenso attorno alla promozione della piccola proprietà, nonché come forma di protezione per le famiglie dalle dinamiche inflazionistiche) e risulta complementare all'impostazione strutturale di fondo del modello di welfare italiano, alla luce della forte centralità che la casa di proprietà assume per le famiglie nei processi di scambio e di reciprocità intergenerazionale (*ivi*, pp. 90-91).

La proprietà della casa, particolarmente diffusa fra la popolazione anziana, rappresenta uno dei fattori cruciali che ha favorito nel caso italiano la privatizzazione della cura e il mantenimento a domicilio degli anziani, inclusi quelli fragili e non autosufficienti. Tale aspetto, tuttavia, presenta diversi elementi di problematicità che riguardano – come si è detto in precedenza (cfr. par. 3) – l'immobilizzazione della ricchezza in forme difficilmente liquidabili, che possono rendere difficile per l'anziano, in particolare nel caso di redditi pensionistici bassi e a fronte del mutamento delle condizioni di salute ed autonomia, affrontare spese impreviste oppure legate alla manutenzione della casa e/o all'adattamento degli spazi domestici.

In quest'ultimo caso, il rischio – come si vedrà nei prossimi paragrafi – è quello di un intrappolamento a livello domiciliare, favorito anche dall'assenza strutturale nel caso italiano – a parte alcune esperienze locali, tuttavia fortemente frammentate e differenziate a livello territoriale – di politiche abitative pubbliche in grado di sostenere la riqualificazione, l'accessibilità e la messa in sicurezza di abitazioni che, nel caso della popolazione anziana (cfr. par. 5), risultano spesso presentare diversi profili di problematicità a fronte dell'obsolescenza degli edifici e delle difficoltà nel sostenere costi di manutenzione e adattamento (Corsini, 2006).

#### 4. I profili di bisogno degli anziani fragili nel quadro dell'*ageing in place all'italiana*

Nel paragrafo precedente si è visto come l'*ageing in place* rappresenti la modalità principale messa in atto per far fronte ai bisogni della popolazione anziana, inclusa quella fragile. Tale modalità ha costituito in molti casi un'opzione fondamentale per garantire una migliore qualità di vita alle persone anziane fragili, consentendo loro di rimanere nei contesti sociali e familiari di riferimento. Tuttavia, nel quadro più generale degli

assetto strutturale che caratterizzano le politiche di assistenza ed abitative nel caso italiano (cfr. par. 3 *supra*), essa spesso determina elementi di forte criticità non solo sul versante di chi presta l'attività di cura (in termini di limitazioni sociali, affaticamento fisico, disagio psicologico ed emozionale – Arlotti, Catena e Genova, 2015; Pasquinelli, 2015), ma anche per quanto riguarda alcuni profili specifici di anziani fragili, con rischi elevati di abbandono ed isolamento.

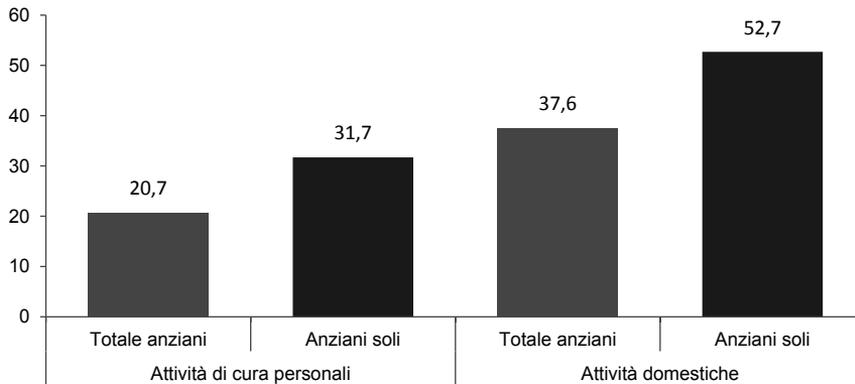
Nello specifico, tali rischi sembrano emergere con più forza quando, in particolare, le «pre-condizioni» necessarie all'*ageing in place* (cfr. par. 3) – cioè la pre-condizione strutturale-abitativa, quella materiale e quella relativa al contesto sociale e spaziale di riferimento – vengono meno o risultano fortemente compromesse. A questo proposito, in termini esemplificativi, si farà riferimento a due profili specifici di fragilità, cioè da un lato al caso degli anziani che vivono soli e, dall'altro lato, a quello degli anziani che vivono in contesti abitativi che presentano forti problematiche da un punto di vista strutturale. Ovviamente questi due profili di fragilità possono e (spesso) tendono a sovrapporsi, tuttavia in questo paragrafo – solo a fini esemplificativi – verranno sviluppate alcune brevi considerazioni rispetto a ciascuno separatamente.

#### 4.1 *Gli anziani che vivono soli*

Venendo al primo profilo, possiamo dire che gli anziani soli (in larga parte donne, a fronte di una più elevata aspettativa di vita media) rappresentano oggi una delle fasce sociali di maggiore criticità. Non a caso, secondo l'indagine Istat che ha misurato la percezione individuale del sostegno sociale, essi rappresentano coloro che tendono a sentirsi meno protetti e che avvertono un maggiore senso di abbandono (Istat, 2018c). In aggiunta presentano una maggiore necessità di aiuto sia per quanto riguarda la cura personale (31,7% rispetto al 20,7% della popolazione anziana nel suo complesso) che per le attività domestiche (52,7% sempre rispetto al 37,6% degli anziani nel complesso – Istat, 2018c; cfr. figura 1).

Studi più recenti sul caso italiano indicano inoltre come, nel quadro di un crescente miglioramento (in termini di riduzione della povertà) delle condizioni materiali della popolazione anziana, si stiano diffondendo anche situazioni di vulnerabilità economica, le quali si legano in particolare all'emergere di condizioni di non autosufficienza e che tendono a colpire maggiormente anziani con redditi bassi e, appunto, che vivono soli (es. donne vedove – Luppi, 2018).

Figura 1 - Persone di 65 anni e più che presentano una necessità di aiuto nelle attività quotidiane domestiche e di cura della persona (2015)



Fonte: Elaborazione su dati Istat (2018c, p. 281).

È importante evidenziare come questo profilo, cioè quello degli anziani soli, risulti peraltro in crescente diffusione all'interno della società italiana. Il 48,7% delle famiglie con un'unica persona risulta, non a caso, composto da anziani over 65 e, dopo gli 84 anni, la condizione di «persona sola» diventa nettamente prevalente, interessando il 52,2% di chi si colloca all'interno di questa fascia d'età (Istat, 2018d).

Inoltre, anche se la quota di famiglie che vedono la co-residenza di un anziano con il proprio figlio risulta oggi ancora rilevante nel nostro paese (per esempio, sono circa il 20% le famiglie di coppia fra i 65-74 anni in cui sono presenti figli non ancora usciti dal nucleo genitoriale; Istat, 2018d), al contempo le coppie di anziani senza figli tendono a rappresentare fino alla soglia degli 84 anni la quota maggioritaria (cioè il 48% delle persone fra i 65 e i 74 anni e il 40% delle persone fra i 75 e gli 84 anni; Istat, 2018d).

Questo fenomeno di «semplificazione» delle strutture familiari tende, peraltro, sempre più ad intrecciarsi in prospettiva con altri importanti processi di mutamento che investono la sfera delle reti familiari di supporto (cfr. par. 2 *supra*) e che comporteranno, in maniera crescente, una riduzione del bacino di reti informali di cura a sostegno della popolazione anziana fragile.

#### 4.2 La condizione abitativa degli anziani

Al profilo di fragilità degli anziani soli si aggiunge, inoltre, quello relativo ad anziani la cui fragilità affonda, in particolare, all'interno di contesti abitativi che presentano forti problematiche sia da un punto di vista della dotazione di reti e di servizi di supporto, che per quanto riguarda le condizioni strutturali.

A questo proposito, sempre i dati Istat (2018c) indicano, infatti, come le difficoltà che gli anziani registrano dal punto di vista del sostegno alle attività di cura personali, così come di quelle domestiche, non risultino diffuse in modo omogeneo sul territorio, bensì presentino forti disuguaglianze territoriali. Non a caso nei territori del Mezzogiorno, e nelle varie articolazioni individuate dall'Istat<sup>1</sup> in quelli che vengono definiti come i «territori del disagio», nei «centri urbani meridionali», nel «Mezzogiorno interno» e «nell'altro Sud», la percentuale di anziani in necessità di aiuto nelle attività di cura e di assistenza e che, tuttavia, presentano un aiuto insufficiente su questi versanti è decisamente più elevata (sempre ben sopra al 50%) rispetto a quanto si registra nelle aree del Centro-Nord, come nelle «città del Centro-Nord», nella «città diffusa» e nel «cuore verde». Anche in queste aree, tuttavia, l'insufficienza di aiuto interessa – complessivamente – in modo costante oltre un anziano su tre (cfr. figura 2).

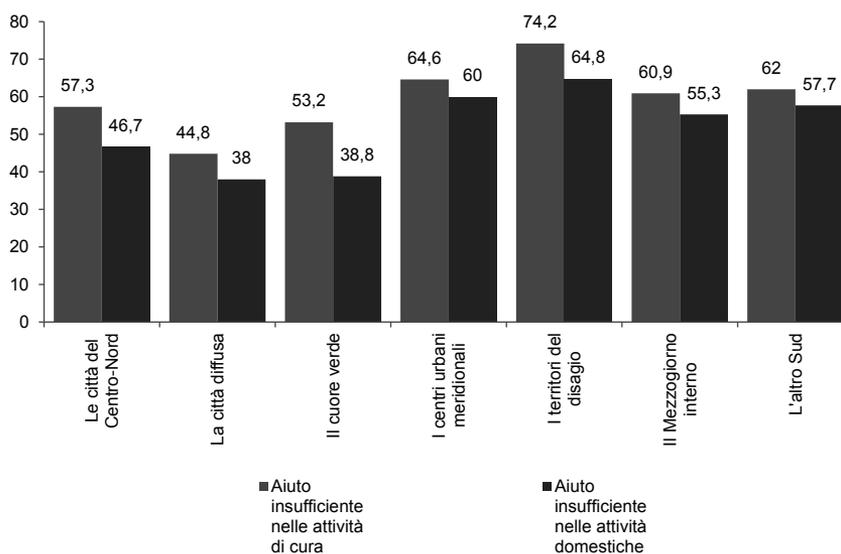
Se invece volgiamo l'attenzione al versante delle condizioni abitative, i dati dell'ultimo censimento 2011 mostrano come, se, da un lato, una delle pre-condizioni strutturali dell'*ageing in place*, cioè la proprietà della casa, risulta essere fortemente diffusa nel nostro paese (riguardando l'80% della popolazione anziana; nel caso di anziani soli, peraltro, con appartamenti che per circa il 66% dei casi sono dotati di più di 4 stanze; Falasca, 2015, p. 12), dall'altro lato, tuttavia, tale pre-condizione è spesso investita da forti elementi di problematicità.

Ad esempio i dati sull'epoca di costruzione indicano che, nel 2011, il 35,4% degli edifici abitati da anziani era stato costruito prima del 1961 e circa il 19,5% prima del 1946 (*ibidem*, pp. 12-13). Insomma, un patrimonio abitativo che per il 54,9% presentava oltre 50 anni, e da cui possono scaturire inevitabilmente precarietà delle condizioni alloggiative e diverse inadeguatezze. Ad esempio, sempre nel 2011, il 76% delle abitazioni in cui vivevano anziani risultava privo di ascensore (Falasca, 2015, p. 13). Aspetto che, peraltro, riguardava, sempre al 2011, il 56%

<sup>1</sup> A questo proposito, si rimanda al rapporto annuale 2015 (Istat, 2015), in cui viene chiarita la costruzione della tipologia territoriale.

di case con anziani in edifici con più di due piani (Abitare e Anziani Informa, 2018, p. 10).

Figura 2 - Persone di 65 anni e più che presentano un aiuto insufficiente nelle attività quotidiane domestiche e di cura della persona (ogni 100 anziani che hanno necessità dell'aiuto), 2015



Fonte: Elaborazione su dati Istat (2018c, p. 281).

Dati più recenti sembrano confermare sostanzialmente questo quadro. Per esempio, al 2016, l'incidenza di persone che dichiarano di vivere in abitazioni con problemi strutturali, cioè in abitazioni danneggiate, risulta essere più elevata nel caso di persone anziane (14,1% e, in particolare nel caso degli anziani soli, 15,5%) rispetto al dato che si registra, invece, sulla popolazione nel suo complesso (12,9% – Istat, 2018b). Un elemento che, in parte, può spiegare la più elevata concentrazione di incidenti domestici proprio fra la popolazione più anziana: i dati Istat per il 2014 indicano, infatti, come per oltre un terzo tali eventi si concentrino proprio fra la popolazione di 65 anni e più, con una particolare diffusione delle cadute tra le donne anziane e delle lesioni sugli arti superiori nel caso degli uomini (Abitare e Anziani Informa, 2018, p. 19).

### *5. La sfida della domiciliarità per gli anziani fragili: nuove forme di sostegno dell'abitare*

Pur nel quadro di forte residualità che caratterizza le politiche abitative nel nostro paese, è importante evidenziare come, nel corso degli anni, si siano sviluppate in modo crescente a livello territoriale diverse esperienze innovative volte a favorire la domiciliarità degli anziani fragili, affrontando i nodi di problematicità analizzati nel paragrafo precedente. Tali esperienze, spesso basate su forti partnership pubblico-private stimulate anche dall'attivazione di linee di finanziamento ad hoc (sempur, spesso, una tantum), si articolano su diversi fronti di intervento che, in estrema sintesi, rimandano: agli adattamenti strutturali degli ambienti; alla promozione di nuovi servizi di sostegno alla domiciliarità; alla promozione di nuove soluzioni abitative in relazione ai bisogni specifici delle persone anziane fragili.

Per quanto riguarda il primo aspetto, ci riferiamo in particolare a tutte quelle iniziative volte ad intervenire, più strutturalmente, sugli ambienti abitativi di vita degli anziani per favorirne il più possibile la permanenza a domicilio e la vita indipendente, attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche, la domotizzazione degli ambienti, la teleassistenza. In alcuni casi, come nell'esperienza ormai consolidata dell'Emilia-Romagna (cfr. Pasquinelli, 2015), si arriva all'istituzione di veri e propri centri strutturati di consulenza (i cosiddetti Caad, centri provinciali per l'adattamento dell'ambiente domestico per le persone anziane e con disabilità) che, attraverso apposite équipe multi-professionali, forniscono, appunto, consulenza ed assistenza alle famiglie per quanto riguarda l'abbattimento delle barriere architettoniche (es. dimensione delle porte, presenza di dislivelli, assenza di ascensore ecc.) e l'implementazione di dispositivi di domotizzazione (es. impianti di sicurezza, automatizzazione degli infissi ecc.) e di controllo a distanza (es. telesoccorso, teleassistenza ecc.).

Una seconda linea di intervento, che peraltro si sta diffondendo anche a livello internazionale (Who, 2017), è quella che rimanda invece ad una ridefinizione delle funzioni e dei servizi offerti dalle strutture residenziali, con una maggiore apertura di queste al territorio nell'ottica di sostenere, attraverso appositi servizi assistenziali, consulenze e programmi preventivi, anziani che rimangono a domicilio, ma con limitazioni nello svolgimento delle funzioni di vita quotidiana. In questo caso può essere menzionato il programma promosso da regione Lombardia «Rsa aperta». Attraverso tale programma la regione ha inteso promuovere

una maggiore apertura al territorio delle strutture residenziali di assistenza agli anziani, stimolando l'offerta e la presa in carico di anziani a domicilio attraverso interventi di assistenza ed accompagnamento alle famiglie (es. interventi domiciliari, centri diurni, integrazione e/o sostituzione temporanea dei *caregiver*, formazione ed addestramento degli stessi ecc. – Naa, 2017). L'esperienza, tuttavia, mostra anche una serie di criticità che rimandano in particolare ai limiti di utilizzo delle Rsa nel coprire, per esempio, bisogni di anziani fragili che richiedono principalmente funzioni di sostegno abitativo ed interventi sulla vita indipendente o assistita (Tidoli, 2014).

A questo proposito, sulla scia anche di esperienze già ampiamente consolidate a livello internazionale, una terza linea di intervento che si sta diffondendo a livello territoriale rimanda in particolare alla promozione di nuove soluzioni abitative per anziani fragili che, pur non presentando una condizione di bisogno particolarmente grave, tale da richiedere il ricovero in struttura, presentano spesso al contempo, anche perché soli, un certo bisogno di supporto ed assistenza.

Tali iniziative di residenzialità «leggera» si collocano in modo intermedio fra l'inserimento in struttura e la permanenza a domicilio e si articolano principalmente in due modelli di intervento. Da un lato abbiamo le strutture organizzate in forma comunitaria di sostegno alla vita assistita (*assisted living facilities*); dall'altro lato le soluzioni abitative di sostegno alla vita indipendente (*independent living facilities* – Giunco, 2014; Pasquinelli, 2015).

Più nello specifico, nel primo caso si fa riferimento a strutture comunitarie (es. comunità alloggio, residenze sociali ecc.) che possono prevedere anche unità di accoglienza basate su camere singole (ampie e dotate di bagno), in cui all'anziano, pur vivendo in autonomia, viene comunque garantita assistenza e supporto, sia di tipo socio-assistenziale, che di tipo sanitario attraverso operatori professionali con copertura 24 ore su 24 (Giunco, 2014; Pasquinelli, 2015).

Nel secondo caso, invece, si tratta principalmente di soluzioni abitative autonome, integrate tuttavia in contesti comunitari con condivisione di spazi e servizi comuni (es. cucina, lavanderia, sale hobby, giardini, portineria ecc.), nonché di altri interventi a bassa intensità (es. gestione dell'appartamento, spesa, mobilità ecc.). Queste soluzioni offrono, nel complesso, un'alternativa concreta al vivere soli e costituiscono un'ottima opportunità per gestire in modo sostenibile i costi legati all'abitare (Giunco, 2014; Pasquinelli, 2015).

Le limitate indagini condotte, ad oggi, sul caso italiano (cfr. Giunco,

2014) mettono in evidenza come, in assenza di una regolazione sistematica e di investimenti a livello nazionale e, in particolare, a livello regionale, stante la competenza delle regioni sul settore dei servizi socio-assistenziali, emerge una forte pluralizzazione nella declinazione di questi due modelli di residenzialità leggera, attivati spesso in modo frammentato a livello territoriale anche attraverso collaborazioni fra enti locali ed organizzazioni di terzo settore, nonché direttamente in modo spontaneo da associazioni ed organizzazioni private con rischi, potenzialmente, anche di un certo sviluppo «distorto», in particolare quando tali iniziative risultano non concettualmente fondate e operativamente sorvegliate (Guaita e Trabucchi, 2017, p. 142).

Al contempo, tuttavia, sembrano emergere anche alcuni trend di convergenza in queste esperienze che riguardano in particolare gli assetti di articolazione degli interventi e i profili specifici degli anziani fragili. Per quanto riguarda il primo aspetto si delinea, infatti, un certo superamento della separazione nell'offerta, con la costituzione spesso di centri polifunzionali in cui vengono integrate sia le forme comunitarie di sostegno alla vita assistita che quelle abitative di sostegno alla vita indipendente (Giunco, 2014). Rispetto al secondo aspetto emerge invece una differenziazione chiara in relazione al tipo di domanda che queste iniziative di residenzialità leggera intercettano, cioè da un lato anziani in età elevata (spesso grandi anziani), con parziale limitazione delle autonomie funzionali nel caso delle residenzialità comunitarie e, dall'altro, nel caso delle soluzioni abitative di sostegno alla vita indipendente, anziani di età inferiore (ultrasessantenni), in larga parte soli, con limitazioni funzionali minime, ma difficoltà riguardanti in particolare l'inadeguatezza abitativa (*ibidem*).

Infine, va notato come a queste iniziative di residenzialità «leggera» si aggiungano programmi di condivisione (*co-housing*) dell'abitazione, che possono essere anche di tipo intergenerazionale, cioè anziani-giovani (oppure includendo anche categorie di fragilità sociale, si veda in Toscana «Abitare Solidale»; Casanova e Succi, 2014). In questo caso la condivisione dello spazio domestico si basa su una forma di reciprocità fra l'anziano che mette a disposizione la propria abitazione e il giovane che, in cambio della possibilità di un alloggio a prezzi accessibili (o di un costo limitato alla compartecipazione delle utenze), fornisce compagnia ed aiuto alla persona anziana, sotto forma, per esempio, di preparazione pasti, accompagnamento esterno per disbrigo pratiche personali e/o amministrative (Costa, 2015).

L'esperienza internazionale mostra, tuttavia, come il *co-housing* intergenerazionale registri una serie di difficoltà nella sua diffusione, in particolare

a fronte di una certa refrattarietà degli anziani nella condivisione dei propri spazi abitativi (la casa è ancora oggi fortemente percepita come spazio privato). Inoltre, in contesti come quello italiano in cui il modello di assistenza attraverso assistenti alla cura esterni alla rete familiare è fortemente diffuso (cfr. par. 3.1), l'assetto di relazione alla base del *co-housing* rischia spesso di venire «travisato» dalla persona anziana, con richieste di assistenza ed aiuto nei confronti dell'ospitante ben oltre la reciprocità che dovrebbe, invece, sottostare in queste esperienze al rapporto fra anziano e ospitante (Costa, 2015).

## 6. Considerazioni conclusive

In questo contributo si è visto, dunque, come anche nel nostro paese l'*ageing in place*, cioè il mantenimento nella permanenza a domicilio dell'anziano, rappresenti la strategia principale su cui si è più puntato per far fronte ai bisogni crescenti legati alla fragilità della popolazione anziana. Tale strategia ha indubbiamente diversi vantaggi: in primis la possibilità dell'anziano di poter continuare a vivere nel proprio contesto di riferimento.

Al contempo, tuttavia, esistono anche forti rischi riguardo alla sostenibilità sociale ed economica di questo modello nella declinazione «all'italiana», tenuto conto sia della progressiva contrazione del bacino dei potenziali *caregiver* (alla luce dell'effetto congiunto di bassa fertilità ed invecchiamento della popolazione), che dello scarico sistematico sul lavoro di cura femminile e sull'impiego in larga parte irregolare di lavoratrici straniere. In aggiunta, abbiamo visto come si delineino alcuni profili specifici di bisogno legati ad anziani fragili che presentano un certo grado di compromissioni nelle «pre-condizioni strutturali» necessarie all'*ageing in place*, come nel caso degli anziani soli in assenza di adeguato supporto da parte delle reti informali ed istituzionali, nonché degli anziani che vivono in contesti problematici da un punto di vista abitativo. In questi casi, a fronte della più generale residualità che caratterizza sia le politiche dell'assistenza che quelle abitative nel nostro paese, è fortemente elevata la probabilità che l'*ageing in place* si trasformi in una «trappola» che acuisce i rischi di isolamento ed abbandono, non assicurando alcuna qualità né sicurezza nelle condizioni di vita delle persone anziane (Abitare e Anziani Informa, 2018), in particolare di quelle più fragili. In quest'ottica, è divenuto quindi sempre più cruciale lo sviluppo di strategie innovative, volte a sostenere la domiciliarità e a promuovere

nuove forme dell'abitare, anche attraverso forme di residenzialità leggera e di condivisione abitativa intergenerazionale (cfr. par. 5). Tali iniziative, tuttavia, in mancanza di una politica nazionale e regionale, tendono ad avere luogo spesso in modo non omogeneo e frammentato, attraverso esperienze localizzate, talvolta sostenute attraverso finanziamenti ad hoc, non strutturali. In questo quadro, dunque, il rischio che si profila sembra essere quello dell'innovazione frammentata (Kazepov, 2011, p. 135), capace di produrre anche interessanti modelli di intervento a livello territoriale che, però, da un lato risultano accessibili solo ad una porzione limitata della popolazione, mentre dall'altro lato rischiano di non giungere mai a completa istituzionalizzazione, lasciando nel vuoto la risposta ai bisogni della popolazione in condizioni di fragilità.

### *Riferimenti bibliografici*

- Abitare e Anziani Informa, 2018, *Problemi e prospettive della domiciliarità. Il diritto di invecchiare a casa propria*, Rivista online di informazione sui problemi abitativi degli anziani, n. 2.
- Arlotti M., Catena L. e Genova A., 2015, *La dimensione territoriale dell'integrazione. Non autosufficienze e politiche socio-sanitarie in Italia*, Carocci, Roma.
- Arlotti M., Parma A. e Ranci C., 2017, *Riformare diritti sociali iniqui con uno sguardo all'Europa? La sfida dell'indennità di accompagnamento*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 29-45.
- Barbarella F., Chiatti C. e Di Rosa M., 2015, *La bussola di Nna: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Nna (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 5° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Casanova G. e Socci M., 2014, *La condivisione abitativa come innovazione sociale: l'esperienza di «Abitare Solidale»*, «Welfare Oggi», n. 3, pp. 63-67.
- Corsini M., 2006, *Anziani e contraddittorietà del bene immobiliare*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 139-149.
- Costa G., 2013, *Long-Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change*, in Ranci C. e Pavolini E. (a cura di), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York.
- Costa G., 2015, *I programmi organizzati di coabitazione intergenerazionale, aspetti comparati*, «Territorio», n. 75, pp. 51-58.
- Cucca R. e Gaeta L., 2018, *Ritornare all'affitto. Politiche pubbliche contro la sclerosi proprietaria*, «Politiche Sociali/Social Policies», n. 1, pp. 87-102.
- Dessi C. e Rusmini G., 2015, *I bisogni di cura*, in Pasquinelli S. (a cura di), *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

- Falasca C. (a cura di), 2015, *Abitare e Anziani – 2° Rapporto sulla condizione abitativa degli anziani che vivono in case di proprietà – 2015*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: [www1.ouser.it/wpcontent/uploads/2015/11/SECONDO%20RAPPORTO%20SULLE%20CONDIZIONI%20ABITATIVE%20DEGLI%20ANZIANI.pdf](http://www1.ouser.it/wpcontent/uploads/2015/11/SECONDO%20RAPPORTO%20SULLE%20CONDIZIONI%20ABITATIVE%20DEGLI%20ANZIANI.pdf).
- Fausset C.B., Kelly A.J., Rogers W.A. e Fisk A.D., 2011, *Challenges to Aging in Place: Understanding Home Maintenance Difficulties*, «Journal of Housing For the Elderly», vol. 25, n. 2, pp. 125-141.
- Fernández-Carro C., 2013, *Ageing in Place in Europe: a Multidimensional Approach to Independent Living in Later Life*, PhD Thesis, Autonomous University of Barcelona, Barcellona.
- Giunco F., 2014, *Abitare leggero verso una nuova generazione di servizi per anziani*, Quaderno n. 17, Fondazione Cariplo, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.fondazionecariplo.it/static/upload/qua/qua\\_abitareleggero\\_def/qua\\_abitareleggero\\_def.pdf](http://www.fondazionecariplo.it/static/upload/qua/qua_abitareleggero_def/qua_abitareleggero_def.pdf).
- Gori C. e Rusmini G., 2015, *La rete dei servizi sotto pressione*, in Nna (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 5° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Guaita A. e Trabucchi M., 2017, *La residenzialità*, in Nna (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 6° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Hwang E., Cummings L., Sixsmith A. e Sixsmith J., 2011, *Impacts of Home Modifications on Aging-in-Place*, «Journal of Housing For the Elderly», vol. 25, n. 3, pp. 246-257.
- Inps, 2016, *XV Rapporto Annuale*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46888>.
- Istat, 2015, *Rapporto Annuale 2015*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/files/2015/05/Rapporto-Annuale-2015.pdf>.
- Istat, 2018a, *Anziani: Stili di vita e di salute*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/anziani/stili-di-vita-e-salute>.
- Istat, 2018b, *Datwarehouse I.Stat*, consultazione online agosto 2018, disponibile all'indirizzo internet: <http://dati.istat.it/>.
- Istat, 2018c, *Rapporto Annuale 2018*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>.
- Istat, 2018d, *Popolazione e famiglie*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie>.
- Kazepov Y., 2011, *Le politiche socioassistenziali*, in Ascoli U. (a cura di), *Il welfare in Italia*, Bologna, il Mulino.
- Jayanthaa W.M., Qianb Q. e Yia C.O., 2018, *Applicability of «Aging in Place» in Redeveloped Public Rental Housing Estates in Hong Kong, «Cities»*, vol. 83, n. 31, pp. 140-151.

- Lps, 2017, *La badante non basta più*, «il Punto di welforum», disponibile al sito internet: <https://welforum.it/>.
- Luppi M., 2018, *Povert  in et  anziana: un rischio ridimensionato, ma non per tutti*, «I Luoghi della Cura», disponibile all'indirizzo internet: [www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2018/06/poverta-in-eta-anziana-un-rischio-ridimensionato-ma-non-per-tutti/](http://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2018/06/poverta-in-eta-anziana-un-rischio-ridimensionato-ma-non-per-tutti/).
- Naa, 2017, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti*, 6° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Naldini M. e Saraceno C., 2008, *Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms*, «Social Policy & Administration», vol. 42, n. 7, pp. 733-748.
- Netti E., 2018, *Nel maxi-esercito di colf e badanti crescono le donne italiane over 50*, «Il Sole 24 Ore», p. 4, disponibile all'indirizzo internet: [www.fondazioneleonemoressa.org/new/wp-content/uploads/2018/07/16.07.2018-Sole24Ore-Badanti.pdf](http://www.fondazioneleonemoressa.org/new/wp-content/uploads/2018/07/16.07.2018-Sole24Ore-Badanti.pdf).
- Oecd, 2017, *Health at a Glance 2017: Oecd Indicators*, Oecd Publishing, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en).
- Pasquinelli S. (a cura di), 2015, *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Pavolini E., 2015, *How Many Italian Welfare States are there?*, in Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di), *The Italian Welfare State in a European Perspective*, Policy Press, Bristol.
- Ranci C. e Pavolini E. (a cura di), 2013, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York.
- Ranci C. e Pavolini E., 2015, *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- Rolls L., Seymour J.S., Froggatt K.A. e Hanratty B., 2010, *Older People Living Alone at the End of Life in the UK: Research and Policy Challenges*, «Palliative Medicine», vol. 25, n. 6, pp. 650-657.
- Saraceno C. e Keck W., 2010, *Can we Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe?*, «European Societies», vol. 12, n. 5, pp. 675-696.
- Sixsmith A. e Sixsmith J., 2008, *Ageing in Place in the United Kingdom*, «Ageing International», n. 32, pp. 219-235.
- Sixsmith J., Sixsmith A., Malmgren F nge A., Naumann D., Kucsera C., Tomson S., Haak M., Dahlin-Ivanoff S. e Woolrych R., 2014, *Healthy Ageing and Home: The Perspectives of Very Old People in Five European Countries*, «Social Science & Medicine», vol. 106, pp. 1-9.
- Tidoli R., 2014, *Residenzialit  leggera e Rsa/Rsd aperte: possibili opportunit  e insidie da evitare*, disponibile all'indirizzo internet: [www.lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/](http://www.lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/).

Who, 2017, *Age-Friendly Environments in Europe. A Handbook of Domains for Policy Action*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF).

RPS

Marco Arlotti

