



VAI – Policy Brief N. 2

Autori

Marco Arlotti

Marco Amichetti

Gianluca De Angelis

Assunta Ingenito

Antonello Alici

Emma Espinosa

Vivere soli la vulnerabilità: abitare e salute degli anziani in contesti di vulnerabilità territoriale. Cosa sappiamo e quali implicazioni per le politiche pubbliche

Gli anziani soli rappresentano, oggi, circa un terzo della popolazione anziana: una quota che, peraltro, aumenterà sempre più nei prossimi decenni

Vivere soli non costituisce di per sé una condizione problematica. Lo può diventare se si intreccia con altre condizioni critiche, ad esempio sotto un profilo abitativo e/o di salute.

I racconti degli anziani intervistati mettono in luce una grande capacità di adattamento, fronteggiamento di fronte a problemi notevoli, direttamente connessi all'età anziana e al vivere soli.

Tuttavia, si tratta di capacità, risorse, energie non inesauribili. In termini complementari, occorre anche una strategia integrata di intervento pubblico: *multidimensionale, multilocalizzata e multilivello*.

Introduzione

Questo *policy brief* presenta e discute in ottica di *policy* il quadro delle evidenze empiriche emerse all'interno del progetto **VAI – Vulnerabilità abitativa e di salute degli Anziani in Italia**.

VAI è un progetto di ricerca interdisciplinare, finanziato dal bando a cascata di "**Age it- Ageing well in an ageing society (AGE-IT)**"; Spoke 1 - La demografia dell'invecchiamento.

VAI si sviluppa nel periodo Ottobre 2024-Ottobre 2025 ed è **coordinato** dal **DiSES** (Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali) dell'**Università Politecnica delle Marche**, con il **coinvolgimento** di altri dipartimenti della stessa università (**DICEA**, Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile e Architettura; **DISCLIMO** Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari), nonché con la collaborazione di **IRES**, Istituto di Ricerca Economica e Sociale.

Tutti i deliverables del progetto sono scaricabili dal sito: <https://vai.econ.univpm.it/>

Questo *policy brief* si rivolge a **decisori** e **stakeholders sociali** coinvolti nell'ambito della definizione e progettazione di **politiche** a **sostegno** della **popolazione anziana**.

Vivere soli l'età anziana in contesti di vulnerabilità territoriale: il quadro della ricerca

L'**invecchiamento** della popolazione costituisce uno dei **fenomeni** più **rilevanti**, e **centrali**, nelle società contemporanee. L'**Italia** rappresenta, a livello non solo europeo, ma internazionale, una delle **frontiere più avanzate** in questo profondo cambiamento sociale.

Sebbene occorra, di certo, **rifuggire** da **visioni estremiste**, e **catastrofiste**, che considerano unicamente l'**invecchiamento** in termini di **risvolti critici** e **problematici** al contempo, tuttavia, è necessario anche **cogliere** attentamente le **sfide** che ne discendono, al fine di garantire quanto più

la possibilità di **invecchiare bene**, sia nel presente che nel futuro, nella nostra società.

E' in questo quadro che, all'interno del progetto **VAI**, sono state indagate le condizioni di **vulnerabilità abitative** e di **salute** degli **anziani** che vivono **soli**, in **contesti** di **vulnerabilità territoriale**. Gli **anziani soli** rappresentano, oggi, **circa un terzo** della popolazione anziana: una quota che, peraltro, aumenterà sempre più nel corso dei prossimi decenni.

Di certo, il **vivere soli non costituisce** di per sé una condizione da cui, automaticamente, discende un **risvolto problematico** per il benessere della persona anziana. Talvolta, si tratta anche di una condizione voluta, e ricercata, dalle persone.

Ciò detto se, tale condizione, si **intreccia** con **altre condizioni critiche**, ad esempio sotto un profilo abitativo e/o di salute, allora la possibilità di un **impatto problematico** può di certo aumentare.

Per cercare di ricostruire ed analizzare più a fondo questi temi, è stata condotta una ricerca qualitativa, basata su **60 interviste semi-strutturate** con **anziani** che vivono **soli** in due regioni (**Emilia-Romagna** e **Marche**) e in **quattro contesti** territoriali che presentano tratti potenzialmente problematici sotto un profilo di **vulnerabilità territoriale**.

Due contesti in aree **urbane**, più precisamente **Bologna** ed **Ancona**, in **quartieri** caratterizzati dalla presenza, rilevante, di **edifici di edilizia pubblica**: un aspetto che, nel caso italiano, tende spesso ad associarsi con condizioni, potenziali, di **fragilità socio-economica territoriale**.

Due contesti in aree **rurali**, più precisamente nella **provincia di Bologna** e in quelle di **Fermo** e **Macerata**, che intrecciano problemi tipici delle aree interne, come **spopolamento** e **carenza di servizi**, ad altri derivanti da fenomeni di **fragilità**

territoriale (dissesto idrogeologico nel bolognese; terremoto nella zona del fermano/maceratese).

Le evidenze: il tema della vulnerabilità abitativa

Un primo tema approfondito ha riguardato la **condizione abitativa** degli anziani: è stato chiesto di descrivere l'**abitazione**, l'**edificio** e il **contesto** abitativo, soffermandosi sia su **elementi strutturali** (aspetti fisici, barriere architettoniche) che **relazionali** (rapporti di vicinato, legame con l'abitazione e con il contesto abitativo).

La casa

La quasi totalità delle persone anziane intervistate vive in **case di proprietà**, sia nell'ambito urbano che in quello rurale.

La **qualità** del patrimonio abitativo è **mediamente accettabile** nei **contesti urbani**, mentre nelle **aree rurali** sono state rilevate anche **case coloniche**, di scarsa qualità e manutenzione.

In modo trasversale, è stato rilevato un **legame profondo** con l'abitazione, influenzato da **fattori molteplici**: la lunga permanenza trascorsa nella stessa abitazione, l'insieme dei ricordi familiari, personali, sedimentati nel tempo.

C'è chi ha definito la casa "*la mia vita*" o "*il mio rifugio*". Nella quasi totalità dei casi, si **auspica** per il **futuro** di **continuare** ad **abitarvi**, fino alla fine ("*io voglio stare lì, e sto lì finché qualcuno mi viene a prendere*" ER_UR_10, M, 85) ("*io finché vivo non voglio lasciare casa mia... se vai in una casa di riposo per "campare" 10 anni ne campì 5*" MAR_RU_12, M, 86).

Sotto un profilo di **ampiezza**, la dimensione dell'abitazione viene **ritenuta**, in molti casi, **adeguata**, nel **presente**, ma anche in un'ottica **prospettica**. Ad esempio, la camera che era precedentemente dei figli/altri familiari viene considerata importante nell'eventualità futura di

dover necessitare di assistenza da parte di familiari o di assistenti familiari ("*C'è una camera da letto dove ora c'è il mio studio, ma che può essere utile in futuro se avrò bisogno della badante [...]*" ER_UR_01, F, 75).

Al contempo, il vivere soli crea, però, in diversi casi una situazione di **"sovrabbondanza"** di spazio rispetto ai bisogni effettivi (nelle aree rurali, si aggiunge la gestione delle pertinenze esterne), che può rappresentare per la persona anziana una **condizione critica**, sia nell'immediato ("*Eh beh, sto da solo...però non è che lo posso affittare...*" MAR_RU_11, M, 75); che in prospettiva ("*Non mi manca niente, solo che crescono gli anni e un po' di solitudine... la casa è grandicella. Fino ad ora ci sono vissuta bene, ora che arrivano gli acciacchi un po' meno*" MAR_RU_06, F, 87).

Un tema rilevante riguarda la questione delle **barriere architettoniche**.

A livello urbano, è stata segnalata in diversi casi la **manca di ascensori** negli edifici che rappresenta, ovviamente, una condizione di forte limitazione quando l'appartamento non è al piano terra.

Tale mancanza viene avvertita con maggiore **criticità** soprattutto a fronte del **progressivo incremento di limitazioni**, in termini di mobilità, di infortuni temporanei e nello svolgimento di azioni quotidiane come trasportare la spesa ("*La mancanza dell'ascensore è un problema perché inizia a diventare faticoso, soprattutto con la spesa e ora che inizio ad avere dei problemi di salute, ho male a un ginocchio, male a un piede...*" ER_UR_11, F, 71).

Nei contesti rurali, la **disposizione su più piani** delle abitazioni e la **presenza di scale** rappresenta, parimenti, un aspetto problematico, nel presente, ma di nuovo anche in termini prospettici ("*Il problema è questo: era la vecchia contadina, quindi sotto c'era la stalla e sopra c'erano le camere. Quindi*

per andare su le scale sono molto ripide. Non si sono potute modificare" MAR_RU_04, F, 70).

In diversi casi, inoltre, è stata rilevata una certa preoccupazione rispetto alla **sostenibilità economica delle spese** legate alla gestione della **casa**: bollette acqua, gas, elettricità, rifiuti, rate mutuo, oneri di ristrutturazione, altro legato ad imprevisti nonché, in particolare nelle aree rurali, costi connessi alla manutenzione di strade di accesso private, terreni circostanti che, se non adeguatamente mantenuti, finiscono per creare isolamento e accelerare il decadimento delle strutture abitative.

Tali spese rappresentano un **peso non irrilevante** per il reddito dei soggetti intervistati, tenendo conto che spesso (in particolare chi ha livelli più bassi di istruzione e ha svolto lavori manuali/operai) le **pensioni** sono di **importo modesto**. L'impatto di queste spese è, talvolta, rilevante e per **fronteggiarle** si attinge a **risparmi** accumulati con fatica e sacrifici nel corso del tempo (*"... come si dice, sono come una formica: ho messo da parte, poi se mi dovesse servire..."* MAR_UR_08, F, 78), oppure si adottano **strategie di riadattamento** dello stile di vita (*"... non vai più a cena, di qua e di là...ti riduci solo a pagare le bollette"* MAR_UR_09, M, 80) (*"Corrente, acqua, l'imu (del capannone agibile)... la pensione è bassissima. Devi tirare, non puoi levarti soddisfazioni...per dire, mi voglio comprare una mela, una pera: non la compro, perché non ci arrivo alla fine del mese"* MAR_RU_05, F, 87).

Le relazioni familiari, il vicinato e il contesto di riferimento

Benché soli, l'**abitare** degli anziani è **radicato** in un sistema complesso di **rapporti, relazioni**, che si sviluppano sia a livello **individuale**, che a livello del

contesto più complessivo nel quale essi risultano inseriti.

Ci sono innanzitutto i **rapporti** con i **familiari**, molto vari, che assumono **configurazioni** decisamente **eterogenee**, in termini di frequenza, intensità, a volte anche conflittualità, e su cui può influire – ma non dipende tutto da questo – anche il grado di **prossimità spaziale** (più forte nelle aree urbane, più debole in quelle rurali, dove la fuoriuscita delle generazioni più giovani è un processo strutturale).

Ci sono anche i **rapporti** di **vicinato**, che rappresentano un aspetto di fondamentale importanza nel radicamento relazionale degli anziani nel contesto abitativo, anche in termini di un **aiuto pratico**, concreto, in caso di bisogno (*"Ottimo...con tutti...se ho bisogno non mi faccio scrupoli nel suonare, tanto fanno loro..."* MAR_UR_13, F, 85).

Tuttavia, sono stati segnalati anche **cambiamenti** di rilievo.

Nelle **aree urbane**, per esempio, i racconti degli anziani mettono in evidenza dinamiche importanti di **trasformazione** degli assetti relazionali di vicinato, che sembrano **indebolire** il sistema di **reciprocità** e **mutuo-aiuto** (i rapporti di vicinato, in alcuni casi, si riducono a *"semplici saluti occasionali"*) anche a fronte dell'**entrata** di **nuove famiglie** con diverso background e stili di vita (*"Ci sono delle famiglie nell'insediamento che creano dei problemi e la cosa non viene considerata... Si sanno che i subentri sono tutti di persone di etnia diversa, fortunatamente non sono tutti uguali... Sul ricevere aiuto non posso contare su molte persone,* ER_UR_03, M, 83) (*"Quello in alto non lo vedo mai, la moglie porta il burka e un bambino appena nato...ci hanno smontato tutto il portone...quello vicino a me lavora ed è l'unico italiano che c'è...all'ultimo piano non c'è nessuno. Sono tutti stranieri quelli di sopra...Però ci*

vado d'accordo, anche se ci vediamo poco..." MAR_UR_04, F, 91).

Nelle **aree rurali**, invece, il processo marcato di **invecchiamento** si riversa anche sulla **rete di vicinato**, con gli stessi vicini che diventano sempre più anziani e con le giovani generazioni che tendono, come detto, ad abbandonare i contesti (*"Io con i vicini sto benissimo, nel senso ci aiutiamo, [...] Solo che il problema è che i vicini si stanno invecchiando, i figli dei vicini fanno tutt'altro"* MAR_RU_04, F, 70).

Il **contesto** di riferimento (il **quartiere** nelle **aree urbane**; il **borgo** o il **paese** nelle **aree rurali**) rappresenta un'ulteriore dimensione fondamentale che influisce sull'abitare della persona anziana.

Anche in questo caso, i racconti hanno messo in evidenza la presenza di un **legame profondo**, forte, degli anziani con i propri contesti, sebbene con **elementi di tensione e mutamento**.

C'è chi, ad esempio, nelle **aree urbane** ha teso a rimarcare un livello complessivo di forte soddisfazione, per la **presenza di servizi** e del **trasporto pubblico** che consente, anche a chi vive in aree fisicamente più periferiche, di muoversi con facilità. Al contempo, emerge anche un senso, crescente, di **insicurezza** e, a volte, di **frustrazione** verso un quartiere che non si riconosce più come quello di un tempo.

Qui si congiunge la percezione di fenomeni diffusi di **microcriminalità, immigrazione fuori controllo** (*"Ascolta, qui ci sono più afgani, indiani, ecc... che italiani...io cammino per strada e sono sola in mezzo a tutti questi...fanno una specie di ghetto...ogni tanto si sente qualche notizia, anche ieri su Ancona Today c'era scritto che si sono presi a botte...se tu cammini là in mezzo tu ti senti un afgano e loro sono italiani..."* MAR_UR_07, F, 82), così come elementi di **degrado strutturale** (incluse strade dissestate,

assenza marciapiedi, scarsa illuminazione) (*"Le strade sono un macello...pieno di buche...sono caduta due volte io...un disastro"* MAR_UR_10, F, 83).

Il tutto alimenta un **senso** crescente di **insicurezza** (*"Quanto è cambiato il quartiere, prima quanto mi piaceva, a partire dall'appartamento fino al quartiere, dopo c'è stato il degrado... Abitare qui mi piace, delle volte mi sento poco sicura, e mi dico: ma porca miseria non era così una volta..."* ER_UR_06, F, 80).

Nelle **aree rurali**, invece, il **problema** più rilevante riguarda l'**accessibilità**, e **raggiungibilità**, dei principali **servizi essenziali**, pubblici e privati (come alimentari, farmacie, medico di base, poste, ecc..) (*"Qui non c'è niente"* ER_RU_03, F, 78).

La **necessità** di ricorrere all'uso dell'**automobile** (per chi può), oppure ad una **richiesta** frequente di un **aiuto** a familiari, amici, vicini è, in queste aree, scontata anche a fronte della **manca**, spesso, di servizi di **trasporto pubblico** a **chiamata** in un contesto che vede, peraltro, una **dinamica** sempre più marcata di **deterioramento** rispetto al passato (*"In paese no... non c'è più niente. Prima c'era tutto...Mia figlia va a fare la spesa per lei e la fa pure per me... anche la posta è lontana, non ce la si fa...I servizi sanitari... dobbiamo andare a Montegiorgio, qui quello che c'era dentro al paese non c'è più"* MAR_RU_06, F, 87)

Le evidenze: il tema della vulnerabilità di salute

Per analizzare, in un'ottica multidimensionale la **vulnerabilità di salute**, è stato chiesto agli anziani intervistati di soffermarsi sulla propria **salute fisica** e **mentale**, sull'eventuale presenza di **malattie** e/o **limitazioni** nello svolgimento delle attività quotidiane.

Lo stato di salute

Sia nelle aree urbane che in quelle rurali, emerge una netta **prevalenza di patologie cardiovascolari**

come principali cause di malattie (cardiopatia ischemica, ipertensione unitamente ad ipercolesterolemia) e, a seguire, di **patologie metaboliche** quali, ad esempio, diabete mellito ed osteoporosi e patologie ad impronta neurologica. Nonostante ciò, le persone intervistate attribuiscono, complessivamente, al proprio stato di salute un **giudizio positivo o intermedio**

Quando la risposta sullo stato di salute è negativa ("sto male" o "va male") le ragioni sono da ricercarsi più che nelle patologie riferite, nel **disagio psicologico** dovuto a **perdite recenti**, alla recente **riduzione** dell'**autonomia** o alle **conseguenze**, sempre recenti, di **fenomeni** che hanno colpito i contesti di vita (come gli effetti del dissesto idrogeologico, nel caso delle aree rurali nel bolognese).

A ciò si aggiungono una serie di criticità, che riguardano, in particolare, le **difficoltà di accesso** (vedi liste d'attesa) ai **servizi sanitari**: un aspetto, in parte, che sembra più rilevante nei due contesti marchigiani (anche se segnalato in alcune interviste in Emilia-Romagna) e da cui discende o la **rinuncia** diretta alle prestazioni, oppure la **costrizione** di rivolgersi al **privato**, scelta non sempre possibile o ben accettata ("Molte cose devo farle a pagamento perché le liste d'attesa sono lunghe... poi prendo diversi farmaci al giorno e costano" ER_UR_07, F, 75) ("Mi sono trascurata su questo punto...però ecco, gli appuntamenti l'anno prossimo, tra sei mesi, otto mesi, devi richiamare... questo per me è il neo più critico: la sanità. Mi sono rivolta al privato quando non potevo farne a meno, altre volte ho rinunciato" MAR_RU_04, F, 70)

Le limitazioni funzionali

Sotto un profilo di **limitazioni funzionali**, le evidenze mettono in luce una condizione

tendenzialmente **non problematica** rispetto allo svolgimento di **attività di cura della persona**.

A questo proposito, le persone intervistate sottolineano spesso l'importanza di riuscire a svolgere la maggior parte delle attività di vita quotidiana in modo **autonomo**, ricorrendo a diverse **strategie di adattamento** (come sostituire i bottoni degli abiti con cerniere lampo per avere meno difficoltà nel vestirsi; recarsi dalla parrucchiera per lavare i capelli a causa di limitazioni nel muovere le braccia; inserire tutte le mattine i diversi farmaci in bicchierini su cui è apposto un adesivo con l'orario in modo da assumerle correttamente durante la giornata) e svolgendo attività ad un ritmo più "*lento*".

Le attività, invece, dove si registrano **maggiori criticità** sono il **trasporto** della **spesa** o il **raggiungimento** dei **servizi** per la salute, in particolare in **assenza** di un **mezzo privato** e/o dell'**ascensore**. In questi casi, l'aiuto viene fornito dai propri familiari, vicini, volontari o persone retribuite.

Lo stesso vale anche per lo **svolgimento** delle **attività domestiche** più **impegnative**, come per la pulizia delle finestre o dei soffitti. In questi casi il ricorso ad aiuti esterni è l'unica alternativa al far "*finta di non vedere*". Nei contesti abitativi rurali più isolati le faccende domestiche implicano anche il ricorso a professionisti per la potatura e il taglio del prato, per la manutenzione delle strade di accesso alle abitazioni private, che non sono asfaltate e restano escluse dagli appositi servizi comunali (come quello del spazzaneve).

Un tema di rilievo: la condizione psicologica e la solitudine

In un quadro che ha visto gli anziani intervistati raccontare di una condizione di salute, segnata dal tempo, ma comunque percepita, nel complesso,

positivamente anche per una certa capacità di svolgere, ancora, in modo autonomo buona parte delle attività di vita quotidiana emerge, tuttavia, un tema di rilievo che riguarda la **condizione psicologica**.

Momenti di **morale basso** e/o di **scarso interesse** nel fare delle cose sono stati, infatti, raccontati dalla maggior parte degli intervistati, tanto nei contesti urbani quanto in quelli rurali.

I **fattori** alla base sono **molteplici**.

Spesso sono associati a **ricordi** familiari, personali, come la perdita del coniuge, dei figli o di altri familiari e amici (*"Soprattutto con le date che mi ricordano mia figlia vado in crisi..."* ER_UR_06, F, 80). Oppure ad **eventi** di carattere sanitario (*"Sì sì...perché è nell'ultimo anno che sono caduta...Ero andata giù di morale...perché stare dentro casa da sola..."* MAR_UR_04, F, 91).

A questi si aggiunge una condizione di solitudine che rimanda alla **mancanza** di qualcuno con cui parlare, o alla **scarsa attenzione** da parte degli altri (*"lo mi faccio bastare quello che ho, perché mi accontento di tutto, però mi manca la compagnia, stare da sola non mi piace [...] la compagnia mi manca tanto"* MAR_RU_16, F, 80).

Talvolta, si tratta anche dei **familiari più stretti**, sebbene venga manifestata una certa consapevolezza rispetto agli impegni e alle loro esigenze di vita (*"Ogni tanto avrei piacere di vedere di più i nipoti perché difficilmente prendono il telefono per chiedermi come sto, capisco che non lo fanno apposta, e non è una pretesa che voglio che i miei figli glielo impongono... hanno tanti impegni, l'università, lo sport, la fidanzata..."*; ER_UR_03, M, 83).

In alcune circostanze, il contesto della **casa grande** e vuota funge da "moltiplicatore" di questo **senso** di **malessere**, di **solitudine**, che tende ad **accentuarsi** con maggiore forza alla **sera**, quando si rientra presso la propria abitazione e si è soli,

oppure nei **fine settimana**, quando le occasioni di aggregazione si riducono.

Strategie di adattamento e fronteggiamento

Anche se, una **quota rilevante** di anziani intervistati **trascorre**, prevalentemente, la maggior parte del proprio **tempo a casa**, svolgendo attività (lettura, parole crociate, uncinetto, lavori nei campi) o guardando la televisione (descritta come una fonte di compagnia: *"Guardo la televisione, è la mia compagnia..."* ER_UR_12, F, 91), talvolta anche in presenza di caratteri più riservati e/o di condizioni di salute/barriere strutturali di contesto che limitano la mobilità esterna, al contempo diversi anziani hanno manifestato un vero e proprio **bisogno** di **uscire** dalla loro abitazione (*"...perché a casa meno ci sto e meglio è, perché mi aumenta il senso di solitudine. Mangiare da solo, preparare il cibo da solo, cucinarlo mi fa crescere il senso di solitudine..."* MAR_RU_13, M, 71).

Dai racconti, infatti, si delinea come, indipendentemente dall'appartenenza all'area urbana o rurale e, verosimilmente, in relazione a quello che può essere inteso come fenomeno di adattamento all'invecchiamento, gli anziani adottino **strategie articolate** di **fronteggiamento**: vere e proprie terapie non farmacologiche o azioni di prevenzione, in autonomia, e in funzione del **mantenimento** di un **buono stato** di **salute**, sia fisica che psicologica.

Diversi, infatti, hanno raccontato di praticare una **attività fisica** supervisionata (palestra piscina, yoga) oppure (e più spesso) passeggiate, bicicletta, ballo.

Altro fenomeno significativo, sul benessere psicofisico, riguarda il **mantenimento** di **reti** di **amicizie**, così come l'importanza della **"rete sociale"**.

Nelle **aree urbane**, si tratta principalmente dell'impegno in **attività associative**, di **volontariato**, oppure la frequentazione di **centri di aggregazione e circoli** (*"Io è da 70 anni che vengo qui al Circolo, ho iniziato a giocare a bocce che avevo 15 anni e questa è la mia famiglia..."* ER_UR_10, M, 85).

Nelle **aree rurali**, invece, queste **realità** sono molto **meno diffuse**, oppure sono presenti in posti che vanno **necessariamente** raggiunti in **auto** (*"Però la socialità non c'è, se non hai un familiare che ti accompagna, ti sostiene, ti accudisce è la fine"* MAR_RU_04, F, 70). La funzione viene, dunque, assolta potenzialmente ed unicamente dal **vicinato** o da coloro che abbiano vissuto condizioni simili di trauma territoriale (come nel caso delle aree colpite dal dissesto idro-geologico).

Complessivamente, gli intervistati riconoscono il notevole **apporto** di questa **rete sociale** al loro **benessere**, sia psicologico che fisico, direttamente o indirettamente, grazie alla costruzione di **relazioni significative** e alla possibilità di **coltivare** le proprie **passioni** e di **sentirsi utili** alla vita della propria comunità (*"Vengo qui al sindacato la mattina e questo mi far star bene, perché mi sento utile...poi faccio parte di altre associazioni (Anpi, Libera)...ho bisogno di fare cose che mi facciano sentire bene..."* MAR_UR_11, F, 73).

In questi casi, sentendosi **parte** di una **comunità**, nell'intervista, la parola "solo e solitudine" viene raramente menzionata (*"Frequento un corso di ballo di gruppo qui in zona e poi faccio volontariato qui allo Spi, prima facevo volontariato in una casa di riposo poi ho smesso... mi aiutano a stare impegnata e a non stare sola"* ER_UR_07, F, 75).

Quali implicazioni per le politiche pubbliche?

Le evidenze empiriche del progetto **VAI** delineano uno scenario da cui discendono una serie di

indicazioni importanti, e strategiche, per le **politiche pubbliche**.

Anzitutto, emergono chiaramente i **limiti** di tutte quelle prospettive che assumono, acriticamente, il **binomio età anziana/bisogno di assistenza**.

La realtà, sostantiva, è decisamente più complessa. I racconti degli anziani intervistati, infatti, mettono in luce una grande **capacità di adattamento, fronteggiamento** di fronte a problemi notevoli, direttamente connessi all'età anziana e al vivere soli. Spesso, inoltre, gli anziani **contribuiscono** attivamente, con l'impegno volontario e associativo, al **benessere** dei contesti nei quali vivono.

Ciò detto, queste capacità, risorse, energie **non sono inesauribili** e, spesso, non sono pienamente in grado di corrispondere ai bisogni di vita: è, dunque, inevitabile l'attivazione di **complementarità**, in primo luogo il **supporto** fornito da **reti familiari** e di **vicinato**, ma non solo. Servono **politiche pubbliche**, per sostenere queste capacità e risorse che, altrimenti, rischiano di diventare **insostenibili** nel tempo e, peraltro, interessare in modo molto diverso, anziani e anziani, creando terreno fertile per una continua produzione e riproduzione delle **diseguaglianze sociali**.

E allora, che fare? Quali politiche occorrono?

Innanzitutto, sul versante **abitativo**, occorrono **politiche strutturali** che sostengano la **qualità dell'abitare**.

Di certo, nel corso degli anni, si è fatto già molto con gli interventi di sostegno alla riqualificazione del patrimonio abitativo, ma rimangono ancora aree significative di intervento.

Una di queste rimanda al contrasto delle **barriere architettoniche** che possono rappresentare sempre più, nel corso degli anni, per la persona anziana che vive sola, una condizione pesante di

intrappolamento e isolamento; così come **politiche redistributive** di sostegno ai costi dell'abitare (si veda la questione delle utenze che rappresenta una fonte notevole di preoccupazione e difficoltà).

In visione prospettica si tratta, inoltre, di definire sistemi di **supporto** alla **transizione abitativa** per chi non è più in grado di rimanere nelle proprie abitazioni senza, però, adottare approcci "rigidi", che non tengano conto dell'attaccamento alla casa e ai luoghi di vita. Il **contesto abitativo** è, infatti, un contesto di **senso, denso** di relazioni, ricordi che va quanto più **preservato e mantenuto**.

Altro tema rilevante è quello che riguarda l'**accessibilità** dei **servizi**, che potrebbe essere meglio sostenuta, in particolare nei **contesti rurali**, attraverso interventi che, da un lato, contrastino anzitutto la **desertificazione** di queste aree, in termini di funzioni pubbliche e private; dall'altro lato, attraverso la promozione di **servizi innovativi di sostegno alla mobilità**, come sistemi di trasporto a chiamata, in grado di ridurre la dipendenza dall'automobile e che consentano, almeno, un supporto ai trasferimenti da e verso i luoghi di cura e di aggregazione sociale.

Nelle **aree urbane**, un tema rilevante emerso è quello che riguarda il contrasto al **degrado** e alla **percezione**, crescente, di **insicurezza**, in edifici e quartieri profondamente trasformati, in termini di composizione socio-economica e culturale.

Qui le politiche *ordo e lex* non rappresentano, di certo, la soluzione a problemi che richiedono, invece, un lavoro più profondo, di **ricucitura**, di **ricostruzione**, non solo **fisica**, ma **sociale**: in altre parole, accanto ad interventi strutturali per migliorare la qualità dei contesti (vedi contrasto delle condizioni di degrado architettonico e urbano), occorrono anche **politiche** di "**prossimità**", attraverso azioni di **gestione** e **mediazione** delle

relazioni nei rapporti di vicinato (si pensi al tema degli ERP), così come interventi volti a sostenere e potenziare gli **spazi aggregativi**, e la loro accessibilità fisica e informativa, anche in funzione del contrasto alla solitudine.

E proprio questo tema, quello della **solitudine**, è emerso in modo dirompente dalle interviste.

Se, infatti, sotto un **profilo di salute** le persone anziane hanno raccontato una situazione che presenta indubbiamente i segni del tempo e che, pur mantenendo un certo livello di autonomia, richiede una particolare attenzione da parte delle politiche pubbliche (si veda le **liste d'attesa** e il fenomeno delle **rinunce**), d'altro canto un problema centrale è il **senso di abbandono, solitudine** che colpisce gli anziani.

Si tratta di situazioni molto complesse, profonde, ma di certo un aspetto che sembra molto importante riguarda il **dare un senso** alla **vita**, ritrovare **attenzioni e interessi**.

E qui entrano in campo le politiche, perché si tratta di **sostenere** la **presenza** e il **funzionamento**, anche capillare, di **circoli, centri ricreativi, associazioni** che possono creare le opportunità per sviluppare relazioni significative e di rafforzamento della percezione di **utilità sociale** degli anziani, contrastando il senso di solitudine, di abbandono.

In conclusione, si tratta di mettere in campo un insieme di interventi, che dovrebbero essere ispirati dai seguenti principi di fondo:

- **multidimensionalità**: ossia, interventi capaci di tenere conto della complessità delle condizioni di vita, degli aspetti più "oggettivi" del bisogno, ma anche di quelli più "soggettivi", che si legano ai bisogni, alle aspettative, al vissuto degli anziani;
- **multilocalizzazione**: ossia, interventi in grado di catturare le specificità dei contesti

nei quali gli anziani vivono cogliendo, di nuovo, la specificità dei bisogni, ma anche le risorse che possono essere attivate e valorizzate;

- **multilivello:** ossia, interventi in grado di coniugare, attraverso il coinvolgimento dei diversi livelli territoriali di governo (stato-regioni-comuni) azioni robuste, di “welfare redistributivo”, su scala macro, con azioni di “welfare diffuso”, su scala micro-territoriale.

L'inquadratura di questi interventi e principi, in una **strategia integrata di intervento pubblico**, in stretto **coordinamento** con gli **attori privati**, fra cui le organizzazioni sociali e di terzo settore, ponendo però particolare attenzione affinché si instauri una **reale sinergia virtuosa** che significa, per esempio, coniugare **qualità** dei **servizi** con **qualità** delle condizioni di **chi lavora** nei servizi stessi, può rappresentare la via per rendere possibile, a tutti, di **invecchiare bene** e in **modo inclusivo**, nel presente e nel futuro, della nostra società.

Per saperne di più...

VAI ha studiato il tema della vulnerabilità abitativa e di salute nella popolazione anziana, attraverso l'**integrazione di diverse metodologie** (quantitative e qualitative), in una prospettiva di integrazione fra **ricerca empirica** e **indicazioni di policy**, con riferimento specifico alla riduzione delle **diseguaglianze nell'invecchiamento**.

VAI – Policy Brief N. 1...

In un **primo policy brief** del progetto **VAI**, sono state riportate e discusse le **evidenze** per quanto riguarda la **vulnerabilità abitativa** e di **salute** degli **anziani in Italia** (che si può stimare fra **15-30%**, in termini di **abitativi**, e **17-30%**, in termini di **salute**). E' presente, inoltre, una certa **rilevanza** dei **fattori di diseguaglianza socio-economica e territoriale**: in particolare le **donne**, gli anziani a **più basso reddito** e chi vive nel **Mezzogiorno** presentano **condizioni di maggiore criticità**. Da tali evidenze scaturiscono una serie di **implicazioni** rilevanti sotto il profilo delle **politiche pubbliche**: integrare **misure economiche** con **interventi** volti al **rafforzare** le **competenze** e l'**accesso informativo**; promuovere politiche volte a contrastare le **diseguaglianze**, incluse quelle di **genere** e **territoriali**.

Riferimenti

Arlotti, M., Amichetti, M., De Angelis, G., Ingenito, A., Alici, A., Espinosa, E. (2025), Casi di studio interdisciplinari su profili critici VAA/VSA, WP3, progetto VAI - Vulnerabilità abitativa e di salute degli Anziani in Italia, Università Politecnica delle Marche, <https://vai.econ.univpm.it/index.php?id=9>

Contatti

Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali (DiSES)

Università Politecnica delle Marche

Piazzale Martelli, 8

60121 Ancona

Tel. +39 071 220 7094

Fax. +39 071 220 7102

m.arlotti@univpm.it

Ringraziamento

Un ringraziamento particolare va a tutte le persone che hanno offerto la loro disponibilità e il loro tempo per le interviste e nella condivisione, profonda e piena, della loro esperienza e prospettiva di vita. Si desidera, inoltre, ringraziare lo Spi Cgil, nonché gli Enti locali e le associazioni che hanno permesso il reclutamento e hanno fornito un apporto, organizzativo e logistico, fondamentale, senza il quale la ricerca non sarebbe stata possibile. Ciò detto, i punti di vista e le opinioni qui espresse sono esclusivamente attribuibili alla responsabilità degli autori.

Finanziamento

Il presente lavoro si colloca nel quadro delle attività svolte nell'ambito del Progetto di ricerca VAI - Vulnerabilità abitativa e di salute degli Anziani in Italia (Codice Unico di Progetto CUP B83C22004800006). VAI è una ricerca del progetto "Age it- Ageing well in an ageing society (AGE-IT)", codice progetto PE0000015, CUP B83C22004800006, finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 4 "Istruzione e Ricerca", Componente 2 "dalla Ricerca all'Impresa" - Investimento 1.3, finanziato dall'Unione Europea NextGenerationEU. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione Europea né la Commissione Europea possono essere ritenute responsabili per essi.