



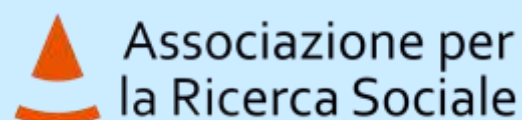
PIÙ FRAGILI DOPO LA TEMPESTA?

IN EQUILIBRIO FRA DESIDERI, FRAGILITÀ, AIUTI
Seconda Ricerca sugli anziani in Lombardia



A cura di:

Sergio Pasquinelli, Giulia Assirelli, Francesca Pozzoli



Questa è la seconda ricerca realizzata nell'ambito del progetto "Osservatorio biennale sugli anziani in Lombardia", promosso dalle Segreterie regionali della Lombardia di Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil.

Il primo Rapporto si trova qui: <http://www.qualificare.info/upload/CGIL.pdf>

Consigliata forma di citazione:

S. Pasquinelli, G. Assirelli, F. Pozzoli, *Più fragili dopo la tempesta? In equilibrio fra desideri, fragilità, aiuti*, Rapporto di ricerca promosso da Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil Lombardia, febbraio 2023.



Quest'opera è rilasciata con licenza Creative Commons Attribuzione - Condividi allo stesso modo 3.0 Italia. Per leggere una copia della licenza visita il sito web <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/it/>

INDICE

| | |
|---|----|
| PREMESSA..... | 3 |
| 1. INTRODUZIONE | 4 |
| 2. CHI SONO GLI ANZIANI INTERVISTATI..... | 5 |
| 3. GLI ANZIANI LOMBARDI INVECCHIANO ATTIVAMENTE?..... | 13 |
| 4. BISOGNI E RISPOSTE, TRA FAMIGLIA E SERVIZI..... | 28 |
| 5. CONCLUSIONI..... | 39 |
| APPENDICE STATISTICA | 43 |
| RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI | 51 |
| GLI AUTORI | 52 |

PREMESSA

I sindacati dei pensionati Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp-Uil della Lombardia hanno promosso, in collaborazione con ARS – Associazione per la Ricerca Sociale di Milano, sotto la direzione scientifica di Sergio Pasquinelli, un Osservatorio biennale sugli anziani in Lombardia. Esso si è sviluppato tra il 2021 e il 2023 per intercettare e comprendere le nuove esigenze che la pandemia e la fase post-emergenziale hanno reso prioritarie per gli oltre due milioni di anziani lombardi.

Il programma di lavoro comprende due ricerche, la seconda delle quali è presentata in questo Rapporto. Essa ha avuto lo scopo di consentire al Sindacato Confederale Pensionati l'analisi della popolazione anziana lombarda rispetto ad alcuni temi prioritari.

Rispetto alla prima indagine, che ha posto l'attenzione sulla assistenza, la solitudine, l'abitare, questo secondo lavoro si concentra anche sull'invecchiamento attivo, oltre ad affrontare nuovi temi come il ruolo auspicato di una sanità pubblica, nonché come incidono sulle condizioni di vita degli anziani le diverse condizioni di reddito. Dato il focus sull'invecchiamento attivo, il campione è stato esteso alla popolazione dai 55 anni in su, con oltre 1.200 interviste rappresentative di questa popolazione in Lombardia.

Siamo alle soglie di una nuova legislatura regionale. Ci auguriamo una larga diffusione di queste fresche evidenze di ricerca e degli esiti dell'indagine, per individuare quei temi che risulteranno di particolare interesse al fine di meglio orientare la nostra azione politica, organizzativa e contrattuale.

SPI-CGIL FNP-CISL UILP-UIL

1. INTRODUZIONE

Gli anziani sono una generazione in bilico. Tra desideri e possibilità, tra un passato faticoso per molti e un futuro incerto per altrettanti, tra fragilità diffuse e aiuti familiari che si riducono. Gli anni della pandemia hanno lasciato cicatrici profonde, dal punto di vista della salute delle persone, delle relazioni, delle risorse del territorio.

Dopo la prima ricerca condotta un anno fa¹, ci concentriamo ora sull'invecchiamento attivo, tema centrale di questo nuovo Rapporto, cui si accompagnano altri nuovi contenuti, che abbiamo voluto indagare per la loro rilevanza: il ruolo attribuito alla rete pubblica dei servizi e il peso, nella vita dei cittadini più maturi, delle diverse condizioni economiche e reddituali.

Sui vari fronti valutiamo i risultati raggiunti di estremo interesse.

Date le tematiche affrontate, il nostro sguardo si è esteso alla popolazione non ancora anziana, chiamiamoli “grandi adulti”, o pre-anziani. Un campione ampio di interviste, più di 1.200, ci ha permesso di intercettare un insieme variegato e rappresentativo di popolazione dai 55 anni in su. Con loro abbiamo approfondito lo sguardo su come si attraversa il trascorrere degli anni, sul modo in cui si vive quella longevità che ci caratterizza sempre di più come corpo sociale.

Con questo Rapporto si compie il percorso di un *Osservatorio biennale* composto da due ricerche “gemelle”, complementari per contenuti affrontati. Nelle due ricerche abbiamo complessivamente raccolto la voce di 2.200 anziani lombardi. Si tratta dello sforzo di analisi più consistente svolto su questa popolazione della Lombardia da molti anni a questa parte.

Il lettore interessato ai singoli temi troverà diverse evidenze nei capitoli che seguono; chi ricerca uno sguardo complessivo può invece andare direttamente alle conclusioni, che sintetizzano i principali risultati raggiunti e propongono alcune linee di interpretazione per un futuro a misura dell’anziano di domani.

Un doveroso ringraziamento va alle strutture sindacali territoriali coinvolte nella ricerca, per l’aiuto nella meticolosa raccolta dei questionari, che sono stati la base della nostra analisi.

S. P. – G. A. – F. P.

Milano, febbraio 2023

¹ Il primo Rapporto è scaricabile [QUI](#).

2. CHI SONO GLI ANZIANI INTERVISTATI

Il primo gennaio 2022 la Lombardia contava 3.455.759 residenti di età compresa tra i 55 e gli 85 anni, pari al 34,8% della popolazione regionale. È questo l'universo di riferimento di questa seconda indagine, in cui abbiamo voluto includere non solo gli anziani over 65, già oggetto della precedente edizione di questa ricerca, ma anche gli *anziani di domani*. I 55-64enni, cittadini che si apprestano ad entrare nell'età anziana, sono in Lombardia quasi un milione e mezzo e, da soli, costituiscono ben il 15% della popolazione regionale.

Se nella precedente indagine avevamo delineato un quadro di grande distanza tra gli *anziani di oggi* e il mondo dei servizi e avevamo discusso dell'inadeguatezza dell'attuale sistema di welfare per la terza età, non all'altezza dell'emergenza dettata dalle ben note tendenze demografiche in atto, oggi allarghiamo lo sguardo: non solo approfondiamo alcune tematiche già emerse nella scorsa ricerca – i bisogni dei nostri intervistati, l'uso dei servizi, le relazioni di aiuto, per dirne alcune – ma affrontiamo il tema dell'invecchiamento attivo come possibile risposta ai bisogni degli *anziani di domani*.

È questo oggi un argomento ampiamente discusso in letteratura e oggetto di dibattito nell'arena politica, specie a livello europeo: come discuteremo in maniera più approfondita nel capitolo ad esso dedicato, l'invecchiamento attivo, inteso come *“processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano”* (World Health Organization, 2002 – citato in Istat 2020), generando benefici a livello individuale, può essere considerato uno strumento di prevenzione finalizzato a un invecchiamento quanto più possibile in salute. Ma l'invecchiamento attivo produce benefici anche per la società nel suo complesso, proprio in quanto possibile risposta alle sfide dettate dall'invecchiamento demografico.

È dunque proprio per affrontare il tema dell'invecchiamento attivo – per comprendere non solo *come stanno invecchiando* gli anziani di oggi, ma anche *come si stanno avvicinando alla terza età* gli anziani di domani – che abbiamo incluso nell'indagine, come si diceva in apertura e come descriviamo più dettagliatamente nel seguito, anche la fascia più giovane dei 55-64enni.

IL CAMPIONE INTERVISTATO

L'indagine ha coinvolto 1.211 cittadini residenti in Lombardia, che, tra luglio e ottobre 2022, hanno compilato un questionario cartaceo distribuito attraverso le

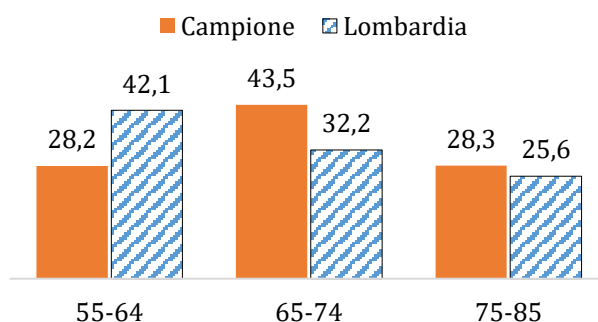
strutture territoriali dei tre sindacati confederali promotori dell'indagine. Al fine di ottenere un campione il più possibile rappresentativo della popolazione residente, sono state individuate delle quote campionarie date dalla combinazione di tre variabili chiave:

- La provincia di residenza;
- La dimensione del Comune di residenza: <5.000 abitanti; ≥5.000 abitanti²;
- L'età, divisa in tre grandi fasce: 55-64 anni; 65-74 anni; 75-85 anni.

Alcune doverose precisazioni permetteranno di leggere correttamente i dati presentati nelle pagine che seguono.

In primo luogo, come mostra la figura seguente, le maggiori difficoltà di intercettazione dei soggetti da intervistare sono state riscontrate nel target più giovane (55-64 anni): rispetto al quadro della popolazione lombarda delineato dai dati ufficiali³, il nostro campione vede un certo sottodimensionamento degli under 65, a favore dei cittadini di età compresa tra i 65 e i 74 anni, che risultano invece sovra rappresentati.

Fig. 2.1 Distribuzione per età dei soggetti intervistati e dei residenti in Lombardia (valori %)



D'altro canto, contrariamente alla precedente rilevazione, il grosso sforzo volto a raggiungere le fasce più anziane della popolazione (over 75) ha dato i suoi frutti e in questa fascia d'età sono state pienamente rispettate le quote campionarie predefinite. Tuttavia, come nel 2021, va precisato che l'indagine ha interessato esclusivamente anziani che vivono ancora, con o senza supporti, presso la propria abitazione: sono dunque esclusi per disegno dal nostro campione gli anziani, prevalentemente non-autosufficienti, che risiedono in una struttura residenziale.

Anche rispetto alla provincia di residenza osserviamo alcune differenze tra la distribuzione della popolazione lombarda e quella del nostro campione: risultano, in particolare, sovra rappresentate rispetto alla reale densità abitativa le province di Bergamo (16,1% vs. 10,9%), Como (10,1% vs. 6,1%) e Pavia (7,1% vs. 5,7%),

² Per la costruzione del campione si è operata la distinzione tra comuni piccoli e comuni di medie-grandi dimensioni. Tuttavia, il dato raccolto consente di distinguere poi con maggiore dettaglio l'effettiva ampiezza del comune di residenza, cosa che ci ha permesso di effettuare analisi a grana più fine.

³ Istat, popolazione residente al 1° gennaio 2022 (dati.istat.it)

mentre sono leggermente sottodimensionate quelle di Brescia (9,8% vs. 12,3%) e Sondrio (1,4% vs. 1,9%). Il maggiore scostamento rispetto alla reale distribuzione della popolazione interessa la provincia di Milano (23,4% vs. 31,7%): il numero comunque elevato di questionari raccolti (279) permetterà comunque, come nella precedente edizione di questa indagine, di proporre alcuni affondi specifici su quest'area metropolitana.

Fig. 2.2 Distribuzione del campione per provincia di residenza



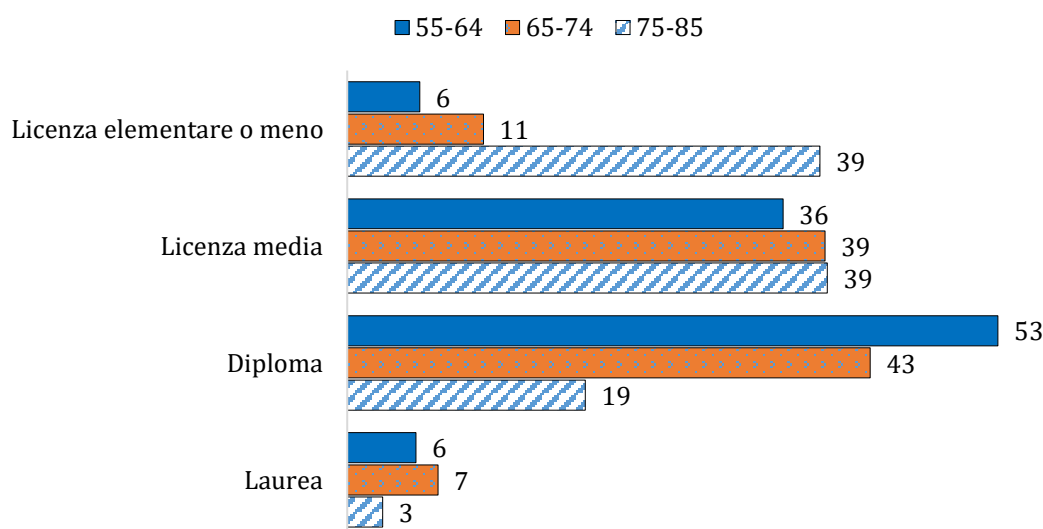
Complessivamente il campione rispecchia, invece, in maniera relativamente accurata la distribuzione della popolazione lombarda in Comuni di diverse dimensioni: i Comuni con meno di 5.000 abitanti raccolgono il 23% del campione (contro il 21% della popolazione lombarda over55); quelli medio-grandi (cioè con più di 5.000 abitanti) costituiscono invece la maggioranza del campione (77%, di cui il 52% con una popolazione compresa tra i 5.000 e i 50.000 abitanti e il restante 25% con più di 50.000 abitanti), in linea con il dato lombardo (79%).

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Se guardiamo alle principali caratteristiche dei soggetti intervistati, che sono nel 49% dei casi uomini e per l'88% pensionati, notiamo qualche differenza tra il nostro campione e la popolazione anziana lombarda, dovuto allo sbilanciamento nella composizione per età di cui si diceva sopra oltre che alla modalità stessa di costruzione del campione, estratto a partire dalla popolazione afferente all'attività sindacale e intercettato tramite le sue articolazioni territoriali. *Nel nostro campione si registra, ad esempio, un livello di istruzione mediamente più elevato che nella popolazione lombarda over 55: il 17% degli intervistati ha conseguito al massimo la*

licenza elementare, il 38% è in possesso della licenza media, il 39% è diplomato e il 6% ha raggiunto la laurea. Secondo i dati Istat⁴, invece, nelle regioni del Nord-Ovest ben il 33% della popolazione over 55 ha conseguito al massimo la licenza elementare e un ulteriore 38% si è fermato alla licenza media o ad una qualifica professionale, mentre il restante 29% ha conseguito un diploma o una laurea.

Fig. 2.3 Titolo di studio degli intervistati suddivisi per fasce d'età (valori %)

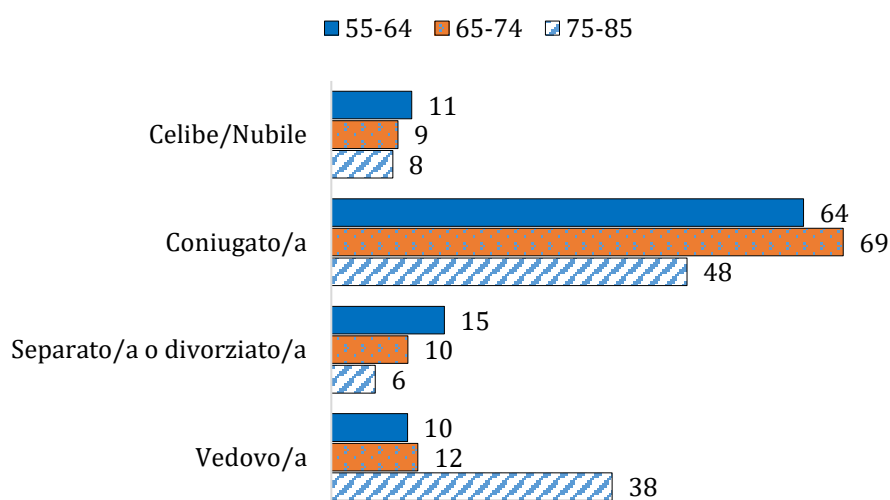


Tuttavia, se guardiamo al dato disaggregato per età, osserviamo come il titolo di studio varia, come noto, in funzione della coorte di nascita e dunque dell'età degli intervistati: ad esempio, il 39% degli over75 del nostro campione ha al massimo la licenza elementare, contro il 6% dei 55-64enni, mentre se sommiamo diplomati e laureati osserviamo che questi costituiscono complessivamente il 22% degli ultra75enni e ben il 59% dei 55-64enni.

Per quanto riguarda invece *lo stato civile degli intervistati*, osserviamo che il 62% del campione è coniugato, mentre il 18% è vedovo; il restante 20% è composto in egual misura da soggetti separati/divorziati e celibi/nubili. Naturalmente anche questa caratteristica varia considerevolmente in funzione dell'età, come rappresentato nel grafico seguente: in particolare, all'aumentare dell'età degli intervistati, il gruppo dei coniugati si svuota a favore di quello dei vedovi, che costituiscono ben il 38% degli intervistati over 75. Vale la pena notare che, in linea con il dato nazionale e in conseguenza della diversa speranza di vita di uomini e donne, la percentuale di coniugate è pari al 50% tra le donne, mentre oltre sette uomini su dieci sono sposati; specularmente, il 28% delle donne intervistate e il 9% degli uomini sono vedovi/e. È un dato demograficamente interessante, inoltre, quello che vede una maggiore quota di separati o divorziati nella coorte più giovane (15%).

⁴ Popolazione residente per titolo di studio, 2020 (<http://dati.istat.it>)

Fig. 2.4 Stato civile degli intervistati suddivisi per fasce d'età (valori %)



STATO DI SALUTE

La maggior parte degli intervistati definisce il proprio stato di salute buono o molto buono (40%), oppure discreto (38%), mentre il 22% percepisce il proprio stato di salute problematico o molto problematico. Proiettata a livello regionale, questa quota ci dice che circa 760.000 cittadini residenti over 55 hanno problemi di salute più o meno severi.

Se è vero che ad avere uno stato di salute critico sono soprattutto i più anziani (che in quasi quattro casi su dieci dichiarano una salute problematica o molto problematica), gli under 65 sono soggetti a problemi di salute all'incirca nella stessa misura degli intervistati di 65-74 anni (15,3% vs. 16,5%).

Tab. 2.1 - Stato di salute per età e condizione abitativa (val. %)

| | Buona o molto buono | Discreta | Problematica o molto problematica | Totale |
|--|---------------------|-------------|-----------------------------------|------------|
| Fasce d'età | | | | |
| 55-64 | 52,8 | 31,9 | 15,3 | 100 |
| 65-74 | 41,7 | 41,8 | 16,5 | 100 |
| 75-85 | 25,0 | 38,1 | 36,9 | 100 |
| Condizione abitativa | | | | |
| Vive solo senza nessuno che possa intervenire in caso di bisogno | 29,7 | 36,1 | 34,2 | 100 |
| Vive solo ma con qualcuno che possa intervenire in caso di bisogno | 33,1 | 45,3 | 21,5 | 100 |
| Vive insieme a uno o più familiari | 43,0 | 37,3 | 19,7 | 100 |
| Totale | 39,9 | 38,1 | 22,0 | 100 |

Un dato particolarmente preoccupante è quello che vede la maggiore incidenza di intervistati con una salute critica tra coloro che vivono soli e senza nessuno che possa intervenire in caso di bisogno: tra questi, la percentuale di quanti dichiarano uno stato di salute problematico o molto problematico sale al 34%.

Si conferma, infine, la già nota relazione circolare tra grado di istruzione, status socioeconomico, capacità di spesa e stato di salute: a parità di età, infatti, lo stato di salute è tendenzialmente migliore tra chi ha più elevati livelli di istruzione. Ad esempio, nel gruppo degli under 65, la quota di quanti dichiarano uno stato di salute buono o molto buono è pari al 35% tra chi ha la licenza elementare, al 58% tra chi ha almeno il diploma. Di contro, nel gruppo degli over 75 che hanno la licenza elementare il 53% dichiara il proprio stato di salute problematico; nella stessa fascia di età, tra chi ha almeno un diploma tale quota scende al 20%. Il titolo di studio è fortemente correlato con il tipo di occupazione avuta in passato e di reddito: questo spiega la capacità, per chi ha un titolo superiore, di far meglio fronte al progressivo peggioramento delle proprie condizioni di salute.

CONDIZIONE ECONOMICA

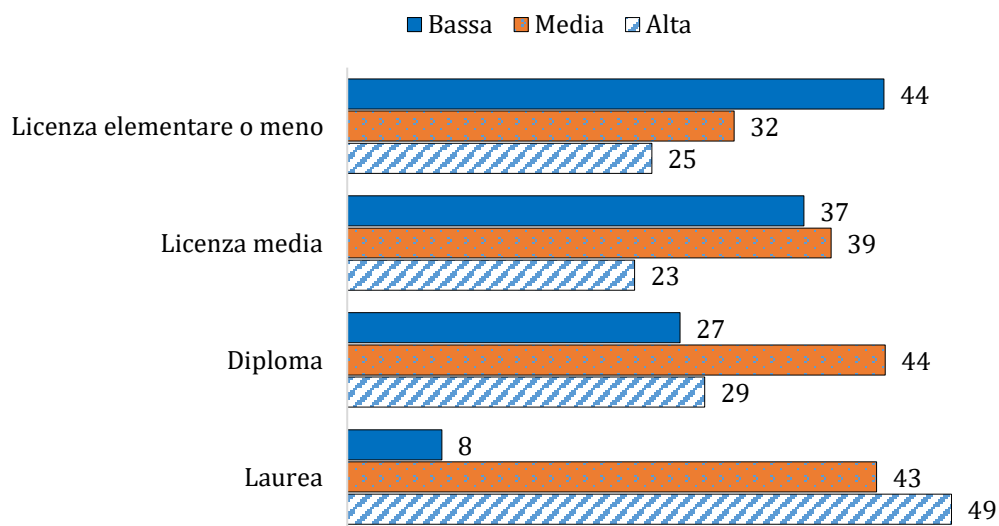
Abbiamo chiesto agli intervistati di indicare l'importo mensile del reddito netto familiare: il 12,8% degli intervistati dichiara di disporre di meno di 1.000 € al mese, il 44,9% indica una cifra compresa tra i 1.000 e i 2.000 €, un ulteriore 30% tra i 2.000 e i 3.000 € al mese e il restante 12,5% più di 3.000 €. Trattandosi del reddito familiare è necessario, naturalmente, tenere in debita considerazione la composizione del nucleo familiare. Incrociando il dato reddituale con il numero di componenti del nucleo familiare, abbiamo creato un indicatore di status economico ripartito in tre categorie: basso (<800 €/mese pro-capite, 32,7% del campione), medio (tra 800 e 1.500 €/mese pro-capite, 40% del campione) e alto (più di 1.500 €/mese pro-capite, 27,3% del campione).

La quota di quanti si collocano nella fascia più elevata cresce al crescere dell'età: è pari al 22 % tra gli under 65, al 28% tra i 65-74enni e al 32% tra gli over 75. Questo dato conferma la maggiore tenuta, negli ultimi decenni, dei redditi delle fasce più anziane della popolazione rispetto a quelli delle generazioni più giovani (Cozzolino et al., 2021; Istat, 2020). Ecco, quindi, che le famiglie con anziani si presentano oggi, rispetto alle famiglie più giovani, meno esposte al rischio di povertà e deprivazione.

A conferma di quanto rilevato in precedenza, si rileva poi una stretta correlazione tra condizione economica e, da un lato, titolo di studio degli intervistati- il 44% di chi ha al massimo la licenza elementare ha una bassa disponibilità economica contro il 27% di chi ha il diploma e il 7% dei laureati - e, dall'altro, stato di salute- ad avere redditi inferiori sono soprattutto i soggetti con uno stato di salute critica (46% vs. 26% di chi ha un buono stato di salute) e, viceversa, chi ha una maggiore

disponibilità economica ha un rischio inferiore di incorrere in gravi problemi di salute rispetto a chi ha un reddito inferiore (16% vs. 31%).

Fig. 2.5 Condizione economica degli intervistati per livello di istruzione (valori %)



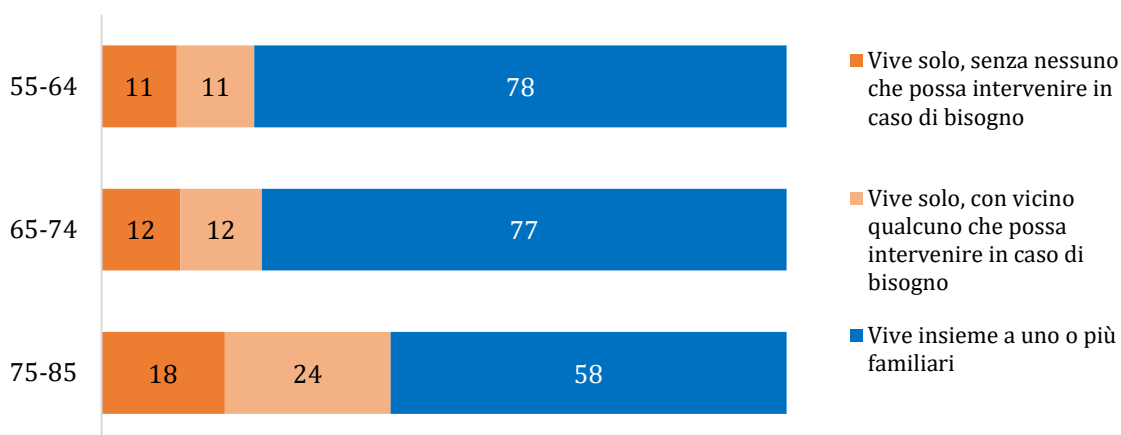
Benché non ci siano grosse differenze territoriali in termini di incidenza di famiglie più benestanti (circa il 26% in tutti i territori considerati), va segnalata però una maggiore incidenza a Milano di famiglie che possono contare mensilmente su un reddito netto pro-capite inferiore agli 800 €: queste sono il 47% nel capoluogo meneghino, il 34% nei comuni di piccole dimensioni e il 29% nei comuni medio-grandi.

SITUAZIONE ABITATIVA

Un ultimo aspetto che vale la pena richiamare in sede introduttiva riguarda la situazione abitativa degli intervistati.

Il nostro campione vede una prevalenza di anziani che vivono insieme a uno o più familiari (72%), mentre la restante parte del campione si divide pressoché equamente tra quanti vivono soli ma con qualcuno vicino che possa intervenire tempestivamente in caso di bisogno (15%) e quanti invece vivono soli senza una rete di supporto (13%). Il dato che desta più preoccupazione è che la quota di quanti vivono soli è più elevata tra chi ha uno stato di salute problematico (20% vs. 10% di chi è in buona salute) e, più in generale, tra gli intervistati più anziani: tra gli over 75 ben il 18% non ha nessuno nelle vicinanze su cui poter contare in caso di bisogno e, se proiettiamo questo dato sul totale della popolazione lombarda over 75, questo vuol dire quasi 160.000 anziani che vivono soli e non possono contare su alcun aiuto in caso di bisogno.

Fig. 2.6 Situazione abitativa degli intervistati suddivisi per fasce d'età (valori %)



A ciò si aggiunga che, se il 60% degli intervistati vive in una zona centrale o semi-centrale, ben quattro intervistati su dieci vivono in una zona periferica o isolata: anche in questo caso, la percentuale è decisamente più elevata tra chi ha uno stato di salute critico (53% vs. 36% di chi è in buona salute) e chi ha meno risorse economiche (47% di chi ha redditi più bassi vs. 36% dei più benestanti).

Si conferma, infine, molto elevata la quota di proprietari di casa tra gli intervistati: il 79% del campione vive in una casa di proprietà, il 18% in affitto (e il restante 3% riporta un altro titolo di godimento). Questi dati riflettono certamente un tratto caratteristico del mercato immobiliare italiano, ossia l'elevata percentuale di proprietari di casa che nel 2019, a livello nazionale, rappresentavano il 79% della popolazione, con percentuali generalmente più elevate al centro-sud, nei Comuni di piccole dimensioni e, soprattutto, presso la popolazione ultra 65enne, superando anche il 90% dei casi (EU-SILC, 2019). D'altra parte, è interessante notare come la quota di intervistati in affitto cresca al crescere dell'età (passando dal 16% tra gli under 75 al 24,2% tra gli over75) e sia nettamente più elevata a Milano (40%) che negli altri piccoli (11%), medi (15%) e grandi (24%) Comuni. A vivere più frequentemente in affitto sono, peraltro, coloro che dispongono mensilmente di un reddito inferiore (24% vs. 15% di chi ha un reddito familiare medio-alto) e questa relazione è particolarmente evidente proprio a Milano (49% vs. 30%).

Gli elementi fin qui descritti, oltre a dare un quadro di per sé interessante del complesso mondo degli anziani – o, per meglio dire, delle età anziane – possono essere anche utilizzati come possibili chiavi di lettura e interpretazione dei risultati che verranno illustrati nel prosieguo di questo Rapporto. Per questo motivo, come già proposto per la precedente indagine, nel corso del evidenzieremo quanto più possibile l'associazione tra il profilo degli anziani intervistati – in termini di caratteristiche sociodemografiche, condizione di salute, situazione abitativa, possibilità economiche – e gli ambiti di ricerca che verranno via via toccati.

3. GLI ANZIANI LOMBARDI INVECCHIANO ATTIVAMENTE?

PERCHÉ PARLIAMO DI INVECCHIAMENTO ATTIVO

L'invecchiamento nel nostro Paese sta cambiando faccia: viviamo sempre più a lungo, la popolazione anziana cresce in modo inversamente proporzionale a quella giovane, la generazione dei *boomers* sta trasformando i profili tradizionali della vecchiaia. Dentro a questi *trend* ormai appurati non tutte le persone invecchiano però allo stesso modo: c'è chi invecchia in buona salute e chi no; chi si realizza nella partecipazione sociale e culturale alla società e chi fatica a farlo; chi si assume l'onere della cura dei propri cari e chi ne è esonerato; chi può permettersi un invecchiamento sereno e chi invece vive questa fase esistenziale con fatica e preoccupazioni. Ecco perché parliamo di invecchiamento attivo: si tratta di un tema cruciale per gli anni a venire proprio in ragione del fatto che i profili della terza e quarta età stanno mutando e che esiste grande variabilità nei modi di invecchiare.

C'è un ruolo cruciale che le *policy* del terzo millennio dovranno giocare in questo senso, per accompagnare i cambiamenti in atto a nuove soluzioni e nuove risposte al fenomeno dell'invecchiamento. Ad esempio, coniugando l'attenzione del welfare pubblico ai temi della cura e della fragilità con approcci capaci di riconoscere negli anziani potenzialità e risorse preziose per le comunità, di oggi e di domani. Come scrivono Donati e colleghi nel volume *Sapessi come è stano ... invecchiare a Milano!* (Rotolo e Donati, 2021), gli anziani sono oggi "*possibili attori per uno straordinario esperimento sociale*" nella direzione di un miglioramento della qualità della vita delle persone che invecchiano. Per le politiche, occuparsi di invecchiamento attivo significa però anche adottare un approccio sempre più intergenerazionale: **l'invecchiamento riguarda molte età e tutti gli anziani, a partire dai più giovani**. Ce lo dice la stessa definizione di invecchiamento attivo dell'OMS: "*L'invecchiamento attivo è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano*" (World Health Organization, 2002 – citato in Istat 2020). È evidente che prima si affronta il tema, più saranno le possibilità di effettivi miglioramenti della qualità della vita degli anziani del futuro.

A livello europeo è ormai riconosciuto che l'invecchiamento attivo rappresenta uno **strumento cardine per rispondere alle sfide poste oggi dall'ineludibile e crescente invecchiamento della popolazione** nei Paesi dell'Unione. Sulla scorta di quanto indicato già dal primo piano d'azione sull'invecchiamento siglato a livello

internazionale – il MIPAA, *Madrid International Plan of Action on Ageing*⁵ - diverse sono infatti le iniziative promosse a livello europeo su questo fronte: dalla creazione del *Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'Invecchiamento Attivo e in Buona Salute* (2011) a quella dell'*Active Ageing Index* (AAI), l'indice di invecchiamento attivo utilizzato per quantificare il fenomeno e gli effetti delle politiche adottate in merito.

In Italia il momento attuale è particolarmente propizio per un dibattito sull'invecchiamento attivo. In un contesto di politica nazionale che per anni è stato caratterizzato da sforzi molto limitati sul tema, l'invecchiamento attivo entra infatti per la prima volta a far parte di un Disegno di Legge Delega, quello sulla non autosufficienza previsto dal PNRR⁶. Questo avviene con l'Articolo 3 dello *Schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, che appunto è **dedicato all'invecchiamento attivo e alla promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità**. Tra i principi e criteri direttivi dell'Articolo 3 figurano:

- la promozione della salute e la cultura della prevenzione;
- programmi volti a contrastare l'isolamento delle persone anziane;
- la sanità preventiva;
- la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale;
- l'abbattimento delle barriere all'autonomia e mobilità delle persone anziane;
- la promozione di nuove forme di abitare;
- l'alfabetizzazione informatica;
- la solidarietà intergenerazionale.

Se da un lato quindi siamo di fronte ad un'occasione da non perdere per la realizzazione di un'azione di politica nazionale per l'invecchiamento attivo, dall'altro un dibattito mirato e attento è più che mai necessario. Il Parlamento dovrà approvare definitivamente il Disegno di Legge Delega entro marzo 2023 mentre il Governo dovrà poi predisporre i decreti legislativi che tradurranno operativamente le indicazioni della delega entro marzo 2024. **Il momento quindi per apportare migliorie e correzioni ove necessarie è proprio questo, quello delle poche**

⁵ Il MIPAA viene siglato e adottato nel 2002 dalle Nazioni Unite durante la seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento di Madrid e rappresenta il quadro politico di riferimento per orientare le risposte dei vari Paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione.

⁶ Il 10 ottobre 2022, nel suo ultimo Consiglio dei Ministri, il Governo Draghi ha approvato il Disegno di Legge Delega sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, prevista dal PNRR. L'iter della Riforma sulla non autosufficienza è stato così avviato e la prossima fase del procedimento legislativo prevede – in seguito all'ulteriore via libera dell'attuale Governo ottenuto in data 19 gennaio 2023 - la discussione del Disegno di Legge Delega in Parlamento.

settimane che – mentre scriviamo – ci separano dall’approvazione della Legge in Parlamento.

Una delle questioni più spinose riguarda, tuttavia, proprio l’aver inserito il tema dell’invecchiamento attivo – che, come abbiamo già sottolineato, riguarda e deve riguardare fasi diverse della vita – dentro ad un disegno di legge per la non autosufficienza, col rischio quindi di circoscriverne il trattamento nei confini delle politiche di assistenza in favore di anziani fragili e bisognosi. Una direzione opposta a quella prevista, ad esempio, dalla priorità numero uno indicata dal sopraccitato MIPAA: “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” (MIPAA 2002).

Da segnalare, in merito alla questione di come e dove trattare il tema dell’invecchiamento attivo da parte della politica, **due proposte** che, nella loro diversità, sottolineano l’importanza di collocare il tema dell’invecchiamento attivo al posto giusto.

La prima è quella del *Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo*⁷ che si è prefisso – tra le attività da sostenere col nuovo accordo triennale 2022-24 - di porre le basi per la realizzazione di una **legge nazionale sulla promozione dell’invecchiamento attivo in Italia, dotata di risorse adeguate** e che possa anche istituire, con uno specifico articolo, **un osservatorio nazionale permanente sull’invecchiamento attivo**. Fulcro di questa legge dovrà proprio essere il superamento degli interventi settoriali – capaci di contribuire solo parzialmente alla strategia del MIPAA – in favore di una strategia complessiva in grado di influenzare diversi settori di *policy* (Lucantoni et al. 2022).

La seconda proposta è invece quella del *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*⁸ per l’introduzione di un **Sistema Nazionale Assistenza Anziani in Italia**, volto a portare un contributo al percorso sulla riforma per la non autosufficienza previsto appunto dal PNRR. Tale proposta prevede una serie di provvedimenti – dalla definizione di un percorso unico di accesso a sostegni e servizi

⁷ Il [Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo](#) è un progetto triennale (2019-2022) recentemente rinnovato per altri tre anni (2022-24), regolato da un accordo tra la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia e l’IRCCS INRCA di Ancona, con l’obiettivo di creare un coordinamento nazionale partecipato multi livello delle politiche a favore dell’invecchiamento attivo.

⁸ Il [Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza](#), sottoscritto a luglio 2021 da un’ampia coalizione sociale, ideata e coordinata da Cristiano Gori, intende elaborare proposte operative per la riforma sull’assistenza agli anziani non autosufficienti. Il Patto raggruppa la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell’assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese. Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi nella elaborazione di questa riforma. Hanno dato vita al Patto le organizzazioni e le forze sociali che nella primavera del 2021 hanno richiesto l’introduzione della riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La riforma, non prevista nella versione del PNRR del gennaio 2021, è stata inserita in quella definitiva presentata a fine aprile, in seguito all’intensa attività di pressione delle realtà del Patto.

alla (ri)definizione degli interventi domiciliari, residenziali e di supporto economico agli anziani – che però, a differenza del Disegno di Legge Delega approvato dal Governo - non comprendono l'invecchiamento attivo. In linea con le diverse indicazioni europee e internazionali che propongono di affrontare in modo trasversale il tema dell'invecchiamento attivo, il Patto ha infatti scelto di non trattare tale tema nel contesto riservato ad una riforma specifica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Concludiamo quest'introduzione con uno sguardo sulla Lombardia. Il rapporto [*Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: quali possibili obiettivi?*](#) - recentemente redatto dal *Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo* (luglio 2022) - ricostruisce lo stato dell'arte in merito alle politiche pubbliche in tema di invecchiamento attivo sia a livello nazionale che di singole Regioni. Dal confronto tra i diversi contesti regionali emerge una classificazione in tre gruppi:

- 1) Regioni in cui le politiche e l'implementazione di interventi in materia di invecchiamento attivo risultano ad uno stato avanzato;
- 2) Regioni promettenti;
- 3) Regioni dove sia le politiche che gli interventi non hanno ancora un focus particolarmente specifico sull'invecchiamento attivo⁹. In quest'ultimo gruppo rientra anche la Lombardia, una delle Regioni più longeve d'Italia. Ecco, quindi, che un affondo sul tema proprio in Lombardia risulta oggi particolarmente urgente e puntuale.

Nel precedente rapporto di ricerca abbiamo definito gli anziani lombardi come ancora molto distanti dal mondo dei servizi, auspicando per il futuro un maggior dialogo tra le politiche pubbliche e i giovani anziani di oggi, per pianificare e programmare nuove soluzioni di aiuto e cura, adeguate e sostenibili. In questa prospettiva, l'invecchiamento attivo rappresenta **una possibile risposta di oggi ai bisogni degli anziani di domani**.

MISURARE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Le raccomandazioni degli organismi internazionali, europei e nazionali che si occupano di invecchiamento attivo sono concordi nell'evidenziare la necessità di dotarsi - oltre che di strumenti di programmazione e coordinamento in materia - anche di strumenti di **analisi e monitoraggio del fenomeno**. Composto da 4

⁹ Tra queste rientrano anche Regioni che dispongono di una legge sulla promozione dell'invecchiamento attivo, senza che però siano state avviate attività in grado renderla esecutiva in pratica. In generale, in Italia, sono 11 le Regioni con una legge in vigore sulla promozione dell'IA in senso trasversale. Non necessariamente però tutte queste sono anche le Regioni che rientrano nel Gruppo 1, cioè il in cui le politiche e l'implementazione di interventi in materia di invecchiamento attivo risultano ad uno stato avanzato.

dimensioni (o “domini”) e 22 indicatori, l’*Active Ageing Index* (AAI) svolge proprio questa funzione, misurando i progressi conseguiti sul fronte dell’invecchiamento attivo negli Stati membri dell’Unione Europea e consentendo così alla politica di orientare le sue azioni in base a dati quantitativi e comparabili. Si tratta di un indice composito, costituito da un indice generale, indici specifici per i 4 domini indagati e relativi indicatori, come mostra la Tabella 3.1:

Tab. 3.1 – Domini e indicatori dell’Active Ageing Index (AAI)

| Indice generale di invecchiamento attivo (IIA) | | | |
|--|---|--|---|
| Occupazione | Partecipazione nella società | Vita indipendente, in salute e in sicurezza | Capacità e fattori ambientali per l’invecchiamento attivo |
| <i>Tasso di occupazione 55-59</i> <i>Tasso di occupazione 60-64</i> <i>Tasso di occupazione 65-69</i> <i>Tasso di occupazione 70-74</i> | <i>Attività di volontariato</i> <i>Cura di figli e nipoti</i> <i>Assistenza a persone anziane</i> <i>Partecipazione politica</i> | <i>Esercizio fisico</i> <i>Accesso ai servizi sanitari</i> <i>Vita indipendente</i> <i>Sicurezza finanziaria</i> <i>Incolumità fisica</i> <i>Apprendimento permanente</i> | <i>Speranza di vita a 55 anni</i> <i>Quota della speranza di vita a 55 anni in buona salute</i> <i>Benessere mentale</i> <i>Uso di internet</i> <i>Rapporti sociali</i> <i>Grado di istruzione</i> |

Fonte: nostra elaborazione Istat (2020).

In Italia l’AAI è stato declinato poi a livello subnazionale permettendo così anche il confronto tra le Regioni. Il volume *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia* (2020), curato dall’Istat, restituisce uno spaccato del fenomeno nel nostro Paese, evidenziando divari, specificità regionali, aree di eccellenza e lacune da colmare. Nel complesso, le Regioni del Nord raggiungono risultati migliori di quelle del Sud che infatti compaiono quasi sempre in fondo alle classifiche. La Provincia Autonoma di Bolzano figura invece generalmente al top delle graduatorie. Le diverse realtà regionali presentano comunque situazioni assai diversificate tra loro e, in ogni caso, ampi margini di miglioramento per il futuro.

Con questa nostra indagine, abbiamo scelto di provare a fare un passo in più, creando un **Indice di Invecchiamento Attivo (IIA) da declinare a livello regionale** in base ad una serie di variabili utili ad analizzare il fenomeno nella nostra Regione e orientare così future azioni di politica regionale. Si tratta di un primo passo che ci auguriamo possa servire da base per successivi studi e approfondimenti.

COSTRUZIONE DI UN INDICE DI INVECCHIAMENTO ATTIVO (IIA) LOMBARDO

Come per l'Active Ageing Index (Aai) sopra citato, abbiamo deciso di costruire il nostro **indice generale di invecchiamento attivo (IIA) attraverso indici specifici e relativi indicatori**. Nello specifico, abbiamo individuato tre indici specifici – altrimenti detti **indici di dominio** – e 14 **indicatori** (Tabella 3.2), tutti costruiti sulla base delle domande del questionario utilizzato per l'indagine (Tabella 3.3).

Tab. 3.2 – Indici e indicatori dell'IIA

| Indice generale di invecchiamento attivo (IIA) | | |
|---|--|--|
| Indice di dominio 'Partecipazione e Cura' | Indice di dominio 'Vita autonoma' | Indice di dominio 'Capacità e fattori abilitanti' |
| Indicatori: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cura di figli e nipoti ○ Assistenza a persone anziane ○ Attività di volontariato ○ Partecipazione sociale/politica | Indicatori: <ul style="list-style-type: none"> ○ Grado di autonomia dentro e fuori casa ○ Esercizio fisico ○ Senso di sicurezza finanziaria | Indicatori: <ul style="list-style-type: none"> ○ Salute ○ Benessere mentale ○ Rapporti sociali ○ Aggiornamento permanente ○ Uso di internet ○ Quotidianità e hobby ○ Uscite e vacanze |

Come si evince dalla tabella, i domini da noi individuati rispecchiano quelli dell'AAI. Li abbiamo però declinati e rinominati per renderli più aderenti al contesto lombardo e alla nostra indagine che – comprendendo una batteria importante di domande specifiche relative all'invecchiamento attivo – risulta particolarmente puntuale ed esaustiva per quanto riguarda la misurazione di esperienze concrete di invecchiamento attivo. *Possiamo infatti dire che il valore aggiunto del nostro IIA risiede proprio nel fatto che è in grado di cogliere, oltre ai fattori di contesto che facilitano l'invecchiamento attivo, le esperienze concrete degli anziani e perciò una misura di quanto essi realizzino e vivano direttamente il proprio potenziale di invecchiamento attivo.* Per questo motivo, abbiamo anche deciso di escludere gli indicatori di reddito e titolo di studio dai domini 'vita autonoma' e 'capacità e fattori abilitanti'. Useremo infatti questi indicatori come variabili indipendenti, per misurare le variazioni degli indici di invecchiamento attivo al variare delle condizioni di contesto in cui si trovano a vivere gli anziani. Infine, essendo il nostro campione composto per la stragrande maggioranza da pensionati, abbiamo escluso il dominio occupazione dall'analisi: avrebbe infatti sbilanciato troppo i risultati ottenuti, in negativo.

Tab. 3.3 – Costruzione degli indicatori a partire dal questionario*

| Indicatore | Domande del questionario |
|---|---|
| <i>Cura di figli e nipoti</i> | Quanto spesso accudisce figli/e e/o nipoti? |
| <i>Assistenza a persone anziane</i> | Quanto spesso accudisce il/la coniuge o altri familiari anziani? |
| <i>Attività di volontariato</i> | Quanto spesso svolge attività di volontariato? |
| <i>Partecipazione sociale/politica</i> | Quanto spesso partecipa a riunioni associative, politiche, sindacali o di altra natura? |
| <i>Grado di autonomia dentro e fuori casa</i> | Si ritiene autonomo nelle attività della vita quotidiana dentro casa? Nelle uscite sul territorio? Nel disbrigo di pratiche burocratiche? |
| <i>Esercizio fisico</i> | Quanto spesso lei svolge attività sportive? |
| <i>Senso di sicurezza finanziaria</i> | La casa in cui vive è di proprietà? |
| <i>Salute</i> | Come definirebbe il suo stato di salute? Fuma? Soffre di una malattia cronica? È sovrappeso? Prende ansiolitici o anti-depressivi? |
| <i>Benessere mentale</i> | Si sente mai solo/a? Quanto spesso esce di casa? |
| <i>Rapporti sociali</i> | Quanto spesso frequenta luoghi di ritrovo? Quanto spesso frequenta amici? |
| <i>Aggiornamento permanente</i> | Quanto spesso legge libri? Quanto spesso legge giornali? |
| <i>Uso di internet</i> | Quanto spesso usa Internet? |
| <i>Quotidianità e hobby</i> | Quanto spesso cucina? Quanto spesso si dedica ad un hobby casalingo? Quanto spesso si dedica ad un hobby manuale fuori casa? Quanto spesso si dedica ad un hobby culturale fuori casa? |
| <i>Uscite e vacanze</i> | Quanto spesso esce per fare la spesa e/o altre commissioni? Quanto spesso esce per un pranzo/cena fuori? Quanto spesso passa un weekend fuori casa? Va in vacanza? |

*Per visualizzare le opzioni di risposta alle varie domande indicate nella Tabella 3.3 si rimanda al Questionario in Appendice.

PUNTEGGI DI INVECCHIAMENTO ATTIVO

Il punteggio complessivo di invecchiamento attivo registrato per gli anziani del nostro campione, quindi il nostro indice generale di invecchiamento attivo, è di **46 punti su una scala da 0 a 100 dove il punteggio massimo pari a 100 rappresenta il miglior risultato possibile**. Rispetto al punteggio ottenuto con l'AAI dell'Istat – 33,8 punti percentuali nel 2018 a livello nazionale e 35 punti percentuali in Lombardia – il nostro risulta più alto. In parte questa discrepanza si spiega con l'esclusione del dominio 'occupazione' dalla costruzione dell'indice IIA lombardo descritta sopra.

Occorre però ricordare che gli indici generici di invecchiamento attivo sono utili più per fare confronti – tra contesti diversi piuttosto che nel tempo - che di per sé. Così, l'AAI è particolarmente utile per confrontare la situazione delle persone anziane in Italia con quella dei rispettivi coetanei in altri Paesi europei, oltre che per effettuare confronti a livello regionale. Il nostro indice AAI risulta invece particolarmente utile

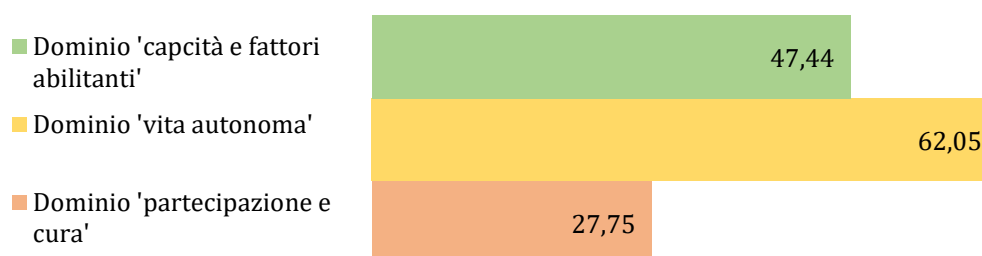
per confronti a livello infra-regionale, tra contesti diversi, piuttosto che per confronti da effettuarsi nel tempo. In questa prospettiva, sarà ad esempio utile proseguire l'analisi qui iniziata negli anni a venire.

Per questi motivi ci sentiamo di dire che il dato di 46 punti su 100 non basta da solo per rispondere alla domanda che apre questo capitolo: "gli anziani lombardi invecchiano attivamente?". Si tratta infatti di un dato che va letto nelle sue sfumature – che presentiamo di seguito - e non in quanto risultato di per sé indicativo della qualità dell'invecchiamento attivo in Lombardia. Peraltro, sottolineiamo che – come per l'AAI dell'Istat - il punteggio pari a 100 rappresenta un *obiettivo verso cui tendere* ma, di fatto, impossibile da raggiungere.

CONTRIBUTI DEI VARI DOMINI ALL'INDICE DI INVECCHIAMENTO ATTIVO

Il contributo relativo dei tre domini che nella nostra analisi compongono l'invecchiamento attivo è estremamente variabile. Lo mostra bene il Grafico 3.1.

Fig. 3.1 – Domini di invecchiamento attivo e rispettivo contributo all'IIA (valori su scala da 1 a 100)



Spicca, in particolare, il contributo positivo (nel senso di contributo maggiore all'indice generale) del dominio **'vita autonoma'**, con punteggio di 62/100. Il dato si spiega facilmente e prevalentemente combinando tre elementi: a) l'assenza, nel nostro campione, di anziani over 85 e di coloro che, per una situazione di non autosufficienza, vivono presso strutture residenziali, b) il fatto che la stragrande maggioranza degli anziani da noi intervistati abbia meno di 75 anni e c) la crescita della speranza di vita in buona salute registrata, in modo più o meno uniforme, nei Paesi europei negli ultimi anni (Istat 2020). **La compromissione dell'autonomia dovuta all'insorgenza di patologie croniche e debilitanti slitta, infatti, sempre**

più verso le età più avanzate; l'avevamo rilevato anche nella scorsa indagine (2022). E così il domino 'vita autonoma' va a incidere in senso fortemente positivo sull'indice di invecchiamento attivo generale.

Decisamente inferiore è invece il contributo del dominio '**partecipazione e cura**', ad indicare un'attivazione molto più limitata sul fronte della **partecipazione attiva alla società attraverso attività in grado di fornire un contributo utile alla collettività**. Anche a livello nazionale il contributo relativo del dominio 'partecipazione nella società' all'indice AAI è quello in assoluto più marginale. Nella nostra indagine abbiamo indagato questa dimensione attraverso **quattro indicatori (Tabella 3.2)**, tra cui *la frequenza con cui gli anziani si dedicano ad attività di volontariato e quella con cui partecipano a riunioni associative, politiche, sindacali o di altra natura*. Le quote di coloro che nel nostro campione non si dedicano mai, o solo ogni tanto, ad attività di volontariato (60%) o che non partecipano mai, o solo ogni tanto, a riunioni associative, politiche, sindacali o di altra natura (75%) sono più alte rispetto a quelle di chi svolge queste attività con cadenza almeno settimanale (rispettivamente, il 35% e 15% degli intervistati). Si tratta di numeri comunque più incoraggianti rispetto ai dati complessivi nazionali registrati nel 2018 e in base ai quali il 9,8% di persone anziane svolge attività di volontariato¹⁰ mentre sono il 9,3% coloro che dichiarano di partecipare attivamente alla vita politica del Paese.

Anche le relazioni di cura tra familiari concorrono a comporre il dominio 'partecipazione e cura'. Questo tema lo affronteremo però nel dettaglio più avanti. Se è vero, infatti, che le relazioni di assistenza tra parenti vengono ricomprese dalla letteratura scientifica – e quindi anche da noi – negli indicatori di invecchiamento attivo, è altrettanto vero che - specialmente nel nostro Paese - tali relazioni sono spesso il risultato di una situazione forzata e dettata dalla totale assenza di soluzioni alternative, a partire da quelle pubbliche. In questi casi, la cura non può essere solo considerata come 'contributo utile alla società' e quindi 'stimolo ad un invecchiamento attivo' ma deve essere inquadrata anche come 'peso' che tanti anziani si assumono per alleviare i bisogni dei propri cari, anche a costo di rinunce in termini di altre forme di partecipazione alla società. *È il caso di un anziano su sei che nel campione accudisce figli/e o nipoti tutti i giorni e di uno su sette che, con la stessa frequenza, si occupa del proprio coniuge non autosufficiente o di altri familiari anziani*.

In ultimo, il contributo del dominio '**capacità e fattori abilitanti**' all'indice generale di invecchiamento attivo risulta in linea col punteggio di 46/100 registrato a livello regionale. Questo dominio è composto da indicatori tra sé molto diversi, dalla

¹⁰ Occorre però sottolineare che il dato a livello nazionale è basato sull'indagine *Aspetti della vita quotidiana* svolta nel 2013 – quindi ormai datata – ed è calcolato sul numero di ore di volontariato svolte da persone di 55 anni e più nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Si tratta perciò di una rilevazione qualitativamente diversa dalla nostra.

frequenza con cui gli anziani leggono libri, giornali e usano internet a quella con cui si dedicano ad un hobby o vanno in vacanza a quella con cui frequentano amici o luoghi di ritrovo. Da qui il nome generico associato a questo dominio, che ricomprende diversi elementi che possono essere considerati come **trasversalmente abilitanti l'invecchiamento attivo in quanto in grado di sollecitare il mantenimento e lo sviluppo di capacità oggi sempre più essenziali per una vita dinamica e al passo coi tempi, ad esempio quelle tecnologiche**. Proporrò, nel corso dell'analisi e ove necessario, affondi specifici per dar conto di eventuali differenze significative di apporto dei diversi indicatori a tale dominio.

GEOGRAFIE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

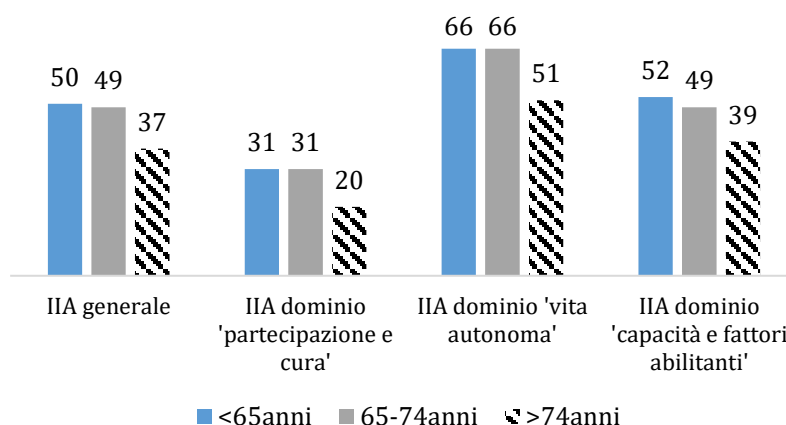
Parlare di geografie dell'invecchiamento attivo implica **uno sguardo sul fenomeno capace di coglierne sfumature, differenze e gradazioni diverse a seconda dei gruppi di riferimento**: giovani anziani *versus* grandi anziani, donne anziché uomini, abitanti di piccoli e di grandi Comuni, gruppi definiti dal titolo di studio dei rispettivi componenti piuttosto che dal loro status economico.

In alcuni casi le differenze sono scontate, in altri meno; in alcuni casi prevedono spiegazioni semplici e lineari, in altri più complesse. In questa sezione vedremo le principali.

Partiamo da quelle di genere e considerando che *divari di genere - e quindi differenze nelle opportunità di invecchiare attivamente tra uomini e donne* - vengono generalmente registrati dalle fonti ufficiali. Ad esempio, nonostante la presenza di differenze anche significative tra le Regioni, le donne in Italia conseguono generalmente risultati di invecchiamento attivo sensibilmente inferiori rispetto agli uomini. Anche i nostri dati lo confermano, seppur con gap di genere più contenuti rispetto ai dati Istat: 3 punti di differenza tra uomini e donne sull'indice generico di invecchiamento attivo. A livello nazionale il *gender gap* è di 5,3 punti in favore degli uomini (Istat 2020). Valori simili si registrano per il dominio 'partecipazione e cura' e 'vita indipendente' mentre 'capacità e fattori abilitanti' è l'unico dominio in cui le differenze di genere quasi si azzerano.

Altre discrepanze che non ci sorprendono, sia perché riconosciute dalla letteratura sia perché anche intuitivamente prevedibili, sono quelle per **gruppi d'età** (Grafico 3.2).

Fig. 3.2 – IIA e indici di dominio tra le varie classi di età



Qui è interessante però notare lo **spartiacque dei 75 anni di età e il salto di almeno 10 punti di differenza che separa il mondo dei pre-anziani e giovani anziani** – che oggi, infatti, nemmeno si riconoscono come “anziani” - dagli altri anziani. L’avevamo sottolineato anche nella scorsa indagine: il gruppo che sta oggi sempre più consolidandosi è quello degli anziani più giovani, persone nate tra gli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso nonché persone *mediamente più istruite, socializzate, dinamiche e con una familiarità con le nuove tecnologie nettamente maggiore*. Tutti prerequisiti questi per un invecchiamento effettivamente attivo. Da notare, inoltre, che il *gap* più alto tra pre/giovani anziani e ultra 75enni si registra nel dominio ‘vita autonoma’ (15 punti), ad ulteriore riprova di quanto la presenza consistente di anziani sempre più “giovani” nelle società odierne contribuisca a spostare la soglia della non autosufficienza e della perdita dell’autonomia sempre più in là nel tempo.

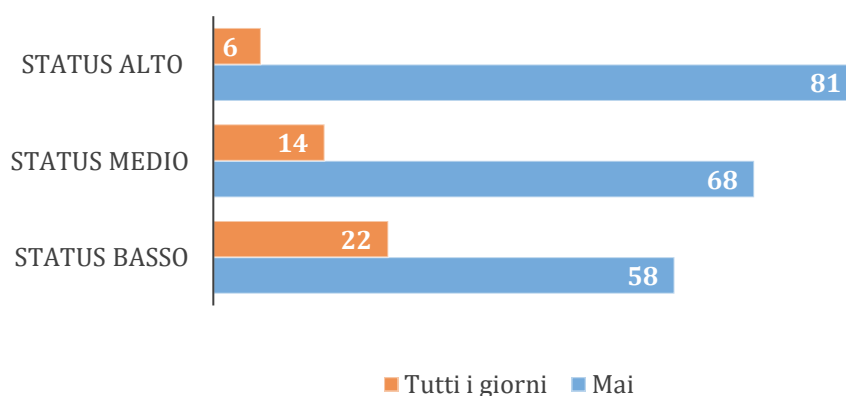
Veniamo ora alle **differenze di titolo di studio e status**, che ci saremmo aspettati fortemente e similmente correlate ai tassi di invecchiamento attivo e con una correlazione di questo tipo: chi è più povero e chi ha titoli di studio più bassi riporta livelli di invecchiamento attivo inferiori a quelli dei coetanei, rispettivamente, più agiati e più istruiti. In realtà però la correlazione si registra decisa sul fronte dei titoli di studio - dove ad alti titoli di studio (diploma e, anzitutto, laurea) corrispondono tassi di invecchiamento attivo elevati (Tabella 3.4) - mentre apparentemente cade sul fronte del reddito. *addirittura, nel dominio ‘partecipazione e cura’, gli anziani con status socioeconomico più alto registrano livelli di invecchiamento attivo più bassi di 5 punti rispetto a chi ha un reddito medio, tra gli 800 e i 1500 euro al mese (Tabella 3.4).*

**Tab. 3.4 – IIA per titolo di studio e status socioeconomico
(valori su scala da 1 a 100 – in evidenza i valori minimi e massimi)**

| | IIA per il dominio 'partecipazione e cura' | IIA generale |
|--------------------|---|--------------|
| Licenza elementare | 15 | 32 |
| Licenza media | 26 | 44 |
| Diploma | 34 | 52 |
| Laurea | 39 | 57 |
| Status basso | 27 | 44 |
| Status medio | 30 | 48 |
| Status alto | 25 | 46 |

Come spiegare quindi il fatto che gli indici di invecchiamento attivo sono fortemente correlati al titolo di studio ma non tanto al reddito quando di solito queste due variabili sono anche correlate tra loro? La risposta ce la forniscono due degli indicatori che compongono il dominio 'partecipazione e cura': la frequenza con cui gli anziani accudiscono figli/e o nipoti e altri familiari anziani, tra cui i coniugi (Fig. 3.3). Chi ha status socioeconomico più elevato cura meno, in particolare gli anziani. Ragionevolmente questo avviene perché chi ha status socioeconomico più elevato può permettersi di scegliere di delegare, pagandola, la cura dei propri cari a terzi. 'Cura di figli e nipoti' e 'assistenza a persone anziane' sono però due degli indicatori con cui abbiamo costruito l'indice IIA. Ecco quindi spiegato perché **reddito e titolo di studio smettono di correre paralleli** in relazione all'invecchiamento attivo: *il peso della cura è maggiore per chi ha meno disponibilità economiche e questo si riflette in tassi di invecchiamento attivo più alti.*

Fig. 3.3 – Quanto spesso accudisce familiari anziani? Per status socioeconomico (valori %)



Questi risultati sono particolarmente rilevanti per chi si occupa di politiche sociali e invecchiamento attivo. Ci dicono infatti che esistono anziani che, non potendo permettersi di pagare per la cura di un coniuge o di altri familiari anziani, la

assumono su di sé. Se, da un lato, questo loro maggiore coinvolgimento nel lavoro di cura contribuisce ad innalzare i loro livelli registrati di invecchiamento attivo, dall'altro per questo avviene a scapito della loro partecipazione ad altre forme di attività utili alla società, quali il volontariato, l'associazionismo o altre forme di impegno sociale e politico.

Un altro messaggio importante per la politica che scaturisce dalle nostre analisi riguarda invece la correlazione tra invecchiamento attivo e livelli di istruzione: *il titolo di studio è la variabile che nel nostro campione ha determinato il divario più alto registrato nell'IIA tra gruppi di anziani: 25 punti su una scala da 0 a 100 tra chi possiede una licenza elementare e chi una laurea*. In questo caso però non sono solo le relazioni di cura a spiegare gli alti livelli di invecchiamento attivo ma anche la partecipazione ad altri tipi di attività in grado di fornire un contributo utile alla collettività. Quanto detto più sopra riguardo all'IIA generico vale quindi anche per i vari indici di dominio di invecchiamento attivo: questi vanno letti nelle loro sfumature e non di per sé. Letture troppo semplicistiche rischiano infatti di capovolgere il reale significato dei risultati ottenuti e legittimare risposte politiche insufficienti se non addirittura inadeguate.

In ultimo, affrontiamo il tema delle geografie dell'invecchiamento attivo dal punto di vista dei **contesti abitativi** e segnaliamo due risultati di particolare interesse, anche questa volta legati al tema della "cura":

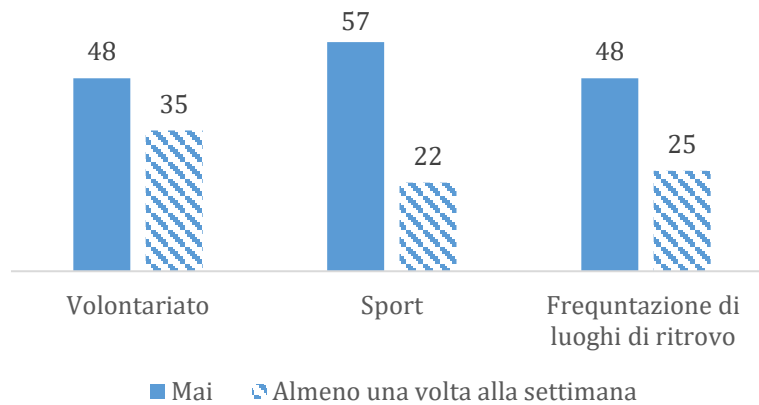
- 1) **Si registrano indici di invecchiamento attivo più elevati tra chi vive con familiari rispetto a chi vive solo.** E qui l'interpretazione è duplice: da un lato, chi vive solo ha meno stimoli ad invecchiare attivamente, perché più "sconnesso" da relazioni e opportunità; dall'altro però chi vive con un familiare si dedica più frequentemente ad attività di cura rispetto a chi vive solo. Ad esempio, un anziano su cinque che vive con un familiare accudisce figli, nipoti o altri anziani tutti i giorni. Chi vive solo invece molto raramente cura ogni giorno.
- 2) **Anche in questa indagine emerge la specificità delle grandi aree urbane rispetto a quelle più piccole:** nella metropoli, infatti, gli indici di invecchiamento attivo sono decisamente inferiori rispetto al resto dei contesti lombardi dove i tassi più o meno si somigliano. Il fatto è che è proprio nel dominio 'partecipazione e cura' che gli anziani milanesi si distinguono maggiormente rispetto ai loro coetanei lombardi, con 7 punti in meno, evidenziando come nella metropoli i legami di cura siano più deboli, anche se non meno presenti sono i bisogni di assistenza.

DAGLI INDICI AGLI INDICATORI DI INVECCHIAMENTO ATTIVO: QUALCHE DATO DA EVIDENZIARE

In conclusione di questo capitolo sull'invecchiamento attivo, ci soffermiamo su alcuni indicatori di particolare interesse che meritano un trattamento a sé. Li elenchiamo per punti:

- a. **La frequenza con cui gli anziani lombardi vanno in vacanza o passano un weekend fuori casa:** *con circa metà degli intervistati che dichiara di andare in vacanza tutti gli anni e poco più di un quarto che non ci va mai.* Ovviamente vanno più in vacanza i giovani anziani rispetto ai grandi anziani, le migliori condizioni di salute facilitano infatti il viaggiare. Inoltre, titolo di studio e reddito tornano ad essere similmente correlati: al crescere di entrambe queste variabili cresce anche la frequenza con cui gli anziani vanno in vacanza o passano weekend fuori casa. Ad esempio, il 12% dei laureati non va mai in vacanza contro il 60% di chi possiede solo la licenza elementare. Al contrario, il 75% dei laureati viaggia ogni anno contro il 19% di chi possiede il titolo elementare. Allineato anche l'andamento rispetto al reddito, anche se con divari più contenuti. Da sottolineare infine il fatto che **chi vive solo va molto meno in vacanza:** il doppio di chi vive solo (44%) rispetto a chi vive con un familiare (22%) dichiara di non andare mai in vacanza.
- b. **La frequenza con cui gli anziani lombardi escono di casa:** il 72% esce di casa tutti i giorni, un dato in linea con i risultati della ricerca del 2022 e sensibilmente superiore a quelli di ricerche più datate (Mauri, Breveglieri, 1996). Già lo avevamo commentato sottolineando come la popolazione anziana oggi sia più proiettata verso l'esterno di una volta, un fatto sicuramente positivo e confortante, soprattutto in un contesto post-pandemico. Abbiamo indagato la frequenza con cui gli anziani si dedicano a varie attività: fare la spesa o altre commissioni, andare a trovare amici o frequentare luoghi di socialità, dedicarsi ad attività di volontariato piuttosto che sportive, curare i nipoti o altri familiari. Ne emerge un quadro sdoppiato: con l'eccezione dell'uscire per fare la spesa – attività che appunto coinvolge gran parte degli anziani quotidianamente – le altre attività coinvolgono solo parte degli anziani in modo frequente e regolare. *E in generale sono di più coloro che non si dedicano mai ad attività quali il volontariato, lo sport e la frequentazione di luoghi di ritrovo rispetto a coloro che lo fanno almeno una volta alla settimana* (Grafico 3.4). **In compenso, la metà degli anziani intervistati frequenta un amico o un'amica almeno una volta alla settimana, uno su cinque tutti i giorni.** La rete amicale si dimostra essere una risorsa sempre più cruciale per gli anziani di oggi.

Fig. 3.4 – Frequenza con cui gli anziani si dedicano a determinate attività (valori %)



- **La frequenza con cui gli anziani lombardi si dedicano ad un hobby è sorprendentemente bassa:** meno di un anziano su quattro si dedica ad un hobby casalingo almeno una volta alla settimana; circa 1:6 ha un hobby manuale che esercita fuori casa con la stessa frequenza, come ad esempio l'orto o il gioco delle bocce; solo 1:15 è impegnato in hobby culturali (cinema, teatro, associazioni) fuori casa almeno una volta alla settimana. Si tratta di dati che, considerato il tempo libero a disposizione degli anziani, ci parlano di *anziani a rischio di solitudine e, per motivi che varrebbe la pena indagare meglio, poco in grado di dedicarsi a passioni, interessi e svago.*

4. BISOGNI E RISPOSTE, TRA FAMIGLIA E SERVIZI

Quali bisogni esprime la popolazione anziana? A chi ricorre per rispondervi? Quali sono i desideri e le priorità nei propri contesti di vita? Che ruolo attribuisce allo Stato?

Questo capitolo cerca di rispondere a queste diverse domande, a partire da un richiamo ai diversi gradi di autonomia e la loro correlazione con gli ambiti di vita rispettivi. Quanto sono autonomi gli anziani lombardi? Vista la vastità del campione osservato – non solo gli anziani in senso stretto ma anche i pre-anziani tra i 55 e i 65 anni – abbiamo indagato i livelli di autonomia nello svolgere alcune funzioni di base della vita quotidiana utilizzando tre indicatori diversi:

- Attività della vita quotidiana dentro casa: igiene personale, lavori domestici, ecc.;
- Uscite sul territorio: dal medico, fare la spesa e altre commissioni;
- Disbrigo di pratiche burocratiche.

I livelli di autonomia diminuiscono nella sequenza di questi indicatori. Infatti, se 9 persone su 10 si sentono autonome nelle attività di tipo domestico, queste diventano 8 su 10 nelle uscite sul territorio, e solo 6 su dieci nel disbrigo di pratiche burocratiche.

Naturalmente, età e stato di salute incidono pesantemente su tutte le attività proposte, riducendone via via l'autonoma gestione con l'avanzare degli anni e il peggioramento delle proprie condizioni. Basti pensare che la cura di se stessi viene considerata una funzione gestita in autonomia dal 92% dei giovani anziani, per scendere al 75% degli ultraottantenni.

Mentre non emergono grandi differenze territoriali, spicca una differenza importante a seconda che la persona viva o meno da sola. Chi vive da solo risulta infatti notevolmente meno autonomo in particolare nel disbrigo di pratiche burocratiche rispetto a chi vive con altri: 30% contro solo l'8%. Da chi allora arrivano gli aiuti di cui si ha bisogno?

AIUTI RICEVUTI, AIUTI DESIDERATI

Che ruolo ha la famiglia negli aiuti ricevuti, rispetto ad altri soggetti come i servizi pubblici, la badante, ed altri ancora? **La risposta è una sola per tutti: preponderante.** Soprattutto all'aumentare dell'età, quando aumentano anche i

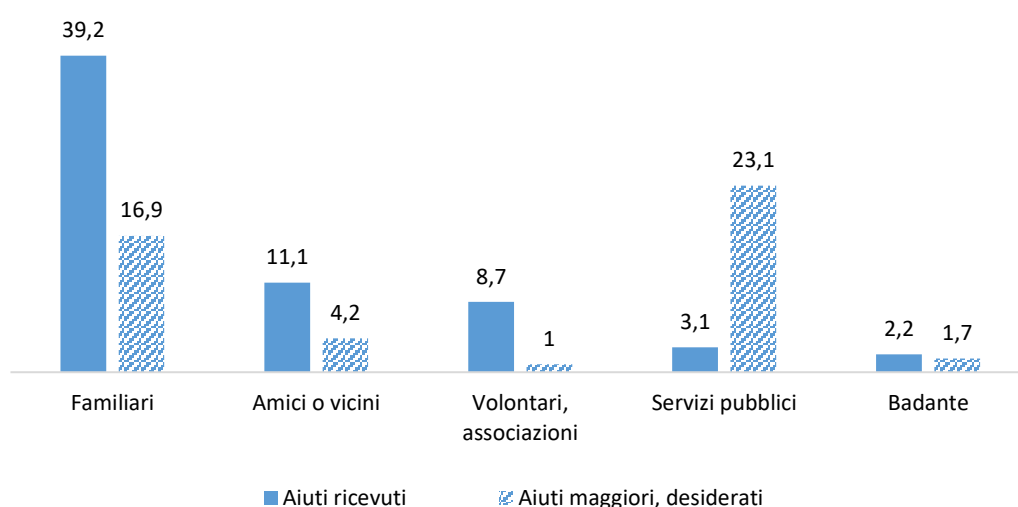
bisogni di aiuto. Nel complesso possiamo dire che **la rete familiare è più presente nel caso di:**

- Persona convivente con altri rispetto ai chi vive solo (41 vs 25%)
- Milano rispetto ai piccoli Comuni (51 vs 39%)
- Chi ha un reddito basso rispetto a chi dispone di redditi maggiori (52 vs 32%)

Anche gli amici hanno un ruolo di un certo rilievo (poco più di un caso su dieci), un po' meno le organizzazioni di volontariato, mentre marginale è il ruolo dei servizi pubblici, tema su cui ritorniamo tra breve.

Abbiamo inoltre indagato il **desiderio di avere più aiuti**, naturalmente maggiore in chi esprime maggiori bisogni (i più anziani, i più isolati, i meno autonomi). In particolare, abbiamo chiesto da chi si vorrebbe ricevere più aiuti. E qui emerge un risultato importante, e cioè che il **desiderio di un potenziamento degli aiuti riguarda soprattutto il servizio pubblico** (in quasi un quarto dei casi), mentre solo al secondo posto figurano i familiari. Residuale è il desiderio di più aiuti da volontari o da vicini. La figura che segue è eloquente al proposito.

Fig. 4.1 – “Se riceve aiuti, chi li fornisce e da chi ne vorrebbe di più?” (valori %)



USO E INTERESSE NEI CONFRONTI DEI SERVIZI PUBBLICI

Proprio per approfondire questo alto interesse verso un servizio pubblico potenziato, vale la pena richiamare l'uso e la propensione all'uso dei servizi pubblici secondo i dati raccolti nel 2021. Abbiamo proposto un elenco di servizi pubblici e privati, chiedendo se vengono utilizzati (o se lo sono stati negli ultimi due anni) e, in caso contrario, se siano interessati a farlo. Ne esce confermato il quadro di complessiva distanza dal mondo dei servizi, almeno quelli pubblici. Da un lato,

infatti, sono consistenti le quote di coloro che non conoscono i servizi o che non ne hanno mai sentito parlare: intorno al 15% degli intervistati per quanto riguarda i servizi domiciliari e oltre al 20% rispetto agli strumenti di welfare digitale. Dall'altro, inoltre, le quote di chi utilizza i servizi risultano al contrario particolarmente basse; sul totale degli anziani intervistati, si va dal 2% per i servizi di trasporto e accompagnamento al 3% per ADI e SAD al 5,2% per attività riabilitative e fisioterapia, come mostra la tabella 4.2.

Tab. 4.1 Servizi per tasso di utilizzo (valori %)

| | |
|--|------------|
| Attività riabilitative ambulatoriali/fisioterapia tramite l'Asl | 5.2 |
| Centri diurni per anziani | 3.8 |
| Assistenza domiciliare pubblica (ADI, SAD) | 3.0 |
| Strumenti domestici di domotica | 2.6 |
| Servizio trasporti e accompagnamento fuori casa | 2.0 |
| Pasti caldi a domicilio | 1.7 |
| Teleassistenza, telesoccorso (per emergenze/incidenti domestici) | 1.2 |
| Telefonia sociale (es: supporto telefonico a distanza, al di là delle emergenze) | 1.0 |

Si tratta comunque di quote che non ci sorprendono, essendo risaputo che il tasso di copertura di servizi quali l'assistenza domiciliare dei Comuni (SAD) e quella integrata sociosanitaria delle Asl (ADI) è assai limitato, oltre che assolutamente insufficiente per rispondere ai bisogni attuali della popolazione anziana, in Lombardia così come in Italia (Pasquinelli, 2015; Noli, 2021).

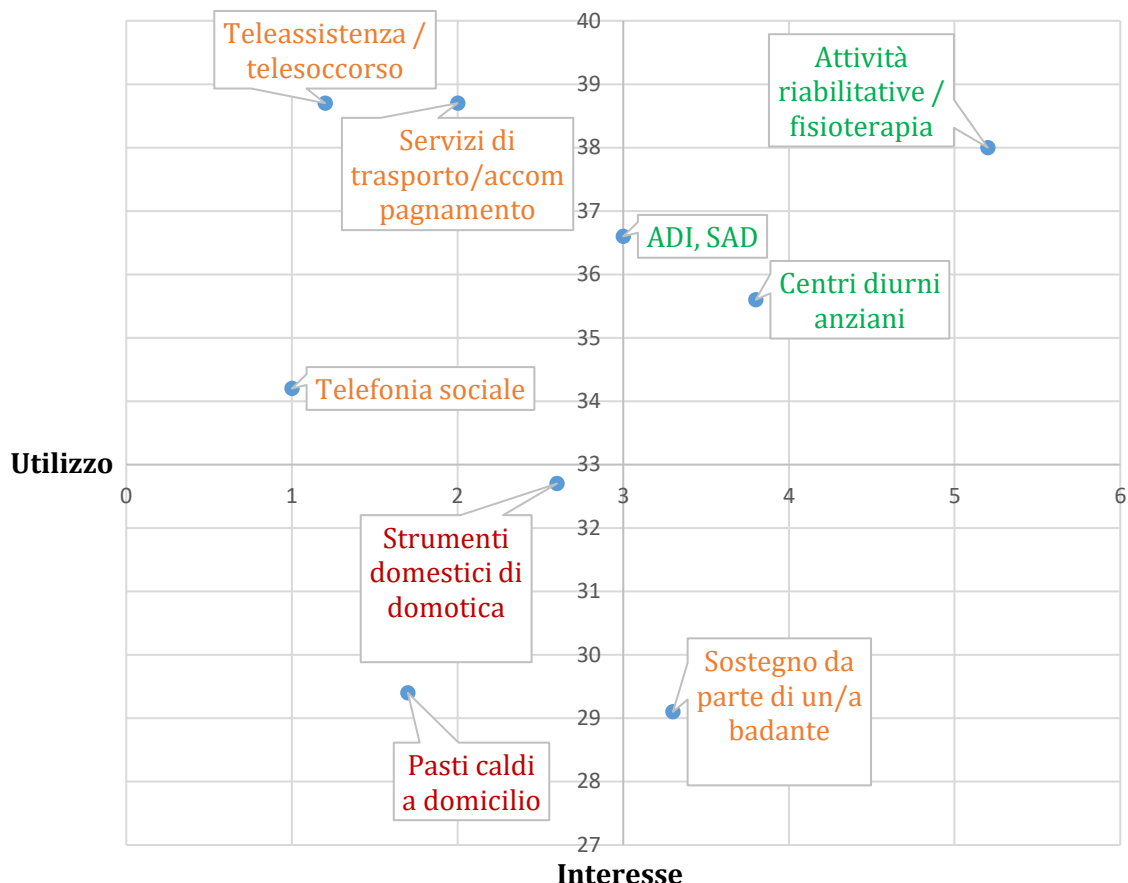
Se il tasso di utilizzo dei servizi è particolarmente basso, i livelli di interesse nei confronti degli stessi non sono però altrettanto scarsi. Nonostante siano ancora in maggioranza coloro che si dichiarano generalmente non interessati a forme di sostegno o supporto alla non autosufficienza – soprattutto tra gli anziani più giovani – diversi sono comunque i servizi che raggiungono tassi di interesse consistenti, tra il 30% e il 40% circa dei potenziali utenti.

Una ricerca condotta oltre 20 anni fa su un campione di anziani cremonesi rilevava tassi di utilizzo dei servizi a favore degli anziani variabili, ma comunque limitati, e gradi di interesse invece piuttosto consistenti, soprattutto nei confronti degli aiuti a domicilio - dall'assistenza fisioterapica e riabilitativa, a quella domiciliare di stampo sociale, ai servizi di trasporto e accompagnamento (Mauri e Breveglieri, 1996). Questo quadro non sembra oggi aver subito modifiche sostanziali, *ad ulteriore conferma dello stallo che caratterizza il mondo dei servizi per gli anziani in Lombardia* e nonostante gli anni passati e le evidenze raccolte strada facendo circa la loro importanza.

Abbiamo incrociato utilizzo e interesse su un piano cartesiano che la figura 4.2 rappresenta graficamente. I livelli di interesse (in valori percentuali) sono sull'asse

delle ordinate: tra i servizi più appetibili troviamo i servizi di teleassistenza e telesoccorso (38,7%), quelli di trasporto e accompagnamento fuori casa (38,7%) e la riabilitazione ambulatoriale o fisioterapia tramite le Asl (38%).

Fig. 4.2 - Livelli di utilizzo e interesse nei confronti di sostegni e servizi (valori %)



Circa il 36% degli intervistati si dichiara poi interessato a servizi di assistenza domiciliare pubblica (ADI, SAD) e alla frequenza di centri diurni o punti di incontro. Percentuali di poco più basse (tra il 32% e il 34%) si registrano invece per quanto riguarda l'interesse nei confronti della telefonia sociale – da intendersi come supporto telefonico a distanza, al di là delle emergenze – e verso l'utilizzo di strumenti domestici di domotica.

La figura 4.2 ci aiuta però anche a capire che interesse e utilizzo non sempre vanno di pari passo (le percentuali di utilizzo sono riportate sull'asse delle ascisse). Accanto a servizi per i quali 'uso' e 'interesse' risultano allineati (riquadro in alto a destra e in basso a sinistra), **vi sono infatti servizi che riscuotono tassi particolarmente alti di interesse ma che vengono pochissimo utilizzati: teleassistenza, telesoccorso, servizi di trasporto e accompagnamento.**

Fanno caso a sé le badanti, nei confronti delle quali emerge un inaspettato basso “interesse”: si tratta infatti di una risorsa ancora largamente diffusa (stimiamo la presenza di circa 160.000 badanti nella Regione), a cui si ricorre più per necessità che per scelta o, appunto, “interesse”. Meno di un anziano su tre (29,1%) si dichiara interessato a ricorrervi e né l’età né lo stato di salute sembrano modificare significativamente quest’interesse.

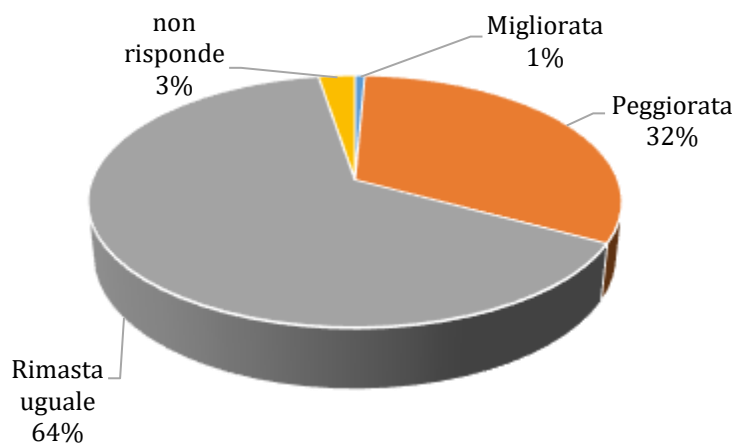
Il ricorso ad una badante è solitamente l’esito di quello cui già altrove (Pasquinelli e Pozzoli, 2021a) ci siamo riferiti come l’approccio “fai-da-te” del welfare italiano, dove gli anziani – e le rispettive famiglie – si arrangiano come meglio riescono per soddisfare i propri bisogni dentro i confini di un mercato di cura prettamente privato e spesso informale.

La figura 4.2 ci mostra però che oggi gli anziani lombardi sarebbero interessati anche e soprattutto ad altre forme di sostegno, qualora queste fossero disponibili.

PRIMA DEL COVID, DOPO IL COVID

In seguito all’emergenza Covid, ci sono stati cambiamenti nella sua vita? Se per quanto riguarda la condizione abitativa degli anziani si registra l’assenza di sostanziali cambiamenti rispetto al periodo pre-Covid, lo stesso non si può dire per quanto riguarda invece le condizioni di vita degli anziani e dei giovani anziani.

Fig. 4.3 – Situazione attuale rispetto a prima del Covid



Prevalgono, come nel 2021, coloro che riportano una situazione di bisogno invariata rispetto al periodo precedente la pandemia, mentre **un terzo degli anziani ha visto peggiorata la propria condizione**. Naturalmente il peggioramento delle condizioni di vita non può essere completamente imputato alla pandemia, perché possono avere influito mille altri fattori. Interessante comunque chiedersi: chi sono costoro?

Gli anziani che dichiarano di avere una condizione peggiorata sono soprattutto, rispetto a un dato medio del 32%:

- I più anziani (over 75enni: 43%)
- Chi vive da solo (44%)
- Chi vive a Milano (53%)
- Chi ha un reddito basso (sotto gli 800 euro mensili pro capite) (42%)

Colpisce il caso di Milano. Il fatto che qui più della metà degli anziani giudica peggiorate le proprie condizioni apre a interpretazioni diverse. Il breve affondo che abbiamo compiuto con la domanda successiva può aiutarci a capire di più, orientando le interpretazioni in due direzioni: da un lato verso la dimensione di isolamento e solitudine crescente, dall'altro verso aspetti economici e di costo della vita.

La tabella che segue distribuisce in classifica decrescente i maggiori cambiamenti attraversati negli ultimi tre anni.

**Tab. 4.3 – In seguito all'emergenza Covid, quali cambiamenti ha attraversato?
(val %, anche più risposte)**

| | |
|--|------|
| Faccio più attenzione all'uso del denaro | 72,7 |
| Uso di più i servizi sanitari | 41,2 |
| Esco di meno | 32,0 |
| Ho bisogno di più compagnia | 23,7 |
| Esco di più | 22,8 |
| Ho maggiore bisogno di supporto nelle attività della vita quotidiana | 15,0 |
| Uso di meno i servizi sanitari | 14,0 |
| Sento di avere bisogno di una casa diversa | 11,8 |
| Ho cambiato casa | 2,2 |

Mentre alcuni fattori hanno una correlazione intuitiva, come il fatto che chi fa più attenzione all'uso del denaro è anche chi ha redditi più ridotti, altri mostrano relazioni meno ovvie. Due in particolare.

In primo luogo, dobbiamo tornare su Milano: è qui che si registra la quota di popolazione che esce di meno di casa (47 vs 32%) rispetto a prima del 2020. Certamente incide il fatto che sono passati quasi tre anni, e con l'avanzare dell'età questa è una tendenza fisiologica, ma probabilmente non sufficiente a giustificare uno scarto di ben 15 punti percentuali con la media regionale.

In secondo luogo, il maggiore uso dei servizi sanitari, al secondo posto nel *rank order* complessivo, riguarda soprattutto i Comuni di piccola e media dimensione (45 vs

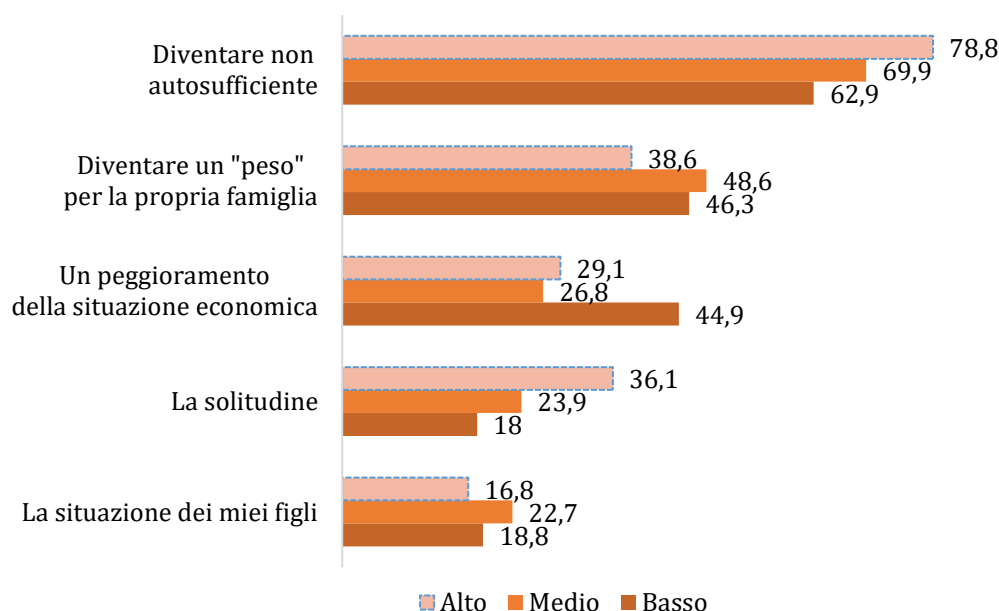
41%), segno che nei centri più piccoli è lievemente più agevolato l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

COME SI PERCEPISCE IL PROPRIO FUTURO

Abbiamo voluto chiedere agli anziani come vedono il proprio futuro, in termini da un lato di timori e dall'altro di desideri che si nutrono. Domanda sfidante, per una popolazione il cui futuro diventa via via qualcosa di sempre più opaco: "l'anziano delle società complesse sembra destinato a perdere la capacità di porre attenzione a quanto di più immediato e di più tangibile costituisce l'esperienza: la percezione del proprio esserci come radicato nel tempo, come congiunzione di memoria e progetto, come relazione tra sé e gli altri e tra le parti diverse della propria esperienza" (Melucci, 1991, pag. 108).

La percezione del futuro l'abbiamo dunque indagata con due domande. La prima riguarda i timori maggiori: ne abbiamo proposti alcuni e il grafico che segue li mostra in ordine di importanza decrescente, per status economico (livello di reddito¹¹): è questa infatti, ancora più dell'età, la variabile che discrimina di più la popolazione indagata rispetto alla sua visione del futuro.

Fig. 4.4 - Maggiori timori percepiti dagli anziani, per livelli di reddito (valori %)



È interessante notare come lo status economico incida con una geometria variabile sulle preoccupazioni future: gli anziani più agiati temono di più di diventare non autosufficienti e soli, vivendo evidentemente più da vicino il rischio di un isolamento

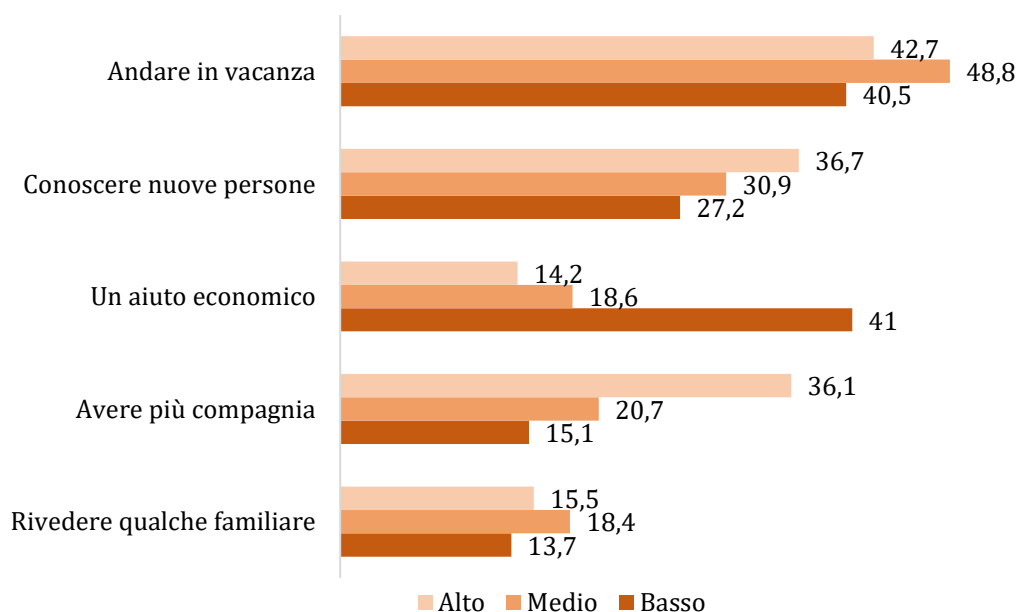
¹¹ Su come è stato costruito l'indicatore di reddito (alto, medio e basso) si rinvia al primo capitolo.

dalle relazioni. Viceversa, la popolazione meno abbiente guarda con preoccupazione la propria tenuta economica e, insieme, il rischio di diventare un peso per i propri familiari.

È la salute la preoccupazione dominante, a tutte le età, nonché, in misura minore ma pur sempre diffusa, la propria situazione economica. Il pensiero dei propri figli, da un lato, e la paura della solitudine, dall'altro, vedono invece una pronunciata differenziazione in base all'età. I propri figli danno pensiero soprattutto ai giovani anziani, quasi in un caso su tre, molto di più che agli ultraottantenni, per i quali evidentemente il processo di autonomia e transizione alla vita adulta dei propri figli si è concluso e casomai interviene la cura dei nipoti. Lo spettro della solitudine riguarda invece soprattutto i grandi anziani, che al crescere dell'età vedono il proprio contesto relazionale ridursi progressivamente.

In termini invece di desideri, abbiamo chiesto agli anziani quali siano quelli maggiormente sentiti, gli auspici che sentono di più. Ancora, la distinzione per status economico ci aiuta a leggere i dati emersi.

Fig. 4.5 - Desideri maggiormente espressi, per livelli di reddito (valori %)



Emerge infatti una polarizzazione tra gli anziani benestanti e chi vive in condizioni meno agiate. I primi esprimono un forte bisogno di relazioni, amicizie, vicinato. I secondi di sostegno economico, ma anche la voglia di prendersi un periodo al di fuori della solita routine.

Rispetto all'età, è diffuso soprattutto tra i giovani anziani il desiderio di "andare in vacanza": che significa "staccare", uscire dal contesto abitativo e da una routine che,

dopo gli anni della pandemia, impedisce agli anziani grandi spostamenti dalla propria casa. Anni che hanno molto ridotto le occasioni di svago, di vita in contesti sociali e ambientali diversi da quello abituale, per ragioni oggettive o semplicemente per i timori legati a spostamenti che possono esporre al rischio di un contagio.

I grandi anziani viceversa esprimono, diremmo a gran voce, *una esigenza di socialità maggiore, "avere più compagnia"*, segno di una vita che si sta passando ancora in un isolamento più o meno sofferto, e che tocca quasi metà degli ultraottantenni. A cui fa il paio il desiderio dei più giovani di "conoscere nuove persone", di una socialità rinnovata da nuovi contatti, evidentemente venuti meno in questi ultimi anni.

Colpisce, infine, quanto gli elementi finora richiamati siano più presenti rispetto a desideri di tipo materiale, come quello di un aiuto economico: pur presenti, soprattutto tra i grandi anziani, ma in misura più ridotta.

DI CHI È LA RESPONSABILITÀ DEL LAVORO DI CURA?

Chi dovrebbe farsi carico di un anziano che invecchia? Due domande finali chiedevano proprio l'opinione su chi dovrebbe prendere in carico, assumersi la responsabilità della cura di un anziano non autosufficiente, rivelando risultati più importanti.

La questione si pone nel momento in cui la Regione Lombardia ha appena approvato una legge regionale sui Caregiver familiari (n. 23 del 30.11.2022), che riconosce questa figura e prevede una rete di sostegni a favore di essa.

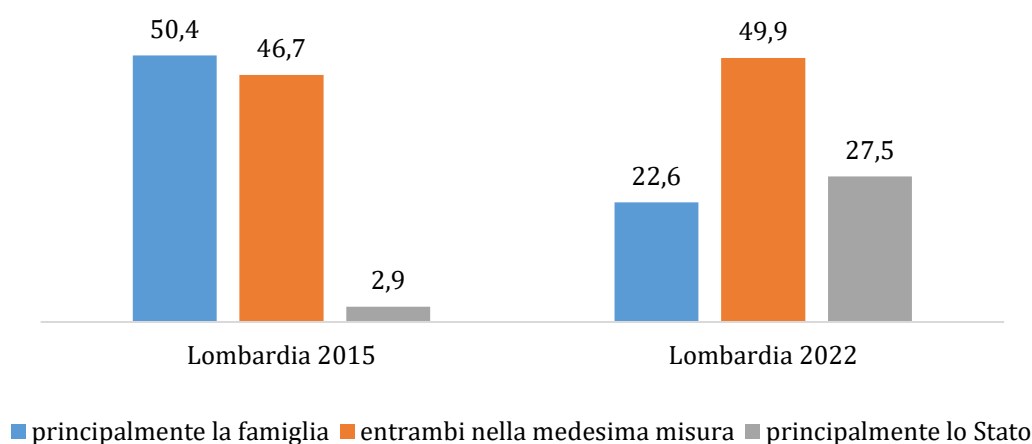
Le domande chiedevano, rispetto ad attività di assistenza e cura di un anziano non autosufficiente, di scegliere fra tre possibilità: una responsabilità principalmente in capo alla famiglia; una responsabilità condivisa tra Stato e famiglia; una responsabilità principalmente in capo allo Stato. I risultati raccolti in questa ricerca possono essere messi a confronto a due livelli:

- A livello temporale, con un'analisi condotta sette anni fa;
- A livello geografico, con altri paesi europei.

Per quanto riguarda il confronto temporale, esso è reso possibile da una indagine svolta nel 2015 su un analogo campione di anziani lombardi, a cui sono state rivolte le stesse domande¹². Il confronto evidenzia cambiamenti di estremo interesse, come mostra il grafico che segue.

¹² S. Pasquinelli (a cura di), *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2015.

Fig. 4.6 – Chi dovrebbe assumersi la responsabilità della cura di un anziano non autosufficiente. Confronto Lombardia 2015-2022



Se sette anni fa metà degli anziani lombardi si pronunciava per una responsabilità nelle attività di cura che deve rimanere in capo alla famiglia, oggi tale quota si è ridotta drasticamente da cinque a due casi su dieci, **a favore invece del ruolo dello Stato, che sale dal 2,9 al 27,5%, venticinque punti percentuali in più**. È di tutta evidenza un grande spostamento avvenuto in questi sette anni, che riguarda tutte le età: la consapevolezza che gli oneri della cura non debbano più essere affare privato, ma una dimensione su cui lo Stato ha le sue responsabilità, e su cui vanno maggiormente socializzati i costi: economici, sociali e umani.

Siamo entrati in un nuovo paradigma culturale, che porta a una maggiore aspettativa di supporto dalle istituzioni pubbliche. Si è fatta ampiamente strada la consapevolezza che i caregiver di domani basteranno sempre meno. La scarsa presenza dei servizi e tutte le difficoltà che il Covid ha rivelato nei termini di una sanità di prossimità trasforma questa attesa in rivendicazione. Una diversa postura culturale ha investito l'età anziana, spinta soprattutto dalle fasce di popolazione economicamente più abbienti (35% vs 19%) e culturalmente più esigenti in termini di servizi e di diritti.

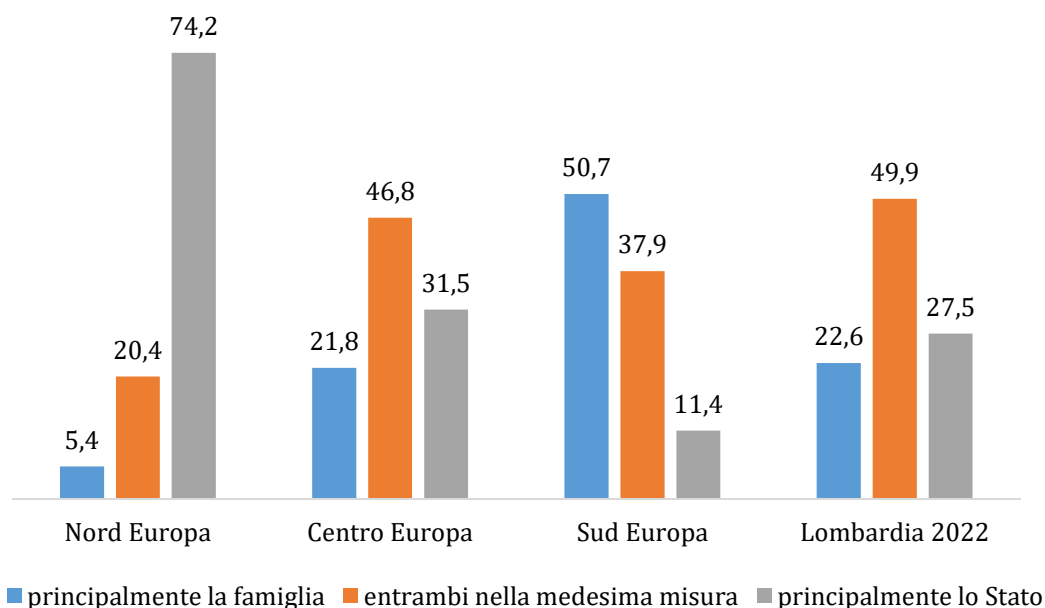
Il secondo confronto ci è reso possibile a livello europeo sulla base del data base europeo SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*)¹³ dove sono state proposte domande analoghe a campioni nazionali di popolazione over 55enne.

Osservando il campione lombardo si vede come, nel 2022, esso si avvicini di più alle distribuzioni del Centro Europa rispetto al Sud Europa (con cui vi erano maggiori

¹³ Coordinata dal Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), è la prima banca dati europea che contiene informazioni dettagliate sullo stato di salute, le caratteristiche socio-economiche, le relazioni familiari degli ultracinquantenni in Europa, permettendo, fra il resto, anche di ricostruire il profilo degli "informal care providers".

analogie in passato, con l'indagine del 2015). Non più così bassa è – infatti - la quota di chi sostiene che lo Stato debba assumersi questa responsabilità. Rispetto alla Lombardia, il Sud Europa (rappresentato da Italia, Grecia e Spagna) risulta più “familista”: è doppia la quota di chi vede la famiglia nel ruolo di principale responsabile, mentre diminuisce quella di chi vede lo Stato in questo ruolo, a scapito di chi sostiene un'equa divisione dei ruoli. **La Lombardia si avvicina di più ai valori del Centro Europa rispetto ai Paesi del Sud.**

Fig. 4.7 – Chi dovrebbe assumersi la responsabilità della cura di un anziano non autosufficiente. Confronto Lombardia 2022-Europa anni vari (val. %)



Note: Nord Europa: Danimarca, Svezia, Olanda; Centro: Austria, Francia, Germania; Sud: Grecia, Italia, Spagna.

Fonte: Indagine SHARE, 2017; S. Pasquinelli (a cura di), Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2015.

Questi risultati sono evidentemente legati a profonde differenze fra i sistemi di welfare europei, ma non solo. Danno conto anche di diversi tassi di partecipazione femminile al mercato del lavoro, tema su cui l'Italia rimane ancora arretrata, con un tasso pari al 49,4% nel 2021, mentre fra i Paesi del Nord Europa le percentuali superano il 70%. Nei Paesi del Sud è presente un senso di “indispensabilità” dei familiari rispetto ai propri genitori e parenti: in qualche modo ci si sente e si viene percepiti come insostituibili nel lavoro di cura. Rarefazione delle nascite e affermazione del figlio unico metteranno in crisi sempre di più questo approccio culturale, la sua sostenibilità, a fronte di evoluzioni demografiche e riconfigurazioni delle strutture familiari che tenderanno a ridimensionare sempre più il ruolo della famiglia nei sistemi di cura.

5. CONCLUSIONI

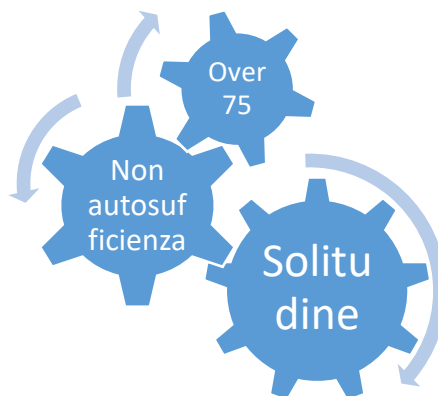
Le due ricerche “Più fragili dopo la tempesta?” hanno coinvolto un totale di 2.200 anziani e rappresentano uno sforzo conoscitivo unico nel panorama sociale lombardo riguardante la terza età.

In questa seconda indagine abbiamo ampliato il campo per includere la fascia dei 55-64enni, che ci ha permesso di affrontare il tema dell’invecchiamento attivo. L’ampio campione (1.211 residenti) è abbondantemente rappresentativo, in quanto stratificato per provincia, dimensione del comune ed età.

Status economico. Un primo dato che ci ha colpito è la presenza non marginale di una popolazione povera o relativamente povera, il cui reddito familiare netto non arriva a mille euro al mese. Parliamo del 13% degli intervistati over 55 (di cui il 7% vive da solo). Proiettati sulla popolazione lombarda, parliamo di 488.000 persone. A questa condizione si associa un basso accesso ai servizi pubblici, ma è soprattutto la dimensione di solitudine a incidere negativamente sulle proprie condizioni di vita, una condizione in crescita.

Solitudine. Un terzo degli anziani vive da solo (nella metà dei casi senza nessuno vicino che possa intervenire in caso di bisogno). Ma abitare da soli non significa necessariamente sentirsi soli. Intanto perché tre quarti degli anziani esce di casa tutti i giorni, un dato maggiore se comparato a ricerche analoghe condotte in passato. Ciò non toglie la presenza di anziani che vivono un’auto-reclusione domestica importante: con numeri trascurabili fino ai 70 anni, ma che coinvolge il 14% e più oltre i 75. Questo significa che oltre centomila anziani lombardi sono confinati in casa, con evidenti bisogni di un aiuto continuo nelle funzioni di base della vita quotidiana.

Autosufficienza. Due intervistati su dieci dichiarano uno stato di salute problematico o molto problematico. La quota sale ovviamente tra i più anziani, ma è soprattutto più alta (a parità di età) tra chi vive solo (34%) e tra i meno istruiti (che hanno meno risorse). Chi vive **senza una rete di supporto** ha più facilmente uno **stato di salute critico, soprattutto se over 75enne**: si tratta del



18% del totale, che proiettato sulla popolazione vuol dire 160.000 anziani che vivono soli e non possono contare su alcun aiuto in caso di bisogno. Chi ha uno stato di salute critico e/o meno risorse economiche vive inoltre più frequentemente in zone periferiche o isolate, e in affitto (soprattutto a Milano).

Come invecchiamo? Oggi, su una scala da 1 a 100 gli anziani in Lombardia invecchiano “attivamente” su un valore pari a 46, contro una media nazionale Istat di 34 nel 2018. Non tutti però invecchiamo allo stesso modo. Ci sono tre macro variabili in gioco: la capacità di condurre una vita autonoma; la salute e il coinvolgimento in attività propedeutiche all’invecchiamento attivo; la partecipazione ad attività e la cura di figli e nipoti. Ciò che contribuisce di più a un invecchiamento attivo in Lombardia è la dimensione “vita autonoma”. Al contrario, il dominio “partecipazione e cura” è quello che contribuisce in modo minore.

Importanza delle relazioni. Gli anziani lombardi si dimostrano piuttosto autonomi e generalmente in buona salute, un po’ meno partecipi e coinvolti nella comunità locale. In particolare, il 72% esce di casa tutti i giorni, ma se si toglie la necessità di andare a fare la spesa, altre attività (*volontariato, hobby, sport, frequentazione di luoghi di ritrovo*) coinvolgono solo parte degli anziani in modo frequente e regolare. **In compenso, la metà degli anziani intervistati frequenta un amico o un’amica almeno una volta alla settimana, uno su cinque tutti i giorni.** La rete amicale si dimostra essere una risorsa sempre più cruciale.

Relazioni di cura, tra scelta e peso. Un anziano su sei accudisce figli o nipoti tutti i giorni e uno su sette, con la stessa frequenza, si occupa del proprio coniuge non autosufficiente o di altri familiari anziani. Le **relazioni di cura e assistenza tra parenti** vengono ricomprese in letteratura negli **indicatori di invecchiamento attivo**. Tali relazioni - specialmente nel nostro Paese - sono però spesso il risultato di una situazione forzata e dettata dalla totale assenza di soluzioni alternative.

Chi è più attivo? Certamente chi vive con familiari rispetto a chi vive solo. Chi vive solo ha meno stimoli ad invecchiare attivamente, perché più “sconnesso” da relazioni e opportunità ma anche da rapporti di cura: un anziano su cinque che vive con un familiare accudisce figli, nipoti o altri anziani tutti i giorni. È poi decisamente più attivo nel suo percorso di longevità, di salute, chi ha un **titolo di studio maggiore**: 25 punti di differenza su una scala da 0 a 100 tra chi possiede una licenza elementare e chi una laurea, il divario più alto registrato nel nostro campione. Inoltre, al crescere del titolo di studio e dello status cresce la **frequenza con cui gli anziani vanno in vacanza o passano weekend fuori casa**. Ad esempio, il 12% dei laureati non va mai in vacanza contro il 60% di chi possiede solo la licenza elementare. Al contrario, il 75% dei laureati viaggia ogni anno contro il 19% di chi possiede il titolo elementare.

Distanti dal mondo dei servizi. Distanza che si misura nel semplice fatto che più della metà degli anziani lombardi (sei su dieci) non ha mai usato servizi pubblici di

diversa natura, dall'assistenza sociale ai trasporti, ai centri diurni e così via. A parte le attività riabilitative sociosanitarie, che registrano un utilizzo da parte del 17% degli anziani, tutti gli altri servizi proposti registrano tassi d'uso tra l'1 e il 5%. **La sanità di prossimità è ancora di là da venire.**

C'è una esigenza di informazione, che significa anche orientamento e *counseling*, che va di pari passo all'esigenza di un potenziamento dei servizi di welfare, nella loro quantità e qualità, che significa anche investimento nei luoghi e in un ecosistema più vicino alla terza e quarta età (Pasquinelli, 2015; Fosti et al., 2022).

L'interesse per la telemedicina e le nuove tecnologie. Ci sono servizi pochissimo utilizzati ma che riscuotono alti livelli di interesse. È il caso, per esempio, dei servizi di teleassistenza, telesoccorso e di trasporto e accompagnamento fuori casa. In particolare, sono i giovani anziani ad esprimere un marcato interesse nei confronti delle applicazioni di **welfare digitale, la domotica**. Si tratta di ambiti su cui è oggi grande l'attenzione, su cui lo stesso PNRR investe cifre consistenti (in telemedicina), e dove dunque sembra esserci terreno fertile per uno sviluppo virtuoso degli investimenti.

Nuovi servizi domiciliari. Va colto anche l'interesse verso i servizi a domicilio, ADI e SAD, che continuano tuttavia a registrare tassi di utilizzo molto limitati. Mentre ancora moltissimi, la maggior parte degli anziani, non ne conoscono l'esistenza, faciliterebbero molto modalità di accesso meno complesse e più dirette, nonché l'offerta di benefici meno prestazionali e più ampi e integrati tra loro, nella direzione che [abbiamo da tempo indicato](#) (AA. VV., 2021).

La voglia di "pubblico". Eppure, cresce notevolmente il desiderio di essere tutelati e protetti dall'ente pubblico: "da chi vorrebbe essere di più aiutato, nel caso di bisogno?" Abbiamo indagato il **desiderio di avere più aiuti**, naturalmente maggiore in chi esprime maggiori bisogni (i più anziani, i più isolati, i meno autonomi). In particolare, abbiamo chiesto appunto da chi si vorrebbe ricevere più aiuti: la famiglia, volontari, enti privati, ente pubblico. E qui emerge un risultato importante, e cioè che **al primo posto figura il desiderio di un potenziamento del servizio pubblico** (in quasi un quarto dei casi), mentre solo al secondo posto figurano i familiari. Residuale è il desiderio di più aiuti da volontari o da vicini.

La responsabilità della cura sempre più "pubblica". Chi dovrebbe farsi carico di un anziano che invecchia? La famiglia, lo Stato, entrambi? Se sette anni fa metà degli anziani lombardi si pronunciava per una responsabilità nelle attività di cura che deve rimanere in capo alla famiglia, oggi tale quota si è ridotta drasticamente a due casi su dieci, **a favore invece del ruolo dello Stato, che sale dal 3 al 27%, quasi venticinque punti percentuali in più.**

Siamo entrati in un nuovo paradigma culturale, con una aspettativa di sostegno da parte delle istituzioni pubbliche decisamente maggiore. Si è fatta ampiamente strada la consapevolezza che i caregiver di domani basteranno sempre meno. La

scarsa presenza dei servizi e tutte le difficoltà che il Covid ha rivelato nei termini di una sanità di prossimità rende netta ed esplicita questa attesa. Una diversa postura culturale, spinta soprattutto dalle fasce di popolazione economicamente più abbienti (35% vs 19%) e culturalmente più esigenti in termini di servizi e di diritti.

In equilibrio. La ricerca ci consegna una terza età che deve trovare molti equilibri tra dimensioni tra loro contrastanti: tra desideri e possibilità, tra una socialità auspicata e una praticata, tra fragilità e risorse di cura che si assottigliano. Un ruolo cruciale avranno le **politiche per la longevità**, per far crescere nuove soluzioni e nuove risposte sostenibili, per una vita che si allunga negli anni. **La Lombardia manca di una legge sull'invecchiamento attivo**, mentre più della metà delle altre Regioni se ne sono dotate. Che coniughi l'impegno per una buona salute durevole nel tempo con la capacità di riconoscere negli anziani risorse preziose per le comunità, di oggi e di domani.

APPENDICE STATISTICA

In questa appendice riportiamo le risposte alle singole domande del questionario utilizzato. Sono state 1.211 le persone che lo hanno completato.

| | Freq. | % |
|---|-------|------|
| 1) Lei è: | | |
| Femmina | 620 | 51,2 |
| Maschio | 586 | 48,4 |
| NR | 5 | 0,4 |
| 2) Quanti anni ha? | | |
| <55 | 17 | 1,4 |
| 55-64 | 324 | 26,8 |
| 65-74 | 525 | 43,4 |
| 75-85 | 315 | 26,0 |
| >85 | 26 | 2,1 |
| NR | 4 | 0,3 |
| 3) In quale provincia abita? | | |
| Bergamo | 193 | 15,9 |
| Brescia | 118 | 9,7 |
| Como | 121 | 10,0 |
| Cremona | 45 | 3,7 |
| Lecco | 42 | 3,5 |
| Lodi | 27 | 2,2 |
| Mantova | 47 | 3,9 |
| Milano | 281 | 23,2 |
| Monza Brianza | 105 | 8,7 |
| Pavia | 85 | 7,0 |
| Sondrio | 17 | 1,4 |
| Varese | 121 | 10,0 |
| NR | 9 | 0,7 |
| 4) Qual è il suo stato civile? | | |
| Celibe/Nubile | 112 | 9,2 |
| Coniugato/A | 743 | 61,4 |
| Separato/A O Divorziato/A | 127 | 10,5 |
| Vedovo/A | 224 | 18,5 |
| NR | 5 | 0,4 |
| 5) Qual è il suo titolo di studio? | | |

| | Freq. | % |
|--|--------------|----------|
| Nessun titolo | 18 | 1,5 |
| Licenza elementare | 192 | 15,9 |
| Licenza media | 458 | 37,8 |
| Diploma di scuola superiore o qual. prof. | 470 | 38,8 |
| Laurea | 68 | 5,6 |
| NR | 5 | 0,4 |
| 6) Qual è la sua attuale condizione occupazionale? | | |
| Pensionato/a | 1060 | 87,5 |
| Lavoratore dipendente o indipendente | 90 | 7,4 |
| Disoccupato/a | 25 | 2,1 |
| Inabile al lavoro (es: per invalidità) | 14 | 1,2 |
| Altro (specificare) | 19 | 1,6 |
| NR | 3 | 0,2 |
| 7) Vive da solo o con dei familiari? | | |
| Da solo, senza nessuno che possa intervenire tempestivamente in caso di bisogno | 156 | 12,9 |
| Da solo, ma con vicino qualcuno che può intervenire tempestivamente in caso di bisogno | 181 | 14,9 |
| Insieme a uno o più familiari | 851 | 70,3 |
| NR | 23 | 1,9 |
| 8) Quanti sono i componenti del suo nucleo familiare convivente, compreso lei? | | |
| 1 | 321 | 26,5 |
| 2 | 578 | 47,7 |
| 3 | 191 | 15,8 |
| 4 o più | 78 | 6,4 |
| NR | 43 | 3,6 |
| 9) C'è un/una badante che convive con lei? | | |
| No | 1138 | 94,0 |
| Sì | 25 | 2,0 |
| NR | 48 | 4,0 |
| 10) Quanti abitanti ha il Comune in cui vive? | | |
| Meno di 5.000 abitanti | 279 | 23,0 |
| Tra i 5.000 e i 50.000 abitanti | 621 | 51,3 |
| Più di 50.000 abitanti | 302 | 24,9 |
| NR | 9 | 0,7 |
| 11) La casa in cui vive è situata in una zona: | | |
| Centrale | 310 | 25,6 |
| Semi-centrale | 401 | 33,1 |
| Periferica | 460 | 38,0 |

| | Freq. | % |
|--|--------------|----------|
| Isolata | 31 | 2,6 |
| NR | 9 | 0,7 |
| 12) La casa in cui vive è: | | |
| Di proprietà | 941 | 77,7 |
| In affitto | 220 | 18,2 |
| Altro | 36 | 3,0 |
| NR | 14 | 1,2 |
| 13) Ritiene la casa in cui abita: | | |
| Adeguate alle mie esigenze | 1016 | 83,9 |
| Poco adeguata alle mie esigenze | 153 | 12,6 |
| Non adeguata alle mie esigenze | 27 | 2,2 |
| NR | 15 | 1,2 |
| 14) Qual è il reddito mensile netto familiare (suo e delle persone conviventi)? | | |
| Meno di 1.000 euro al mese | 153 | 12,6 |
| Tra 1.000 e 2.000 euro | 536 | 44,3 |
| Tra 2.000 e 3.000 euro | 355 | 29,3 |
| Più di 3.000 euro | 149 | 12,3 |
| NR | 18 | 1,5 |
| 15) Come definirebbe il suo stato di salute? | | |
| Molto buono | 58 | 4,8 |
| Buono | 424 | 35,0 |
| Discreto | 458 | 37,8 |
| Problematico | 182 | 15,0 |
| Molto problematico | 82 | 6,8 |
| NR | 7 | 0,6 |
| 16) Lei ... (possibili più risposte, riportati i "sì") | | |
| Fuma | 220 | 18,2 |
| Soffre di una malattia cronica | 479 | 39,6 |
| È sovrappeso | 195 | 16,1 |
| Prende ansiolitici o antidepressivi | 76 | 6,3 |
| 17) Lei si sente mai solo/a? | | |
| Sì, spesso | 123 | 10,2 |
| Sì, ogni tanto | 372 | 30,7 |
| Mai o quasi mai | 632 | 52,2 |
| NR | 84 | 6,9 |
| 18) Quanto spesso esce di casa? | | |
| Mai/quasi mai | 28 | 2,3 |
| Ogni tanto | 103 | 8,5 |

| | Freq. | % |
|--|--------------|----------|
| 2-3 volte alla settimana | 185 | 15,3 |
| Tutti i giorni | 807 | 66,6 |
| NR | 88 | 7,3 |
| 19) Quanto spesso lei svolge le seguenti attività prevalentemente domestiche? | | |
| <i>Legge libri</i> | | |
| Mai/quasi mai | 228 | 18,8 |
| Ogni tanto | 400 | 33,0 |
| 2-3 volte al mese | 104 | 8,6 |
| Una o due volte alla settimana | 171 | 14,1 |
| Tutti i giorni o quasi | 260 | 21,5 |
| NR | 48 | 4,0 |
| <i>Legge giornali</i> | | |
| Mai/quasi mai | 203 | 16,8 |
| Ogni tanto | 296 | 24,4 |
| 2-3 volte al mese | 49 | 4,0 |
| Una o due volte alla settimana | 176 | 14,5 |
| Tutti i giorni o quasi | 439 | 36,3 |
| NR | 48 | 4,0 |
| <i>Usa internet</i> | | |
| Mai/quasi mai | 295 | 24,4 |
| Ogni tanto | 119 | 9,8 |
| 2-3 volte al mese | 24 | 2,0 |
| Una o due volte alla settimana | 120 | 9,9 |
| Tutti i giorni o quasi | 575 | 47,5 |
| NR | 78 | 6,4 |
| <i>Si dedica a un hobby casalingo</i> | | |
| Mai/quasi mai | 515 | 42,5 |
| Ogni tanto | 303 | 25,0 |
| 2-3 volte al mese | 64 | 5,3 |
| Una o due volte alla settimana | 123 | 10,2 |
| Tutti i giorni o quasi | 137 | 11,3 |
| NR | 69 | 5,7 |
| <i>Cucina</i> | | |
| Mai/quasi mai | 170 | 14,0 |
| Ogni tanto | 156 | 12,9 |
| 2-3 volte al mese | 32 | 2,6 |
| Una o due volte alla settimana | 101 | 8,3 |
| Tutti i giorni o quasi | 715 | 59,0 |
| NR | 37 | 3,1 |
| <i>Accudisce il coniuge o altri familiari anziani</i> | | |
| Mai/quasi mai | 773 | 63,8 |
| Ogni tanto | 120 | 9,9 |
| 2-3 volte al mese | 18 | 1,5 |
| Una o due volte alla settimana | 62 | 5,1 |

| | Freq. | % |
|--|--------------|----------|
| Tutti i giorni o quasi | 164 | 13,5 |
| NR | 74 | 6,1 |
| 20) Quanto spesso lei svolge le seguenti attività prevalentemente extra domestiche? | | |
| <i>Attività di volontariato</i> | | |
| Mai/quasi mai | 561 | 46,3 |
| Ogni tanto | 139 | 11,5 |
| 2-3 volte al mese | 59 | 4,9 |
| Una o due volte alla settimana | 201 | 16,6 |
| Tutti i giorni o quasi | 212 | 17,5 |
| NR | 39 | 3,2 |
| <i>Attività sportive</i> | | |
| Mai/quasi mai | 658 | 54,3 |
| Ogni tanto | 178 | 14,7 |
| 2-3 volte al mese | 62 | 5,1 |
| Una o due volte alla settimana | 164 | 13,5 |
| Tutti i giorni o quasi | 83 | 6,9 |
| NR | 66 | 5,5 |
| <i>Accudisce figli/nipoti</i> | | |
| Mai/quasi mai | 517 | 42,7 |
| Ogni tanto | 218 | 18,0 |
| 2-3 volte al mese | 63 | 5,2 |
| Una o due volte alla settimana | 131 | 10,8 |
| Tutti i giorni o quasi | 195 | 16,1 |
| NR | 87 | 7,2 |
| <i>Partecipa a riunioni associative, politiche, sindacali o di altra natura</i> | | |
| Mai/quasi mai | 529 | 43,7 |
| Ogni tanto | 346 | 28,6 |
| 2-3 volte al mese | 112 | 9,2 |
| Una o due volte alla settimana | 104 | 8,6 |
| Tutti i giorni o quasi | 68 | 5,6 |
| NR | 52 | 4,3 |
| <i>Frequenta un luogo di ritrovo (bar, circoli, ...)</i> | | |
| Mai/quasi mai | 560 | 46,2 |
| Ogni tanto | 262 | 21,6 |
| 2-3 volte al mese | 54 | 4,5 |
| Una o due volte alla settimana | 162 | 13,4 |
| Tutti i giorni o quasi | 125 | 10,3 |
| NR | 48 | 4,0 |
| <i>Frequenta amici</i> | | |
| Mai/quasi mai | 106 | 8,8 |
| Ogni tanto | 343 | 28,3 |
| 2-3 volte al mese | 144 | 11,9 |
| Una o due volte alla settimana | 331 | 27,3 |
| Tutti i giorni o quasi | 252 | 20,8 |

| | Freq. | % |
|---|--------------|----------|
| NR | 35 | 2,9 |
| <i>Esce per fare la spesa e/o altre commissioni</i> | | |
| Mai/quasi mai | 79 | 6,5 |
| Ogni tanto | 115 | 9,5 |
| 2-3 volte al mese | 78 | 6,4 |
| Una o due volte alla settimana | 474 | 39,1 |
| Tutti i giorni o quasi | 441 | 36,4 |
| NR | 24 | 2,0 |
| <i>Esce per un pranzo/cena fuori</i> | | |
| Mai/quasi mai | 361 | 29,8 |
| Ogni tanto | 516 | 42,6 |
| 2-3 volte al mese | 171 | 14,1 |
| Una o due volte alla settimana | 92 | 7,6 |
| Tutti i giorni o quasi | 40 | 3,3 |
| NR | 31 | 2,6 |
| <i>Si dedica a un hobby manuale fuori casa (orto, bocce)</i> | | |
| Mai/quasi mai | 745 | 61,5 |
| Ogni tanto | 182 | 15,0 |
| 2-3 volte al mese | 43 | 3,6 |
| Una o due volte alla settimana | 108 | 8,9 |
| Tutti i giorni o quasi | 88 | 7,3 |
| NR | 45 | 3,7 |
| <i>Si dedica a un hobby culturale fuori casa (cinema, teatro, associazione culturale, ...)</i> | | |
| Mai/quasi mai | 598 | 49,4 |
| Ogni tanto | 379 | 31,3 |
| 2-3 volte al mese | 129 | 10,7 |
| Una o due volte alla settimana | 66 | 5,5 |
| Tutti i giorni o quasi | 11 | 0,9 |
| NR | 28 | 2,3 |
| 21) Va in vacanza? | | |
| Mai o quasi mai | 323 | 26,7 |
| Sì, ma non tutti gli anni | 289 | 23,9 |
| Sì, tutti gli anni | 583 | 48,1 |
| NR | 16 | 1,3 |
| 22) Quanto spesso passa un weekend fuori casa (senza contare le vacanze)? | | |
| Tutte le settimane | 21 | 1,7 |
| Circa una volta al mese | 110 | 9,1 |
| Tre/quattro volte all'anno | 216 | 17,8 |
| Una/due volte all'anno | 282 | 23,3 |
| Mai o quasi mai | 552 | 45,6 |
| NR | 30 | 2,5 |

| | Freq. | % |
|---|-------|------|
| 23) Si ritiene autonomo nelle seguenti attività? | | |
| <i>Attività della vita quotidiana dentro casa (es: igiene personale, lavori domestici, ...)</i> | | |
| Sì | 1078 | 89 |
| In parte | 101 | 8,3 |
| No | 20 | 1,7 |
| NR | 12 | 1,0 |
| <i>Uscite sul territorio (dal medico, per fare la spesa o altre commissioni, ...)</i> | | |
| Sì | 992 | 81,9 |
| In parte | 152 | 12,6 |
| No | 50 | 4,1 |
| NR | 17 | 1,4 |
| <i>Disbrigo di pratiche burocratiche</i> | | |
| Sì | 770 | 63,6 |
| In parte | 266 | 22,0 |
| No | 159 | 13,1 |
| NR | 16 | 1,3 |
| 24) Se attualmente riceve aiuti per alcune delle attività elencate sopra, chi fornisce tali aiuti? (Possibili più risposte, riportati i "sì") | | |
| Familiari | 475 | 39,2 |
| Amici e/o vicini di casa | 134 | 11,1 |
| Volontari/associazioni | 105 | 8,7 |
| Servizi pubblici | 37 | 3,1 |
| Badante assunta privatamente | 27 | 2,2 |
| 25) Se attualmente riceve aiuti per alcune delle attività elencate sopra, sarebbe interessato a ricevere più aiuto... (Possibili più risposte, riportati i "sì") | | |
| Da parte dei miei familiari | 205 | 16,9 |
| Da parte di amici e/o vicini di casa | 51 | 4,2 |
| Di una badante | 20 | 1,7 |
| Da parte dei servizi pubblici | 280 | 23,1 |
| 26) In seguito all'emergenza Covid, ci sono stati cambiamenti nella sua vita? (Possibili più risposte, riportati i "sì") | | |
| Ho cambiato casa | 27 | 2,2 |
| Sento di avere bisogno di una casa diversa | 143 | 11,8 |
| Ho maggiore bisogno di supporto nelle attività della vita quotidiana | 182 | 15,0 |
| Ho bisogno di più compagnia | 287 | 23,7 |
| Uso di più i servizi sanitari | 499 | 41,2 |
| Uso di meno i servizi sanitari | 169 | 14,0 |
| Esco di più | 276 | 22,8 |
| Esco di meno | 388 | 32,0 |
| Faccio più attenzione all'uso del denaro | 880 | 72,7 |

| | Freq. | % |
|--|-------|------|
| 27) Nel complesso, rispetto alla situazione prima del Covid, la sua vita è: | | |
| Migliorata | 9 | 0,7 |
| Peggiorata | 390 | 32,2 |
| Rimasta uguale | 780 | 64,4 |
| NR | 32 | 2,6 |
| 28) Attualmente quali sono i suoi principali desideri? (possibili più risposte, riportati i "sì") | | |
| Andare in vacanza | 534 | 44,1 |
| Avere più compagnia | 283 | 23,4 |
| Conoscere nuove persone | 370 | 30,6 |
| Un aiuto economico | 309 | 25,5 |
| Un aiuto in casa | 187 | 15,4 |
| Cambiare casa | 88 | 7,3 |
| Rivedere qualche familiare | 195 | 16,1 |
| Andare in casa di riposo | 9 | 0,7 |
| 29) Che cosa teme di più per il suo futuro? (possibili più risposte, riportati i "sì") | | |
| Diventare non autosufficiente | 846 | 69,9 |
| Diventare un "peso" per la propria famiglia | 545 | 45,0 |
| Un peggioramento della condizione economica | 401 | 33,1 |
| I rapporti con i familiari | 63 | 5,2 |
| La situazione dei miei figli/e | 234 | 19,3 |
| La solitudine | 305 | 25,2 |
| Nessuna preoccupazione | 66 | 5,5 |
| 30) Secondo lei chi deve o dovrebbe assumersi la responsabilità delle seguenti attività di assistenza agli anziani? | | |
| <i>Aiuto con i lavori domestici, come fare le pulizie o il bucato, per gli anziani</i> | | |
| Soprattutto la famiglia | 291 | 24,0 |
| Soprattutto lo Stato | 237 | 19,6 |
| Entrambi | 535 | 44,2 |
| Non lo so | 88 | 7,3 |
| NR | 60 | 5,0 |
| <i>Cura personale, lavarsi o vestirsi e/o assistenza domiciliare per gli anziani</i> | | |
| Soprattutto la famiglia | 242 | 20,0 |
| Soprattutto lo Stato | 295 | 24,4 |
| Entrambi | 535 | 44,2 |
| Non lo so | 66 | 5,5 |
| NR | 73 | 6,0 |

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA. VV. (2021), *Dieci proposte per una nuova assistenza a domicilio in Lombardia*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 3, [testo scaricabile anche qui](#).
- Cozzolino M., Fraboni R., Sabbadini L. (2020), *Condizioni di vita degli anziani alle soglie della pandemia*, in “Rivista delle Politiche Sociali”, n.1
- EU-SILC (2019), [Indagine sul reddito e le condizioni di vita](#), Roma, Istat.
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (a cura di) (2022), *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, Egea.
- Istat (2020), [Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia](#), Roma.
- Lucantoni et al. (2022), [Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: quali possibili obiettivi?](#), Dipartimento per le politiche per la famiglia, INRCA, Roma.
- Mauri L., Breveglieri L., (a cura di) (1996), *Vivere l'età anziana. Indagine sociologica in un'area avanzata*, Milano, FrancoAngeli.
- Melucci A. (1991), *Il gioco dell'io. Il cambiamento di sé in una società globale*, Milano Feltrinelli.
- Nazioni Unite (2022), *Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)*, New York.
- NNA – Network Non Autosufficienza (2021), [L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° rapporto 2020/2021](#), Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Noli, M. (2021), *I servizi domiciliari*, in “L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Punto di non ritorno”, 7° Rapporto 2020/2021, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore.
- Pasquinelli S., Pozzoli F. (2021), [Badanti dopo la pandemia](#), Quaderno WP3 del progetto “Time to care”, Milano.
- Pasquinelli, S. (2021), [Le residenze dopo la pandemia](#), in Welforum.it, 24 settembre.
- Pasquinelli, S. (a cura di) (2015), [Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia](#), Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza (2022), [Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani](#), Roma.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2022), [Schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane](#), Roma.
- Rotolo, A., Donati, E. (2021) [Sapessi come è stano ... invecchiare a Milano! Vite, società ed economie ridisegnate dalla longevità](#), Milano, Egea.

GLI AUTORI



Sergio Pasquinelli, sociologo, è presidente dell'Associazione per la Ricerca Sociale (ARS) e direttore di ricerca presso l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) di Milano. Dirige la rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie" ed è vicedirettore del portale Welforum.it. Fa parte del gruppo di esperti del "[Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza](#)" coordinato da Cristiano Gori.



Giulia Assirelli è dottoressa di Ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale (Università degli Studi di Trento), è stata successivamente assegnista di ricerca presso l'Università Cattolica di Milano. Attualmente collabora come ricercatrice freelance con diverse istituzioni accademiche, enti di ricerca privati e associazioni del Terzo Settore.



Francesca Pozzoli, laureata in filosofia, con un master in politiche sociali e un dottorato in sociologia. È ricercatrice IRS, dove si occupa di politiche di welfare, servizi sociali e sanitari. Fa parte della redazione di "Lombardia Sociale" e "Prospettive Sociali e Sanitarie". È esperta, in particolare, di non autosufficienza, disabilità e tematiche afferenti alla personalizzazione dei servizi.