Anziani fragili e gestione della quotidianità

L'invecchiamento della popolazione pone grandi sfide al nostro sistema di welfare che continua a fare affidamento sulle famiglie. Queste hanno un ruolo fondamentale nel sostenere gli anziani fragili che vivono al proprio domicilio, nella gestione della quotidianità. I recenti cambiamenti demografici e culturali richiedono però di organizzare nuove modalità di risposta che, sfruttando le risorse territoriali formali e informali, sappiano intessere reti comunitarie di sostegno più fitte e responsabili.

Di Ester Gubert *(Istituto di ricerca Euricse)*

La gestione della quotidianità può risultare difficoltosa con l'avanzare dell'età e con l'insorgere di limitazioni funzionali nello svolgimento di semplici attività di tutti i giorni. Sebbene si tratti di bisogni leggeri, la loro soddisfazione incide notevolmente sulla qualità di vita degli anziani fragili e sulla possibilità di invecchiare a casa propria in sicurezza. Se da una parte le risposte a titolarità pubblica hanno totalmente perso la funzione preventivo-promozionale che aveva incentivato l'attivazione degli interventi sociali a domicilio, dall'altra il sostegno informale fornito dalla famiglia non è sempre garantito.

Invecchiamento e limitazioni funzionali

Per la prima volta nella storia dell'uomo, la vecchiaia è un'età della vita potenzialmente accessibile a tutti. Se da una parte la longevità può essere considerata una conquista sociale, perché frutto del progresso economico e sanitario, dall'altra pone delle grandi sfide ai sistemi di welfare attuali per l'aumento delle persone a rischio di perdita di autonomia e salute (Giunco, 2014). L'**Italia**, in particolare, **vanta una delle maggiori percentuali di anziani in Europa**, (nel 2018 il 22,6%) sia per una netta diminuzione della natalità che per un repentino aumento della speranza di vita media che per le donne supera gli 85 anni e per gli uomini gli 80[1](ISTAT, 2018a).

La popolazione anziana è molto complessa e diversificata: se si stima che il 22,2% sia non autosufficiente (Fosti et al, 2017), la restante parte si divide tra anziani attivi e in buona salute e quelli che si trovano in una situazione di autonomia precaria, perché legata al permanere di determinate condizioni fisiche, intellettive e sociali. Quest'ultimi possono essere definiti **anziani fragili, in una condizione quindi di aumentata vulnerabilità che fa crescere il rischio di eventi negativi quali, ad esempio, l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione** (Pilotto, Ferrucci, 2011).

Il percorso che durante l'invecchiamento porta alla perdita di autonomia, oltre ad essere estremamente soggettivo, procede infatti per gradi. Se inizialmente ad essere compromesse sono le attività legate all'espressione di sé e alla socialità, le *Advanced Activities of Daily Living* (AADL), insorgono poi difficoltà nelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL). Quest'ultime comprendono attività quali la preparazione dei pasti, lo svolgimento di piccole commissioni e acquisti, la pulizia della casa e della biancheria, l'uso di mezzi di trasporto e del telefono, l'assunzione responsabile dei farmaci e la gestione delle proprie finanze. Infine, sono le limitazioni nelle *Activities of Daily Living* (ADL) a richiedere interventi di maggiore intensità assistenziale (Giunco, 2014).

I dati ISTAT[2]sulle condizioni di salute della popolazione ci offrono una panoramica sulla tipologia e sullo sviluppo delle limitazioni funzionali durante l'invecchiamento. Si differenziano quattro principali tipologie di limitazioni: quelle nelle attività della vita quotidiana, le ADL, che comprendono mettersi a letto, sedersi, vestirsi, lavarsi, mangiare da solo; quelle nel movimento, che creano problemi nel camminare, usare le scale, raccogliere oggetti da terra; le limitazioni di vista, parola e udito che rendono difficoltosa la comunicazione; infine il confinamento, quindi l'impossibilità di condurre a pieno una vita

sociale perché costretto a letto, su sedia o a rimanere nella propria abitazione per motivi fisici o psichici.

Come si nota in figura 1, le limitazioni interessano in quote decisamente maggiori gli anziani con più di 75 anni. Se infatti gli anziani con limitazioni funzionali tra i 65 ed i 69 anni sono il 5,1% rispetto a quelli della stessa classe di età, quelli tra i 75 ed i 79 sono il 18,2% mentre gli over 80 sono ben il 43,2%.

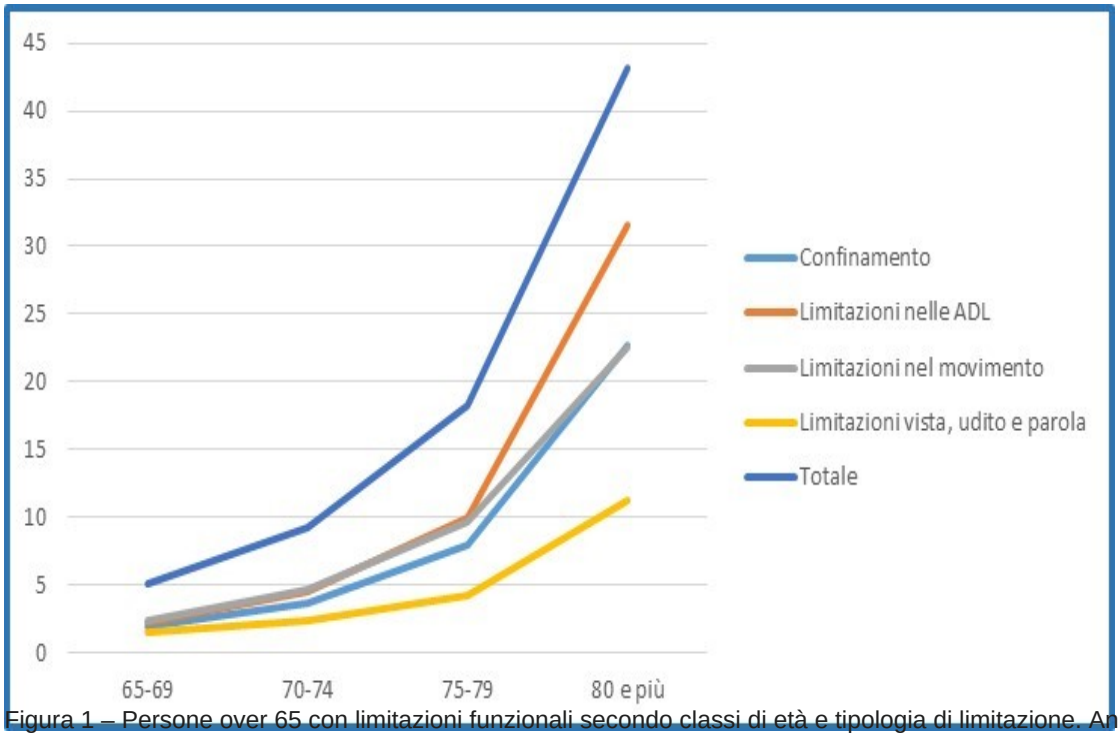


Figura 1 – Persone over 65 con limitazioni funzionali secondo classi di età e tipologia di limitazione. Anno 2013 (tassi standardizzati per 100 persone) (ISTAT, 2014)

Nella stessa figura possiamo anche osservare la tipologia di limitazioni per le diverse classi di età[3]. Si può constatare come le difficoltà legate allo svolgimento delle attività della vita quotidiana aumentino vertiginosamente dai 75 anni, in misura minore la condizione di isolamento e le limitazioni nel movimento, mentre le difficoltà dovute a limitazioni sensoriali sono meno diffuse in tutte le classi di età.

Le reti informali di sostegno

In Italia il caregiving informale, in particolare quello fornito dalla famiglia, rappresenta la vera spina dorsale del sistema di assistenza continuativa per anziani fragili e non autosufficienti; esso infatti regge ancora la maggior parte del carico di cura sebbene la sua resistenza sia precaria e sotto pressione. In particolare, **il caregiving informale gioca un ruolo fondamentale nel dare supporto alla gestione della quotidianità** sia per le ADL che per le IADL (Centola, 2016). I dati ISTAT[4] (2018b) più recenti sugli aiuti informali confermano che sono gli anziani soli ad aver ricevuto aiuto e sostegno rispettivamente alle attività domestiche, alla compagnia, all'accompagnamento, all'ospitalità e all'espletamento di pratiche burocratiche, in misura decisamente superiore alle altre tipologie familiari.

Bisogni leggeri a cui danno risposta prevalentemente e con maggiore frequenza donne sulla cinquantina che, non avendo più gli oneri di cura nella crescita dei propri figli, prestano aiuto ai genitori anziani e/o alle famiglie dei figli con minori di 14 anni. Se infatti l'incremento della speranza di vita ha aumentato il bacino di persone che hanno bisogno di aiuto, soprattutto i "grandi anziani", ha anche permesso che più persone, i cosiddetti "giovani anziani", siano nelle condizioni di prestare

assistenza. Lo stesso rapporto ISTAT ci mostra anche la composizione dei sostegni percepiti secondo le diverse fasce d'età (figura 2).

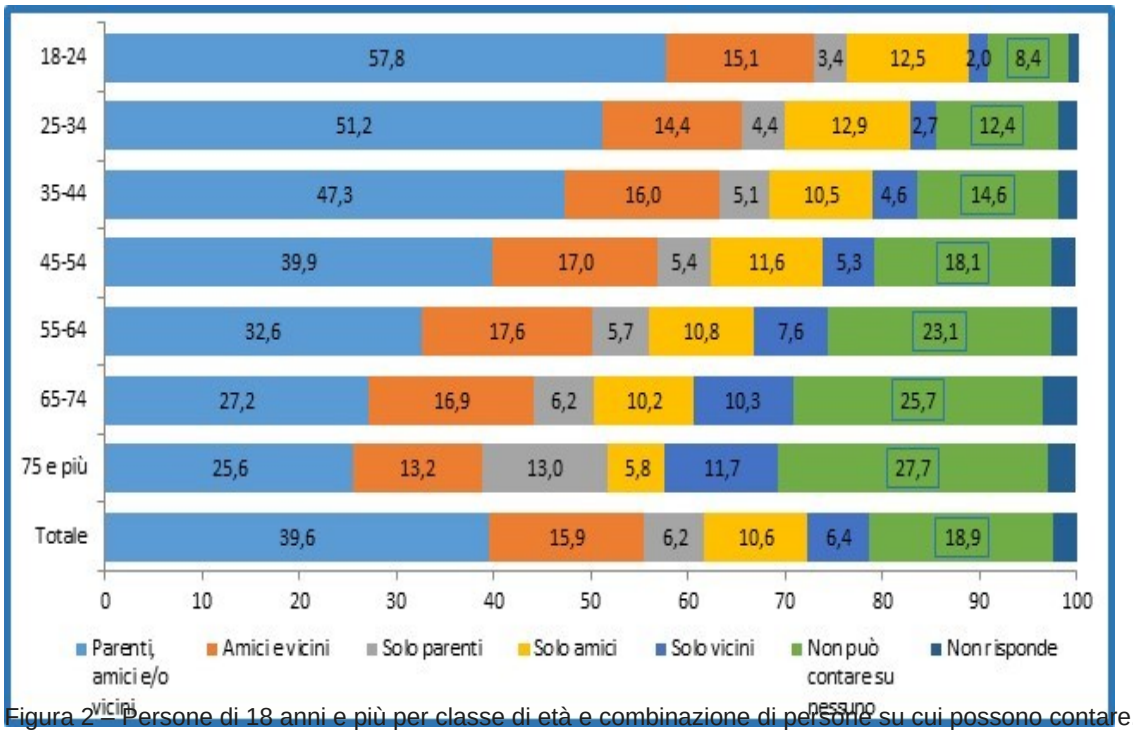


Figura 2 – Persone di 18 anni e più per classe di età e combinazione di persone su cui possono contare. Anno 2016 (valori percentuali) (ISTAT, 2018b)

Si nota immediatamente come al crescere dell'età diminuisca la percezione di avere una rete variegata di persone su cui poter fare affidamento; la percentuale infatti si dimezza dalla classe dei più giovani rispetto a quella dei più anziani. Al contrario, con gli anni aumentano sia le cosiddette "reti esclusive", costituite quindi da una sola categoria di persone, sia l'assenza di reti di sostegno che riguarda il 25,7% degli anziani tra i 65 e i 74 anni e il 27,7% degli ultrasettantenni.

Una quota considerevole di anziani sente quindi di non poter contare su nessuno proprio quando aumentano le difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. È dimostrato, tuttavia, che la presenza di reti familiari e comunitarie di supporto sia una delle precondizioni necessarie per permettere ad un anziano con limitazioni funzionali di invecchiare a casa propria con una buona qualità di vita (Rolls et al, 2010). Assieme alle condizioni strutturali dell'abitazione e a quelle materiali ed economiche dell'anziano, rappresenta un vero e proprio presupposto essenziale che, se assente o critico, può portare ad una serie di rischi in termini, ad esempio, di isolamento e abbandono (Sixsmith et al, 2014).

L'assistenza informale è certamente il modo economicamente più vantaggioso per favorire la permanenza a domicilio ed è anche probabile che diventi, in un futuro prossimo, sempre più rilevante in seguito ai cambiamenti demografici in atto, ai progressi del sistema sanitario, alle pressioni per il contenimento delle spese per le politiche di assistenza continuativa (Riedel, 2012). Tuttavia, la disponibilità di caregiver informali è strutturalmente molto bassa ed in diminuzione anche per un mutato concetto culturale di famiglia. Inoltre, non va sottovalutato come l'assistenza informale abbia dei costi o per l'individuo o per lo stato (Pickard et al, 2015). Sebbene l'attività di assistenza informale sia infatti spesso motivata da ragioni affettive, può essere così stressante e usurante da influenzare negativamente lo stato di salute dei caregiver ed avere impatti negativi sul lavoro e sul benessere sociale ed economico (Zigante, 2018).

Poter contare su reti informali di sostegno anche al di fuori della famiglia si dimostra quindi fondamentale sia per gli

anziani che non possono contare su nessuno, sia per quelli assistiti dai propri familiari. Quest'ultimi possono essere infatti alleggeriti, almeno in parte, dal carico di cura o comunque sentirsi meno soli nella sua gestione.

L'offerta pubblica

Per completare il quadro delineato sembra doveroso dare uno sguardo alle risposte formali destinate agli anziani, in particolare per quelli che vivono al proprio domicilio. **L'offerta a titolarità pubblica di interventi a favore della domiciliarità fornisce un supporto marginale e totalmente sbilanciato su erogazioni monetarie**, in primis l'indennità di accompagnamento che delega l'organizzazione dell'assistenza alla famiglia. Inoltre, gli anziani che usufruiscono dei servizi domiciliari sociali e sociosanitari possono di fatto contare su interventi sporadici e di bassa intensità assistenziale che richiedono necessariamente di essere cogestiti e integrati dai familiari.

Dalle interviste ad esperti nel settore sul tema dell'*ageing in place* e sulle possibili modalità organizzative per sostenerlo[5], sono emersi altri elementi interessanti. Innanzitutto, le famiglie sono spesso molto disorientate nel momento in cui i propri cari anziani iniziano a perdere autonomia nella gestione della propria persona e della quotidianità; non sanno a quale soggetto rivolgersi e quali sono i servizi e le prestazioni attivabili. Solitamente arrivano a formulare una domanda di aiuto quando la situazione è già grave e molto compromessa sia per lo stato di salute dell'anziano che per il livello di stress dei familiari. **Dalla parte dell'offerta è completamente assente un approccio proattivo** che cerchi quindi di intercettare il bisogno prima che questo si formalizzi in vera e propria domanda di aiuto. **I servizi**, inoltre, essendo concentrati su interventi puramente prestazionali, **lasciano completamente scoperti i bisogni più leggeri legati alla gestione della quotidianità.** Questi sono quindi a carico delle reti informali di supporto dell'anziano con i rischi e i problemi illustrati nel precedente paragrafo.

Gli esperti condividono quindi la necessità di riscoprire la funzione preventiva-promozionale degli interventi sociali che sostengono la domiciliarità. Emblematico il caso del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) che nasceva negli anni Settanta dall'iniziativa spontanea di alcuni Comuni del Nord Italia proprio per dare supporto al mantenimento delle abilità residue di anziani che non avevano particolari compromissioni di salute, bensì bisogno di compagnia e aiuto per la pulizia della casa o per commissioni domestiche. Oggi, oltre ad essere un servizio con una copertura decisamente marginale, è diventato, nella maggior parte dei casi, un servizio per la non autosufficienza conclamata che offre quasi esclusivamente prestazioni assistenziali di cura e igiene della persona (Tidoli, 2017). **L'offerta di risposte formali manca totalmente di quell'anello di congiunzione tra l'area invecchiamento attivo**, che si rivolge agli anziani attivi e in salute, e quella dei servizi domiciliari assistenziali e infermieristici, destinati ad anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Ci si è dunque chiesti se e in che modo le realtà locali si stanno muovendo per dare sostegno a quegli anziani che, non potendo contare su una ricca rete di supporti informali, necessitano di aiuto nella gestione della quotidianità. Per intercettare queste realtà sono stati passati in rassegna tutti gli articoli pubblicati negli ultimi dieci anni sulle principali riviste cartacee e online dei settori sociale e sociosanitario[6]che hanno a tema soluzioni organizzative a sostegno della permanenza a domicilio di anziani fragili e non autosufficienti nelle regioni del Centro e del Nord Italia.

Le soluzioni individuate sono presentate nei prossimi paragrafi secondo le diverse strategie messe in atto. Ad accomunarle è il tentativo di rafforzare e creare delle reti comunitarie di supporto in modo da ridurre il rischio di isolamento degli anziani più fragili. Senza alcuna pretesa di completezza e esaustività, si ritiene che queste esperienze possano essere utili stimoli nell'individuazione di soluzioni sostenibili che andranno necessariamente progettate e calibrate sulla base delle specificità territoriali.

Luoghi di incontro

In alcune realtà sono stati allestiti dei luoghi di incontro che non sono né circoli anziani né centri diurni, ma condividono aspetti di entrambi. Innanzitutto, si rivolgono a quella fascia di persone anziane che, nel momento in cui comincia a perdere autonomie nelle attività della vita quotidiana, si trova fondamentalmente sola. Un intervento di maggiore intensità assistenziale, come quello che offrono i centri diurni, sarebbe inappropriato e troppo costoso. Allo stesso tempo l'emergere di condizioni di fragilità rende difficile la loro autonoma partecipazione alle attività proposte dai circoli per anziani. Si configurano quindi come luoghi di ritrovo con finalità ricreative e di socializzazione ma in cui sono anche presenti figure professionali che, oltre ad avere funzioni di coordinamento e gestione, propongono attività finalizzate al mantenimento delle abilità residue e diventano anche dei punti di riferimento per il reperimento di informazioni sugli interventi e i servizi territoriali.

A Forlì, la cooperativa sociale "Paolo Babini", in collaborazione con il Comune di Forlì e l'Azienda AUSL, ha allestito il "Caffè per tutti", uno spazio di incontro che intende offrire un momento settimanale di socializzazione per costruire legami e contrastare l'isolamento e la solitudine soprattutto degli anziani, dei loro familiari o accompagnatori. Si tratta di un ambiente informale, usufruibile gratuitamente e in cui è possibile partecipare ad attività ludico-ricreative così come trovare informazioni e consigli sui servizi territoriali grazie alla presenza di due operatrici di quartiere e dell'assistente sociale della zona. Ciò permette di avvicinare i servizi ai cittadini e offrire loro un primo riferimento qualora dovesse emergere la necessità. La presenza di volontari permette di organizzare e proporre attività molto diversificate e di affiancare gli anziani che necessitano di maggiori attenzioni.

Il buon vicinato

Un'altra soluzione adottata da alcune realtà territoriali consiste nell'organizzare e coordinare l'azione di un bacino di volontari che prestano il proprio servizio direttamente al domicilio della persona anziana rispondendo alle necessità quotidiane che essa esprime.

A Biella il gruppo di volontariato vincenziano "San Giuseppe Onlus" ha in gestione lo sportello "Il Filo di Arianna" per il Consorzio intercomunale I.R.I.S.; esso coordina l'albo delle assistenti familiari, offre informazioni e servizi di buon vicinato. Sono una sessantina i volontari coinvolti in quest'ultima attività che consiste nel fornire gratuitamente piccoli servizi a favore di anziani parzialmente autosufficienti che vivono al proprio domicilio, come ad esempio trasporti per visite e commissioni, compagnia (anche telefonica), piccole riparazioni o la consegna pasti in collaborazione con i Servizi sociali. Lo sportello si occupa di raccogliere e smistare le richieste e si fa garante della continuità delle risposte e della loro adeguatezza e qualità. I volontari infatti, prima di iniziare il servizio, devono seguire una piccola formazione di base.

Una simile strategia è stata adottata dalla cooperativa sociale "Un Sogno per Tutti" che, su finanziamento della Compagnia di San Paolo, ha promosso il progetto "Ci vediamo" nel quartiere di Santa Rita a Torino. Una delle principali azioni consiste proprio nell'individuare, formare e supportare delle persone, chiamate "sentinelle", che si rendono disponibili a dare risposta a piccoli bisogni espressi dagli anziani della zona. Anche in questo caso l'attività di volontariato è collegata ad uno sportello che, oltre a raccogliere le esigenze degli anziani e coordinare il lavoro delle sentinelle, fornisce informazioni sia per quanto riguarda i Servizi sociali e sociosanitari che per altri servizi, ad esempio il trasporto, e iniziative ludico-aggregative per il tempo libero.

Un'organizzazione più complessa è quella promossa dal Comune di Bergamo dove le "sentinelle del quartiere" sono volontari che diventano un vero e proprio punto di riferimento per gli anziani che vivono nelle aree più fragili della città. Oltre ad offrire piccoli servizi, svolgono anche un'importante funzione di monitoraggio dello stato di salute e benessere e sono per questo periodicamente convocate dai Servizi sociali comunali. Operano inoltre a fianco di "custodi sociali", operatori ASA o OSS che forniscono prestazioni assistenziali, e di operatori di comunità che hanno il compito di leggere e cogliere le domande di aiuto inespresse ed attivare risposte immediate anche attraverso una forte sinergia tra attori pubblici e privati e le reti informali. Ciò permette di intercettare, con un approccio meno stigmatizzante ed informale, i bisogni prima del loro aggravarsi

e di facilitare l'accesso delle famiglie ai servizi locali qualora si rilevasse necessario.

Telefonia sociale

I servizi di telefonia sociale sono una soluzione efficace sia per contrastare il senso di solitudine e isolamento degli anziani fragili sia per monitorare il loro stato di salute, intercettare i bisogni inespressi ed attivare eventualmente le risposte necessarie.

L'associazione di volontariato "Auser" ha istituito un numero verde nazionale "Filo d'Argento" che devia le chiamate al punto di ascolto più vicino alla persona che chiama. In particolare, il servizio lombardo è disponibile 24 ore su 24 ed è collegato ad una rete di volontari che viene attivata per svolgere piccoli interventi di aiuto o di compagnia direttamente a domicilio. Per un anziano che vive solo è molto rassicurante sapere di avere un numero da chiamare in caso di necessità (Veneziani, 2009); può inoltre essere una strategia preventiva per intercettare precocemente situazioni di bisogno soprattutto quando è già presente una condizione di fragilità conclamata. A Bologna infatti il progetto "e-Care" offre un servizio di monitoraggio delle condizioni di salute attraverso delle chiamate periodiche ad anziani segnalati dai Servizi sociali e sanitari.

Il gruppo di operatori di un call center è stato formato appositamente per il contatto con le persone anziane e ha il compito di verificare, sulla base di una scheda personalizzata con tutte le caratteristiche sociali e sanitarie, se ci sono eventuali cambiamenti. Per il medesimo fine, i Comuni della provincia di Milano hanno innovato il servizio di teleassistenza aggiungendo la possibilità di usufruire di interventi integrativi quali il monitoraggio telefonico della terapia farmacologica e il "telesupporto". Quest'ultimo ha lo scopo di promuovere delle reti di aiuto più fitte per gli anziani in maggiore difficoltà, offrendo chiamate più frequenti o di maggiore durata e attivando sostegni informali per attività che non richiedono specifiche competenze professionali.

Promuovere corresponsabilità

Infine, sono state individuate delle esperienze che hanno lavorato per stimolare il contesto sociale di riferimento degli anziani a sentirsi corresponsabile del loro benessere e custodia.

Ad esempio, in Provincia di Verbano Cusio Ossola e in sette comuni del Novarese, il progetto "La cura è di casa" si è posto l'obiettivo di tessere una rete di supporto rivolta specificamente agli anziani vulnerabili, che mette in sinergia gli interventi di 23 partner pubblici e privati per offrire pacchetti di prestazioni leggere che prima venivano erogate in modo frammentato e separato. Si è quindi lavorato per ricomporre la filiera degli interventi di prevenzione della non autosufficienza coordinando tutti i soggetti formali e informali che operano già sul territorio e mobilitando la comunità stessa a sostenere il progetto attraverso attività di volontariato, con donazioni o organizzando eventi di *fundraising*. Una strategia che ha permesso di far accedere gli anziani fragili ad un unico sistema di interventi preventivo-promozionali ed assistenziali in cui possono usufruire di un pacchetto di servizi in base alle loro specifiche necessità. Questo può comprendere sia interventi che richiedono di essere svolti da specifiche figure professionali, come l'igiene e la cura della persona, sia attività che possono essere svolte da volontari, quali il disbrigo di piccole pratiche, accompagnamenti o compagnia.

Per offrire interventi con una copertura settimanale coerente con i bisogni dell'anziano è stato introdotto un sistema di pianificazione informatizzato su una piattaforma digitale che è accessibile a tutti i partner, anche ai volontari, e dovrebbe aiutare a razionalizzare meglio le risorse e favorire un monitoraggio più puntuale degli interventi. Questa nuova tipologia di offerta ha intercettato un target completamente nuovo che prima rimaneva fuori dal sistema dei servizi e tendenzialmente si gestiva in autonomia. Ora viene inserito in una filiera di interventi che cerca di dare risposta alle necessità degli anziani vulnerabili fino a quelle dei non autosufficienti. Il progetto opera infatti in collegamento con il SAD qualora i bisogni dell'anziano si complichino e con l'Unità di Valutazione Geriatrica quando gli interventi necessari sono anche di natura

sociosanitaria. La sfida ed il valore aggiunto di questa esperienza consistono anche nella costruzione e nel coordinamento di una rete di attori pubblici e privati secondo la logica delle “partnership paritarie”, in cui c’è una chiara divisione dei ruoli, ma ad ognuno è chiesta la stessa responsabilità.

Promuovere corresponsabilità è anche l’obiettivo che ha stimolato il Comune di Lecco ad istituire lo strumento del «patto di comunità» a favore delle persone più fragili del territorio, in primis gli anziani soli. Questo patto formalizza un accordo tra soggetti territoriali interessati, come associazioni, enti esercenti, farmacie, e una specifica area delle politiche sociali del Comune. I soggetti si prendono infatti un impegno che prevede lo scambio di risorse di tipo non economico come azioni di custodia sociale, scambio di informazioni o attenzione all’emergere di nuovi bisogni. Sono stati coinvolti enti e organizzazioni molto diversi che vanno da Confartigiano e Federparma fino al piccolo negozietto di quartiere che si rende disponibile a fare attività di monitoraggio per intercettare situazioni di eventuale bisogno.

Considerazioni conclusive

Dall’analisi di queste esperienze sono emerse soluzioni organizzative molto differenziate, ma accomunate dal mettere a sistema e sfruttare le risorse informali presenti nel contesto sociale. Tutte le esperienze, ad esempio, hanno coinvolto nella gestione e nella realizzazione delle attività dei volontari, per la maggior parte anziani attivi e in buona salute, che prestano gratuitamente il loro tempo e le loro competenze. L’obiettivo di queste esperienze è di **rafforzare le reti comunitarie** in modo che possano essere di supporto sia agli anziani soli che ai caregiver che si sentono spesso soli nella gestione dei carichi di cura. Momenti di socializzazioni, linee telefoniche, piccoli servizi che, oltre a fornire aiuto concreto e contrastare il rischio di isolamento, diventano l’occasione per monitorare lo stato di salute e benessere degli anziani e prevenire il loro aggravamento. Un’altra funzione di grande rilevanza (Notarnicola, Fosti, 2019) che svolgono queste esperienze consiste nel **porsi come un punto di riferimento sul territorio fornendo informazioni e agevolando l’eventuale attivazione di interventi di maggiore intensità assistenziale**. Attività di cui le famiglie degli anziani, in particolare, sentono molto la necessità soprattutto in un contesto come quello italiano dove l’organizzazione dei servizi è tanto frammentata e farraginosa da rendere difficoltoso lo stesso accesso.

A fronte di numerosi punti di forza, si percepisce però il rischio di una eccessiva frammentazione delle innovazioni, che trovano terreno fertile in specifici contesti territoriali e grazie a progetti e finanziamenti ad hoc. Quello che il nostro sistema di welfare per anziani necessita è dare stabilità e forma a nuove tipologie di risposte che, mettendo a regime le risorse territoriali presenti, sappiano riconoscere anche i bisogni più leggeri della popolazione anziana.

Photo by joyce huis on Unsplash

BIBLIOGRAFIA

Centola F., (2016), *Riconoscere e valorizzare i caregiver familiari nei sistemi di welfare europei*, in Welfare Oggi, n. 6, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. e Rotolo A., (2017), *Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l’assistenza ospedaliera per anziani non autosufficienti*, in CERGAS-SDA Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2017, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano, Egea, pp. 291-321

Giunco F., (2014), Abitare leggero verso una nuova generazione di servizi per anziani, Quaderno n. 17, Fondazione Cariplo

Notarnicola E., Fosti G., (2019), *Oltre la cura e l'assistenza. L'evoluzione dei bisogni delle famiglie e degli anziani rispetto all'informazione e al counselling,* I luoghi della cura online, n. 3

Pickard L., King D., Brimblecombe N., Knapp M. (2015), *The Effectiveness of Paid Services in Supporting Unpaid Carers' Employment in England*, Journal of Social Policy, 44(3), pp. 567–590

Pilotto A., Ferrucci L., (2011), *Verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale*, G Gerontol, 59, pp. 125-9

Riedel M., (2012), *Financial support for informal care provision in European countries: a short overview*, Health and Ageing Newsletter, 27, pp. 1-4

Rolls L., Seymour J.S., Froggatt K.A. e Hanratty B., (2010), *Older People Living Alone at the End of Life in the UK: Research and Policy Challenges*, «Palliative Medicine», vol. 25, n. 6, pp. 650-657

Sixsmith J., Sixsmith A., Malmgren Fänge A., Naumann D., Kucsera C., Tomsone S., Haak M., Dahlin-Ivanoff S. e Woolrych R. (2014), *Healthy Ageing and Home: The Perspective of Very Old People in Five European Countries*, «Social Science & Medicine», vol. 106, pp. 1-9

Tidoli R. (2017a), *La domiciliarità*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018,* a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna

Veneziani S., (2009), *La cittadinanza attiva e il contrasto alla solitudine L'esperienza della telefonia sociale di Auser*, I luoghi della cura, Dicembre

Zigante V. (2018), *Informal care in Europe*, European Commission, Brussels.