

Gli anziani fragili e l'emergenza COVID-19: elementi d'innovazione nel welfare locale¹

Sara Nanetti

Università Cattolica del Sacro Cuore

Giuseppe Monteduro

Università degli Studi del Molise

Matteo Moscatelli

Università Cattolica del Sacro Cuore

Riassunto

Il presente contributo intende evidenziare quale influenza hanno avuto le misure di distanziamento sociale dovute alla COVID-19 sull'organizzazione e sulla tipologia di servizi sociosanitari erogati agli anziani. I servizi agli anziani tradizionalmente indirizzati ai bisogni di non autosufficienza si stanno orientando verso un allargamento della platea di utenti, a fronte del riconoscimento della categoria di fragilità, come una delle nuove chiavi di lettura dei bisogni. Seguendo questa tendenza, in alcune regioni italiane, durante l'emergenza sanitaria si sono attivati processi di innovazione dei servizi alla persona. Tali processi possono essere letti attraverso tre linee direttrici: il potenziamento di nuovi interventi, una nuova organizzazione integrata dei servizi tra pubblica amministrazione ed enti di Terzo settore e, infine, l'empowerment delle reti informali.

Parole chiave: anziani, fragilità, welfare locale, COVID-19, terzo settore

Abstract. *The Frail Elderly and the COVID-19 Emergency: Elements of Innovation in Local Welfare*

This paper highlights how the social distancing measures due to COVID-19 have influenced organizations and the type of social and health services provided to elders. The interventions and services traditionally addressed to support elderly dependents are moving towards an expansion of the target, in the face of the recognition of frailty, as a new interpretation of the elderly social category. Following this trend, in some Italian regions, innovation processes have been activated during the COVID-19 emergency in personal care services. These processes can be read through three directions: the strengthening of new interventions, a new integrated organization of services operated by the public administration and Third sector and, finally, empowerment of informal networks.

Keywords: elderly, frailty, local welfare, COVID-19, third sector

DOI: 10.32049/RTSA.2020.2.16

1. Introduzione: l'emergere della fragilità

È da tempo nota la forte correlazione tra gli effetti sociali delle catastrofi (come terremoti, epidemie e carestie) e le ragioni della vulnerabilità (Wisner, 2004). Tali eventi, infatti, non colpiscono tutti i soggetti allo stesso modo. La sensibilità al rischio, le capacità individuali, così come le disegualianze di accesso alle risorse e alle opportunità di tutela,

¹ Ai fini di una più corretta attribuzione, i paragrafi 1 e 2 sono stati redatti e curati da Sara Nanetti; il paragrafo 3 e i relativi sottoparagrafi sono stati redatti e curati da Giuseppe Monteduro; il paragrafo 4 e i relativi sottoparagrafi sono stati redatti e curati da Matteo Moscatelli; mentre il paragrafo 5 è l'esito di una riflessione comune.

possono penalizzare determinati gruppi più di altri, rendendoli maggiormente vulnerabili. L'avvento di una catastrofe non solo porta in superficie le fragilità sociali preesistenti, ma richiede risposte puntuali da parte di esperti, governanti e organizzazioni, che tengano conto sia dei pericoli a cui possono andare incontro le persone, sia dei diversi livelli di vulnerabilità. Si apre pertanto, al centro dell'analisi sulle emergenze e sui rischi correlati, una più profonda riflessione sui sistemi sociali (Wisner e Henry, 1993, p. 127).

L'emergenza sanitaria scaturita dalla diffusione della COVID-19 ha prodotto effetti scarsamente prevedibili a livello globale, configurando una catastrofe inedita nel panorama contemporaneo: una pandemia internazionale². Il propagarsi del virus ha richiesto un importante intervento da parte della società civile, economica e politica. Da un lato, la stabilità della vita quotidiana è radicalmente mutata, in virtù delle misure di prevenzione e di contenimento; dall'altro, i sistemi economici e di governo hanno dovuto affrontare rispettivamente una forte recessione, sfide securitarie e di intervento senza precedenti.

Se è vero che i rischi emergenti da un evento catastrofico spesso rivelano ancor più chiaramente quelle condizioni di vulnerabilità preesistenti; nel corso della pandemia è possibile individuare una parte di popolazione particolarmente colpita dall'emergenza, sia sotto il profilo medico-sanitario, che psicologico e relazionale: gli anziani e in particolare gli anziani fragili. La situazione in cui versa la popolazione anziana è al centro dell'interesse pubblico, sia per la gravità delle implicazioni sanitarie in caso di contagio (si evidenzia, infatti, un maggiore rischio di contrarre una forma grave di infezione da COVID-19 all'aumentare dell'età), sia per le difficoltà nell'esercizio delle attività di vita quotidiana, in condizioni d'isolamento sociale.

Il presente contributo intende mettere in luce le implicazioni sociali e di governance dettate dall'emergenza. A partire dalla riflessione scaturita dal progetto *Redesign – frail elderly, intergenerational solidarity and ageing friendly communities*, che prospetta

2 Le caratteristiche distintive della pandemia configurano una catastrofe naturale su scala globale dettata da tre marcatori principali: *velocità di scala*, nella diffusione globale del virus; *gravità degli effetti sulla salute* della popolazione (il 20% dei casi è grave o critico, con un tasso di mortalità attualmente superiore al 3%, in aumento nei gruppi di età più avanzata e in quelli con determinate condizioni sottostanti); e *disturbi della società e dell'economia* provocati dalle misure atte a controllare la trasmissione (WHO, 2020).

un'indagine nazionale sulla condizione degli anziani fragili (con un target di età 75-84 anni)³, verrà sottolineata la natura della fragilità preesistente di una parte della popolazione. Nello specifico, dopo aver illustrato le caratteristiche della popolazione anziana e i correlati interventi di welfare nelle loro differenze regionali, sono state analizzate le proposte operative di tre delle quattro regioni coinvolte nel progetto Redesign (Lombardia, Veneto e Molise) che hanno apportato un'innovazione ai servizi preesistenti e/o azioni del tutto nuove ed originali.

2. La fragilità tra rischi e risorse

La fragilità degli anziani è da tempo al centro della riflessione scientifica di carattere medico e psico-sociale (Marcon *et al.*, 2010). L'attenzione teorica sul tema non ha mancato di produrre effetti concreti nella formulazione dei servizi nazionali e locali di welfare (Cavazza e Malvi, 2014). L'emergenza impone tuttavia un ripensamento sia della categoria sociologica di anziano fragile, sia degli interventi necessari per fronteggiare tale fenomeno entro un contesto sanitario e sociale altamente rischioso.

Da un punto di vista concettuale, la riflessione bio-psyco-sociale ha riconosciuto nella fragilità una condizione determinata da diversi indicatori (Gobbens *et al.*, 2010), in risposta alla quale possono essere disposte specifiche politiche di intervento, volte a rallentare il processo di progressiva fragilizzazione e impotenza sociale del soggetto (Giarelli, 2019; Lloyd, Grenier e Phillipson, 2017). Tale prospettiva, risponde ad una logica multidimensionale, quanto ai fattori determinanti la condizione di fragilità, che comprende aspetti fisiologici, funzionali, psicologici, relazionali, economici, culturali, spirituali e ambientali. La fragilità non si riduce pertanto ai soli fattori biologici e psicologici, interni al singolo individuo, ma si estende alle sue costruzioni sociali (Grenier, 2007), così come alle

³ La ricerca è finanziata da *Fondazione Cariplo* e coordinata dall'*Università Cattolica del Sacro Cuore* di Milano, in collaborazione con l'*Università di Verona* e l'*Università degli Studi del Molise*. Di seguito il link del progetto: <https://redesignanziani.com/> (15/04/2020).

relazioni interpersonali che stabiliscono importanti risorse per i soggetti (Bramanti e Meda, 2016).

In discontinuità rispetto ai precedenti approcci clinici o biomedici (Fried *et al.*, 2004), per l'estensione dei fattori connessi alla condizione di fragilità, la prospettiva bio-psico-sociale condivide con essi un medesimo orientamento di fondo. Entrambe le prospettive delineano una traiettoria lineare della condizione di fragilità, la quale si trova ad essere collocata all'interno di un continuum che va dalla piena autonomia del soggetto, dotato di capacità elevate e stabili, alla non autosufficienza, determinata da significative perdite di capacità.

Nel dibattito internazionale la fragilità pur non presentando una lettura univoca, si dispone ad essere intesa come una condizione di maggiore vulnerabilità dell'individuo agli stress. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la fragilità nei termini di un'estrema vulnerabilità a fattori di stress endogeni ed esogeni che espone un individuo a un rischio maggiore di esiti negativi per la salute (WHO, 2015, p. 227). La lettura della fragilità data dal Ministero della Salute (2010) mette in luce, ancor più chiaramente, le implicazioni assistenziali e di cura orientate a prevenire una possibile evoluzione disabilitante per il soggetto⁴. Queste due accezioni consentono di osservare più direttamente le implicazioni operative connesse al riconoscimento della categoria di fragilità nella vita anziana, che si fanno ancora più urgenti a fronte dell'emergenza sanitaria.

Il *Global Humanitarian Response Plan* (OCHA, 2020) nelle linee strategiche di risposta alla pandemia riserva una particolare attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili. La strategia, finalizzata al contenimento della pandemia e alla diminuzione della morbilità e mortalità, riporta come obiettivo prioritario un'adeguata preparazione della popolazione e dei sistemi sociali e sanitari, al fine di ridurre i rischi e proteggere i gruppi vulnerabili, compresi gli anziani e i soggetti con patologie pregresse. L'attenzione per la popolazione anziana risponde ad una preoccupazione e ad un appello proveniente da

⁴ La monografia sul tema dei *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*, intende «dimostrare che la condizione di fragilità, comunque definita, è di gran lunga il fattore di rischio più importante per il decadimento funzionale sia fisico che cognitivo, indipendentemente dalla diagnosi di malattia. Quindi, l'obiettivo degli interventi di prevenzione della disabilità nella popolazione anziana dovrebbe essere mirato a identificare i soggetti a "rischio", cioè i fragili, al fine di mettere in atto misure che possano prevenire l'evoluzione della fragilità in disabilità» (Ministero della Salute, 2010, p. 40).

numerose organizzazioni umanitarie, che hanno evidenziato la necessità di adottare azioni inclusive per garantire il loro benessere, in assenza del consueto supporto familiare o di prossimità. Secondo le linee-guida dell'organizzazione HelpAge (2020), le persone anziane rischiano di essere ulteriormente isolate rispetto al contesto sociale, incontrando difficoltà nella soddisfazione dei propri bisogni a causa di limiti fisici, sanitari, o strutturali. Sono inclusi tra i bisogni emergenziali quelli di base, di mobilità, di salute, psicologici e relazionali⁵. L'estensione dei bisogni risponde ad una rilettura multidimensionale della fragilità, che tiene conto dei diversi indicatori che concorrono ad una lettura sistemica e relazionale di tale condizione.

Nel contesto italiano, si evidenziano almeno due livelli di interventi diretti alla popolazione anziana: il primo, comunicativo e di indirizzo, si è rivolto sincronicamente agli anziani e alle loro reti familiari di supporto, nel tentativo di sostenere le ragioni del distanziamento sociale e dell'isolamento⁶; il secondo, operativo e locale (di cui si tratterà più diffusamente nel paragrafo 4), volto a dare risposta ai bisogni di cura della popolazione anziana nel contesto territoriale.

3. I servizi e gli interventi sociali agli anziani in Italia

La condizione di vita anziana, come appena descritta, presenta una molteplicità di caratteristiche, a cui fanno seguito una varietà d'interventi. Ora verranno brevemente

5 Questi ultimi rispondono ad un'emergenza ulteriore già registrata nel contesto cinese. L'isolamento sociale, oltre ad avere inciso su molti aspetti della vita quotidiana, ha generato problemi psicologici di ansia, depressioni e crisi di panico, specialmente nella popolazione anziana, in ragione della loro maggiore vulnerabilità e del venir meno delle reti di prossimità (Qiu *et al.*, 2020). Per contrastare tali conseguenze, viene sottolineata l'importanza del mantenere uno stile di vita attivo specialmente per la popolazione anziana. Si raccomandano programmi di attività fisica per gli anziani costretti a casa, in grado di apportare benefici diretti e indiretti a diversi organi e apparati, in modo tale da mantenere la funzionalità fisiologica dell'organismo contribuendo a contrastare le conseguenze mentali e fisiche della COVID-19 (Jiménez-Pavón, Carbonell-Baeza e Lavie C. J., 2020).

6 *Amare a distanza* è il video dedicato agli anziani che la casa di produzione Clevercut ha realizzato gratuitamente in collaborazione con l'Ufficio stampa dell'ISS, per invitare a stare accanto alle persone anziane in modo nuovo durante questa emergenza e proteggerle spiegando l'importanza del distanziamento sociale. Le parole che accompagnano i volti di Umberto, Alessandra, Mario ed Elena, che rappresentano la terza età, richiamano la necessità di mantenere le distanze dalle persone anziane al fine di limitare il rischio di contagio che potrebbe portare gravi conseguenze alla loro salute.

proposti quei servizi rivolti ai soggetti in condizione di non autosufficienza. Gli interventi si collocano pertanto all'interno di uno schema di tipo binario (anziani autosufficienti/anziani non autosufficienti) in cui la categoria della fragilità non rappresenta ancora, in maniera stabile, una chiave di lettura dei bisogni in grado di tradursi in politiche strutturali.

I servizi più significativi ed onerosi per il sistema di welfare riguardano le prestazioni monetarie come a) l'indennità di accompagnamento⁷ e b) gli interventi finalizzati ad assicurare forme di cura residenziale e/o domiciliare. Sul piano nazionale, la spesa italiana per politiche sociali nel 2017 è stata pari al 29,1% del PIL contro il 27,9% della media UE (ISTAT, 2020), ma se si escludono le spese derivanti dal sistema pensionistico e da quello sanitario «il nostro paese si colloca invece tra quelli con i livelli più bassi di spesa per servizi sociali» (ISTAT, 2020, p. 2) con un ammontare di risorse pari a 7 miliardi e 234 milioni di euro. La spesa pro-capite del 2017 per servizi ed interventi dei Comuni italiani è cresciuta di 3 euro (rispetto al 2016) raggiungendo quota 119 euro, mentre quella per anziani, nello stesso arco di tempo, ha registrato un aumento del 4,7%, attestandosi al 26,8% su base nazionale.

Le risorse destinate all'assistenza sociale della popolazione anziana non presentano livelli uniformi sul territorio nazionale: le percentuali di spesa per interventi e servizi dedicati agli anziani variano sensibilmente a seconda delle regioni considerate (tab. 1).

Regione	% di spesa per servizi agli anziani sul totale delle spese regionali per servizi sociali	Spesa regionale per interventi e servizi sociali (in milioni di euro)
Abruzzo	17,5	98.040
Basilicata	16,3	37,423
Calabria	23,1	47.934
Campania	18,9	340.843
Emilia-Romagna	23,6	915.175
Friuli-Venezia Giulia	30,4	404.446

⁷ L'ammontare è determinato dallo Stato centrale e la prestazione viene erogata dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), previa verifica delle condizioni di eleggibilità effettuate dalle aziende sanitarie locali mediante apposite commissioni con compiti di certificazione. L'assegno, che non ha criteri di condizionabilità economica o reddituale, per l'anno 2020 ammonta a 520,29€ mensili: nell'ultimo anno di rilevazione ISTAT gli assegni erogati sono stati pari a 1.513.085 e hanno interessato circa l'11% della stessa popolazione anziana.

Lazio	12,2	799,296
Liguria	22,7	233.208
Lombardia	18,9	1.501.303
Marche	25,5	200.686
Molise	14,9	18.627
Piemonte	21,7	674.241
Puglia	18,6	284.567
Sardegna	18,1	408.593
Sicilia	13,6	412.200
Toscana	32,9	651.977
Trentino-Alto Adige	44,9	533.993
Umbria	13,6	91.669
Valle d'Aosta	72,8	42.819
Veneto	48,9	1.380.388
ITALIA	26,8	9.077.079

Tab. 1 – Spesa regionale per anziani in termini complessivi e percentuali, anno 2016⁸.

Tale spesa sociale riguarda principalmente due tipologie di servizi: quelli a carattere residenziale e quelli a carattere domiciliare. In questi ambiti Regioni e Comuni (e/o ambiti territoriali sociali) detengono le prerogative normative e di intervento e le differenze territoriali si rendono evidenti non solo in termini di spesa ma anche di qualità del servizio erogato (Cannari e Franco, 2011).

Nell'assistenza in strutture, il confronto tra Regioni e welfare locali è più accessibile, mentre emerge una maggiore differenziazione e complessità nel quadro dei servizi extra-residenziali (cfr. par. 3.2). Infatti, gli orientamenti di politica sociale di ciascuna regione influiscono in misura più significativa sul welfare leggero (Monteduro, 2014), tenendo conto del differente apporto del Terzo settore in ogni singolo territorio (Gori, 2019), anche alla luce della recente riforma⁹.

⁸ Dati disponibili all'indirizzo web: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=22825#> (18/04/2020).

⁹ Legge 6 giugno 2016, n. 106 (*Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale*).

3.1 L'assistenza residenziale

Per gli interventi residenziali le risorse pubbliche impiegate (nel 2017) sono state pari a 1.535.472.396 (il 63,2% sul totale delle spese per gli anziani). Le voci principali riguardano i servizi prettamente residenziali che in Italia si strutturano, seppur nell'utilizzo di differenti terminologie (Network Non Autosufficienza, 2013), in due modalità: le strutture RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) e le Ra (Residenze Assistenziali).

Le prime rappresentano un «presidio residenziale sanitario extraospedaliero che offre, temporaneamente o permanentemente, ospitalità, prestazioni mediche, infermieristiche, di recupero funzionale e di riattivazione psicosociale» (Pesaresi e Simoncelli, 2008, p. 201). Le residenze assistenziali invece hanno un carattere sociale più che sanitario e possono essere concepite come Case Albergo, Casa-famiglia o in altre modalità: il cuore della residenzialità leggera, alternativa a quella tradizionale (RSA), include, seppur non integralmente, il concetto di fragilità degli anziani, così come espresso precedentemente. Nel nostro Paese l'offerta di residenzialità conta 301.020¹⁰ posti, comprensivi della residenzialità ad alto, medio, basso e assente intervento sanitario.

3.2 I servizi domiciliari e quelli di socializzazione

Accanto alla residenzialità si distinguono i servizi e gli interventi “leggeri” di welfare, caratterizzati sia dalla domiciliarizzazione dell'assistenza, sia dal sostegno alla socializzazione, orientati quindi al contrasto dell'esclusione sociale (uno degli obiettivi sanciti dal Global Age Friendly dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)¹¹.

L'elevata attenzione posta nei confronti della popolazione anziana e dell'assistenza ad essa dedicata è strettamente collegata alle dimensioni numeriche attuali (circa 13 milioni, pari al 22,83% della popolazione complessiva italiana) e previsionali (17,8 milioni nel

¹⁰ Dati del 2016 disponibili all'indirizzo web: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SPESESERSOC1# (18/04/2020).

¹¹ <https://www.who.int/ageing/age-friendly-environments/en/> (20/04/2020).

2035)¹². Le proiezioni demografiche fanno ipotizzare quindi una crescita significativa della domanda di assistenza LTC (*long term care*), che richiede una necessaria rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali.

Da più fronti si è già evidenziato come l'invecchiamento della popolazione comporti molteplici criticità sia nel sistema pensionistico che in quello sanitario e non da ultimo nell'assistenza sociale (Ranci e Pavolini, 2015). Proprio l'assistenza sociale riporta oggi molti limiti, correlati a) all'aumento dell'aspettativa di vita e quindi al mutamento dei bisogni sociali espressi dalla fascia di popolazione anziana; b) alla nuclearizzazione dei legami familiari (da sempre rete di sostegno primario e pilastro del nostro modello di welfare); c) all'aumento del numero di donne nel mercato del lavoro che «ha contribuito a erodere strutturalmente il serbatoio di risorse informali tradizionalmente impegnato nello svolgimento dei compiti di cura» (Arlotti e Aguilar Hendrickson, 2016, p. 48).

L'assistenza domiciliare è quindi un nodo sempre più complesso, in quanto la cura di un anziano grava direttamente sulla famiglia, non solo in termini di risorse economiche ma anche in relazione all'incidenza dei carichi di cura. In questi anni il fenomeno del badantato ha lasciato immutato l'aspetto della domiciliarità ma ha assunto il carattere dell'esternalizzazione della cura familiare (Balenzano e Moro, 2018). A questa complessità di cura si rivolgono le due principali misure domiciliari: l'*Assistenza domiciliare integrata* (ADI) e l'*Assistenza domiciliare* (AD).

L'*Assistenza domiciliare integrata* (introdotta nel 2001 come uno dei livelli essenziali di assistenza) è un servizio presente in tutte le Regioni che integra servizi di carattere sanitario con interventi di natura sociale effettuati presso il domicilio dell'anziano. L'obiettivo prioritario è quello di garantire all'anziano la possibilità di restare nel proprio domicilio acquisendo comunque quegli interventi di natura sanitaria che possono essere svolti fuori dalle strutture ospedaliere. Vengono, in questo caso, alleggerite le strutture sanitarie o di lungodegenza, garantendo al contempo quella dimensione di maggiore normalità e familiarità per l'anziano che può ridurre l'impatto psicologico della malattia.

12 I calcoli sono stati effettuati secondo le indicazioni pubblicate dal Parlamento Europeo nel *Global Trends to 2035*, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/603263/EPRS_STU\(2017\)603263_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/603263/EPRS_STU(2017)603263_EN.pdf) (20/04/2020).

L'*Assistenza domiciliare*, invece, ha come scopo quello di favorire l'autonomia (o il mantenimento della stessa) della persona, un'adeguata deambulazione, una corretta alimentazione e un'opportuna cura igienica: tali interventi mirano a garantire dignità sociale ed umana evitando che situazioni di ridotta autosufficienza scivolino verso condizioni di abbandono (Rossi e Bramanti, 2006).

Accanto agli interventi di cura della persona nei suoi bisogni materiali, sono presenti anche servizi finalizzati alla socializzazione della popolazione anziana: tali prestazioni si inseriscono nell'alveo di una delle principali missioni delle politiche sociali, ovvero l'inclusione sociale e il mantenimento di una cittadinanza attiva. L'anziano non viene pertanto ridotto a soggetto destinatario di interventi ma incluso come parte integrante e attiva dei servizi. Tra i servizi compresi in questa tipologia, il principale riguarda i centri polivalenti per anziani, luoghi di aggregazione in cui sono svolte attività per il mantenimento attivo della salute (ad esempio i corsi di ginnastica dolce) e per l'implementazione del circuito relazionale.

È principalmente in questa tipologia di interventi (domiciliari e di socializzazione) che a) l'organizzazione dei servizi territoriali, b) la presenza di un forte e sviluppato terzo settore, c) l'integrazione tra servizi di natura sanitaria e socio-assistenziale e d) lo sviluppo di innovazioni che facilitino la quotidianità dell'anziano e il suo mantenimento attivo anche da un punto di vista relazionale, rappresentano elementi significativi della differenziazione dei servizi sociali territoriali.

4. I cambiamenti nell'assistenza durante l'emergenza COVID-19: uno studio di caso in tre Regioni

In questo paragrafo si presentano le informazioni ricavate dallo studio di caso condotto su tre Regioni (Lombardia, Veneto e Molise), ognuna delle quali era già stata coinvolta nel progetto di ricerca *Redesign* sopra presentato. Sono state prese in considerazione nuove misure e innovazioni sociali introdotte nei servizi di assistenza sociale e socio-sanitaria, sia

di tipo residenziale che domiciliare, durante l'emergenza COVID-19. Un'attenzione specifica è stata dedicata allo studio della governance nelle nuove configurazioni che si sono attivate.

L'analisi dei dati di secondo livello è stata realizzata nei mesi di marzo e aprile considerando: i decreti nazionali, le delibere regionali, i rapporti e le iniziative rese note sui siti delle tre Regioni, di alcuni capoluoghi di Provincia (Milano, Verona, Isernia) e dei Centri di Servizio per il Volontariato (CSV) locali. Il gruppo di ricerca ha anche preso in considerazione l'assetto diversificato dei servizi, a fronte dei preesistenti piani di zona. Il materiale estratto è stato quindi organizzato in aree tematiche attraverso la rilevazione di isomorfie o di isotopie.

Gli interventi introdotti sono stati vari e numerosi per potenziare l'assistenza agli anziani fragili e dare risposta ai nuovi bisogni emersi durante l'emergenza da COVID-19. Le linee di cambiamento osservate si sono mosse principalmente verso tre direzioni (in alcuni casi, complementari tra di loro):

- a. il potenziamento dei servizi sociosanitari già attivi;
- b. l'attivazione di nuovi interventi sociosanitari per rispondere alle sfide poste dall'emergenza, organizzati attraverso un mix pubblico-terzo settore, ma con una forte governance operata dall'attore pubblico;
- c. il lavoro volto a rinforzare le reti primarie degli anziani.

Il potenziamento dei servizi (a) è stato differenziato territorialmente sulla base di molte variabili e in relazione alle strategie d'azione pregresse degli enti pubblici, specialmente in termini di ripartizione delle risorse¹³ e modalità di comunicazione (a livello inter-istituzionale e pubblico).

Se questo primo livello di cambiamento si è concentrato sulla riorganizzazione dell'offerta già in essere, la seconda e la terza direzione di cambiamento individuate hanno introdotto innovative modalità di azione, in grado di ripensare alcuni differenti e peculiari segmenti di welfare che si sono particolarmente attivati durante l'emergenza: il volontariato,

¹³ Per esempio, la Lombardia con la delibera Giunta Regionale 15 aprile 2020, n. 3054, ha ripartito un numero consistente di risorse del Fondo Nazionale per supportare la famiglia con figli piccoli, in continuità con il percorso intrapreso nel passato.

la casa (il welfare condominiale), le reti familiari e quelle di prossimità, intese come ambienti di vita (Marzulli e Moscatelli, 2017). In particolare, nella seconda direzione di cambiamento (b), è emersa con forza la motivazione all'azione volontaria della società civile, organizzata grazie al coordinamento dei servizi sociali, dei medici di medicina generale e degli ATS (Ambito Territoriale Sociale), in partnership con commercianti e organizzazioni del Terzo settore. L'idea alla base della collaborazione, applicata in una situazione tanto difficile, caratterizzata da problematiche multidimensionali, è stata quella di “sortirne insieme”.

Nelle tre Regioni sono stati individuati interventi innovativi a guida pubblica coordinati centralmente dai servizi sociali territoriali (il Centro Operativo Comunale), ma organizzati grazie ad un coinvolgimento capillare del Terzo settore. Rispetto alla terza direzione di cambiamento identificata dall'analisi (c), alcune iniziative hanno rivolto l'attenzione all'ambiente domestico, puntando sull'*empowerment* delle reti di prossimità e di vicinato per ricreare ambienti “complementari” ai servizi (Bramanti, Marzotto e Digrandi, 2015), atti a rinforzare la capacità funzionale e relazionale dell'anziano e a permettere un maggiore benessere.

4.1 Lombardia

La Regione Lombardia nel mese di marzo ha adottato molti provvedimenti per far fronte allo stato di emergenza nei propri territori, tra i più colpiti in Italia dall'epidemia. Per sostenere gli anziani nella propria casa è stato potenziato il servizio di consegna dei pasti a domicilio (con il permesso di “sforare” i parametri di bilancio), cercando di rinforzare e sostenere in vari modi, spesso su segnalazione dei medici, la rete primaria degli anziani, in particolare di quelli che hanno i figli malati o in quarantena altrove. Gli anziani in isolamento sanitario, in particolare con patologie croniche e senza reti sociali, hanno potuto

usufruire di servizi di solidarietà alimentare (buoni spesa¹⁴, “pronto spesa”, “negozi a casa”) e il servizio “pronto farmacia”¹⁵. Sono stati inoltre rimodulati i buoni di aiuto economico regionali per rispondere ai bisogni attuali. Come indicato nella seconda direzione sopra presentata (b), l’attivazione di nuovi interventi è stata possibile grazie al lavoro del Banco Alimentare, della Caritas¹⁶ e della Protezione Civile oltre che dalla creazione di una rete tra farmacie, medici di base, alcuni amministratori di condominio e commercianti. La regia di funzionari e operatori comunali all’interno dei servizi sociali, mediante un numero telefonico dedicato, ha permesso di creare un aggancio con gli anziani per raccogliere bisogni e dare risposte puntuali; ciò consentirà di monitorare nel tempo le situazioni, anche una volta superata la fase emergenziale. Il Terzo settore ha risposto numeroso e capillare con nuovi interventi, che sono stati realizzati con l’aiuto dei volontari e della società civile. In alcuni Comuni lombardi, con la collaborazione dei medici di base del territorio, l’*Auser* e/o la parrocchia hanno organizzato il servizio di prenotazione dei medicinali con recapito a domicilio. A Mantova, Cremona¹⁷, Lecco, Crema e Canegrate (MI), solo per citarne alcuni, è stato attivato, grazie all’*Auser*, un servizio di coordinamento per il recapito a domicilio di farmaci e della spesa, ma anche un servizio di ascolto telefonico (tele-compagnia), grazie al quale sono state contattate migliaia di persone settimanalmente. Questo ha consentito di aiutare gli over 65 e le persone prive di rete familiare e amicale poste in quarantena. In ambito culturale, invece, grazie alle Linee guida sui Beni Comuni e allo strumento dei Patti di Collaborazione sono state realizzate diverse attività promozionali e animative online, attraverso i social network, promosse in alcuni casi direttamente dai cittadini e, soprattutto nelle grandi città, anche attraverso i progetti dei bandi di quartiere.

Rispetto alla terza direzione di sviluppo dell’assistenza (c), la società civile si è attivata con diverse iniziative informali, come quella #StiamoVicini: un progetto che ha permesso ai

14 Buoni spendibili non solo nella media e grande distribuzione ma anche nei vari e piccoli “negozi di prossimità” per sostenere il commercio locale.

15 Con la circolare 10 marzo 2020, n.4.

16 L’ente ha destinato a nuove convenzioni, quote del Fondo di Solidarietà alimentare destinate ai centri di ascolto.

17 Attraverso la rete CremonaAiuta sono oltre 270 i volontari impegnati ad oggi nella distribuzione di pasti (153) e consegna di spese e farmaci (450) per cittadini e famiglie in stato di bisogno.

giovani di poter aiutare gli anziani che vivono nello stesso condominio in questo periodo di difficoltà, attraverso un protocollo d'azione definito e una comunicazione condivisa.

Sul versante più specificamente sociosanitario (nella prima direzione di cambiamento sopra indicata) i medici hanno riorientato la propria attività al fine di garantire lo svolgimento della sorveglianza su un maggior numero di propri assistiti attraverso la sperimentazione del servizio di tele-monitoraggio dei principali parametri vitali e la possibilità di video-consulti con il paziente e il caregiver.

Per quanto riguarda la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per far fronte alla fase acuta dei pazienti affetti da COVID-19¹⁸ gli ATS hanno inoltre individuato strutture autonome, da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti positivi e sono stati messi a disposizione i posti letto delle "cure extra ospedaliere" (tra cui anche quelli in RSA, aspetto che tuttavia pare aver creato delle complicità e ulteriori casi di contagio). La Regione ha istituito delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale finalizzate alla gestione domiciliare dei pazienti affetti o sospetti COVID-19 (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati)¹⁹. È stato poi definito un nuovo profilo ADI COVID con attivazione in capo al medico di base, per garantire un primo accesso dell'infermiere (con consegna di mascherine chirurgiche per l'assistito e il caregiver per i giorni di isolamento previsti). In questo contesto le attività educative, a cura degli educatori professionali, sono state sospese o rivalutate sia nei centri diurni che nei servizi residenziali, a favore di quelle infermieristiche. Considerato l'ingente incremento di pazienti assistiti domiciliariamente, sono state potenziate le Reti Locali di Cure Palliative (RLCP).

Un ulteriore provvedimento della Regione ha dato indicazioni alle RSA²⁰ per la gestione operativa degli ospiti e del loro personale per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza nell'ambito dell'emergenza (questione che tuttavia in Lombardia potrebbe essere stata gestita in modo non ottimale). APRIREnetwork, una rete bresciana pubblico-

18 Delibera Giunta Regionale 08 marzo 2020, n. 2906.

19 Ai sensi dell'art. 8 del decreto-legge 9 marzo 2020, n. 14 (*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*) e della delibera Giunta Regionale 23 marzo 2020, n. 2986.

20 Le strutture residenziali per anziani sono contesti particolarmente esposti al rischio di infezione da SARS-Cov-2, poiché gli anziani ospiti, oltre ad avere i fattori di rischio sopra riportati, sono generalmente più vulnerabili alle infezioni rispetto alla popolazione generale.

privata ha realizzato un documento contenente indicazioni su questo tema²¹. Secondo queste linee guida è necessario che le strutture dispongano di un piano d'azione che comprende cinque elementi chiave nella gestione delle RSA: 1) ridurre la morbilità e la mortalità tra le persone infette; 2) minimizzare la trasmissione; 3) garantire la protezione degli operatori sanitari; 4) mantenere il funzionamento del sistema sanitario; e 5) mantenere la comunicazione tra gli ospiti e i loro familiari.

4.2 Veneto

Anche in Veneto è stata prevista l'attivazione presso ogni Comune di un Centro Operativo Comunale al quale rispondono i volontari. Il Comune ha individuato i bisogni e le priorità di intervento e, soprattutto, organizza i servizi di assistenza a domicilio per le persone in quarantena domiciliare da svolgere, eventualmente, da personale appartenente al volontariato.

È stato cruciale il ruolo dei 7 Centri di Servizio per il Volontariato (CSV) del Veneto, che hanno creato opportunità di collaborazione tra il volontariato organizzato e non, oltre alla promozione di attività di sensibilizzazione e alla ricerca di nuovi volontari²², per formarli e sviluppare azioni innovative come quelle di ascolto, di sostegno telefonico di tipo sociale professionale, ma anche di tipo psicologico (l'Unità Locale Socio Sanitaria 9 è stata una delle prime a muoversi su questo versante).

La Regione Veneto ha riconosciuto ai Centri di Servizio per il Volontariato un ruolo cruciale in questa difficilissima fase. Le Linee guida per le attività del volontariato nell'ambito dell'emergenza COVID-19, che sono state inviate a tutti i sindaci, i direttori generali delle Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), Prefetture, presidenti dei CSV, degli

21 *Coronavirus: prevenzione e gestione nelle residenze sociosanitarie per anziani* è stato approvato dall'AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatria), AGE (Associazione Geriatri Extraospedalieri), SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio).

22 A Padova per esempio, capitale europea del volontariato 2020, a due settimane dall'avvio erano già più di 700 i volontari impegnati in *Per Padova noi ci siamo* il progetto realizzato da CSV, Comune e Diocesi per far fronte all'emergenza sanitaria legata al Coronavirus.

enti di terzo settore e della Conferenza del Volontariato, hanno definito una vera task force per garantire la possibilità di fruire di servizi di supporto assistenziale offerti dal volontariato, affinché le prestazioni dei volontari fossero ricollegate con gli enti pubblici territoriali competenti e svolte in totale sicurezza. Per far fronte ai bisogni e favorire un maggior coordinamento strategico ogni CSV è stato quindi agganciato al Centro operativo del Comune. È stata poi attivata la distribuzione dei Buoni Spesa a favore delle nuove categorie di cittadini in difficoltà a seguito dell'emergenza sanitaria, definendo criteri di assegnazione per la richiesta del contributo.

Anche in Veneto, l'Auser ha effettuato il servizio di spesa in collaborazione con farmacie e commercianti, oltre al servizio di pagamento delle bollette e altre necessità in base alle urgenze. In diversi comuni sono stati realizzati servizi in collaborazione con la Protezione Civile, che ha attivato un numero per le segnalazioni di carattere sociale. A Rovigo, per esempio, i volontari delle associazioni, identificabili con un tesserino e una casacca di riconoscimento, hanno portato la spesa all'ingresso del domicilio degli anziani.

Per quanto riguarda la prima direzione di cambiamento presa in considerazione (a), relativa al potenziamento dei servizi sociosanitari di assistenza già attivi, sono stati numerosi i decreti della Regione e le iniziative delle ULSS. In particolare, è parsa particolarmente efficace la comunicazione e la riorganizzazione regionale su tutto il versante sanitario.

Di recente sono stati diffusi anche video e vademecum specifici, che nelle altre Regioni appaiono meno diffusi, per esempio: sulla raccolta differenziata ai tempi del coronavirus (per evitare diffusione di materiale infetto); sul vaccino per l'influenza, per evitare la concomitanza delle malattie; infine, sul trattamento dei soggetti asmatici e allergici durante l'epidemia.

Diverse altre modalità di assistenza sociosanitaria sono state attivate con una gestione capillare, che ha rilevato alcuni punti di forza rispetto ad altre Regioni, in particolare rispetto alla vicina Lombardia (Marzulli, 2020).

I centri diurni sono stati ovviamente chiusi, mentre SAD e ADI sono stati riorganizzati. Nei servizi di residenzialità sono stati adottati accurati protocolli igienico sanitari preventivi²³, con sospensione degli eventi, delle attività di gruppo e delle attività aggregative, degli spostamenti, delle trasferte, degli appuntamenti, degli accessi dei visitatori, con la disposizione dei presidi tecnici necessari.

4.3 Molise

Anche il Molise si è attivato in tutte le tre direzioni sopra indicate, ma in questo caso seguendo soprattutto le indicazioni nazionali per quello che riguarda il potenziamento del settore socio-sanitario (a). In particolare, l'adeguamento è avvenuto rispetto alle direttive nazionali su servizi residenziali e ADI. Diverse sono state le ordinanze per aumentare i presidi nelle RSA e proteggere gli anziani, che in alcuni casi hanno avuto un impatto efficace. La Regione ha inoltre effettuato un costante monitoraggio dell'emergenza, rendendo disponibile periodicamente online un'infografica con dati dei diversi Comuni. Il territorio molisano si è inoltre caratterizzato per la ricerca di personale sanitario allo scopo di fronteggiare l'emergenza, dato che il fabbisogno di specialisti è aumentato oltre le capacità preventivate.

Particolare attenzione, date le caratteristiche socio-demografiche del territorio, è stata dedicata alla fragilità di tipo economico, con diverse ordinanze per sostenere il settore produttivo e le famiglie in condizione di povertà, molte delle quali composte da anziani. In data 8 aprile 2020, la Regione ha infatti istituito un Fondo regionale di solidarietà COVID-19, finalizzato all'attivazione di una misura straordinaria di sostegno per il pagamento delle utenze e/o del canone di locazione dell'abitazione di residenza per i nuclei familiari che si trovassero in evidenti situazioni di disagio economico, aggravate dall'emergenza. Le risorse sono state assegnate ai Comuni in misura proporzionale al numero di abitanti residenti (sui

²³ Sono 345 i decessi per coronavirus nelle case di riposo del Veneto al 19 aprile 2020, con un tasso di mortalità del 15,7%, circa la metà del tasso medio nazionale (fonte: ANSA e Bollettino ufficiale Veneto sull'andamento dell'epidemia del 19/04/2020).

dati ISTAT del 2019), stabilendo, altresì, un contributo minimo di 600 euro. Inoltre, come nelle altre Regioni, anche nei Comuni molisani, per esempio a Isernia, sono stati attivati i buoni spesa con l'istituzione di una graduatoria e la collaborazione di esercizi commerciali convenzionati. Questi interventi sono stati realizzati in sinergia con il terzo settore (b). Il CSV Molise ha pensato inoltre di lanciare una nuova campagna (*#esCoSoloperVoi*), con lo scopo di raccontare il legame tra volontari e le persone aiutate, avente l'obiettivo di diffondere uno spirito unitario e solidaristico: si tratta di foto e video che sono state inviate sui social e sui siti ufficiali delle tante organizzazioni di volontariato, che sono in prima linea per consegnare farmaci e alimenti, per donare mascherine a chi si occupa di trasportare malati, raccogliere sangue, allestire i diversi sistemi di aiuto che rientrano nell'ambito della Protezione civile.

4.4 Uno sguardo d'insieme

Le tre Regioni considerate hanno innovato l'offerta con intensità differenti e strategie personalizzate per i diversi ambiti. Tutte hanno seguito attentamente le indicazioni dei decreti nazionali, ma ognuna, con diversi gradi di intensità, ha investito anche su specifiche strategie locali di innovazione.

Se osserviamo le Regioni attraverso la lente della governance e ci concentriamo sulla qualità del partenariato tra pubbliche amministrazioni e terzo settore possiamo notare un'azione sicuramente fortificata e un esteso rinnovamento della collaborazione tra i servizi sociali e il privato sociale (Rossi e Boccacin, 2011). L'azione della partnership è mutata sia rispetto al vertice (rinnovamento della guida pubblica), che rispetto alla base (il privato sociale ha portato all'attenzione dei servizi i nuovi bisogni specifici dei territori locali) con una buona integrazione di tipo top-down. I vari attori sociali hanno infatti operato con una nuova sinergia, su sollecitazione dello stato emergenziale, dandosi nuove regole e criteri d'azione, utili anche per il prossimo futuro.

5. Conclusioni

La relazione tra gli effetti della pandemia e la figura dell'anziano, per di più fragile, ha generato nuovi processi emergenti legati sia alla riorganizzazione dei servizi sociali territoriali sia alla loro innovazione. Si è osservato un forte legame tra la condizione di fragilità e i rischi associati all'emergenza. Tali rischi, in accordo con una lettura sistemica e relazionale della fragilità nella vita anziana, si compongono di aspetti non solo strettamente sanitari, ma anche psicologici, relazionali e culturali. Alla luce della combinazione tra rischi sanitari e misure di isolamento sociale, appaiono significativi proprio quei caratteri soggettivi della fragilità, riferibili alla percezione dell'anziano e alle sue reti di prossimità. L'analisi dei servizi in risposta alla fragilità ha evidenziato come questi si differenziano dall'offerta della tradizionale assistenza sociosanitaria, facendo emergere così una pluralità di bisogni e la necessità di interventi differenziati. In tal senso, gli strumenti adottati, soprattutto nei territori maggiormente interessati dalla diffusione del virus, presentano carattere di innovatività, sia in relazione alla domiciliarità dei servizi, sia per quanto riguarda la governance degli stessi. Le esperienze regionali osservate hanno messo in luce tre direzioni specifiche di cambiamento. La morfogenesi degli interventi è avvenuta: innanzitutto, attraverso il potenziamento dell'offerta sociosanitaria; in secondo luogo, mediante nuovi interventi organizzati da una combinazione di attori pubblici e privati, a guida dei Centri Operativi Comunali; infine, grazie all'*empowerment* delle reti di prossimità e vicinato che ha consentito di realizzare alcuni obiettivi specifici. Dall'analisi dell'evoluzione dei servizi è emersa l'importanza di una triangolazione operativa che interessa le istituzioni, l'integrazione dei servizi e la partecipazione dei cittadini. Può pertanto favorire l'efficacia e l'efficienza degli interventi un sistema di risposte in grado di:

- 1) porre al centro l'istituzione, ovvero il soggetto pubblico che ha curato la governance e si è occupato della comunicazione, mantenendo la regia e facilitando le relazioni tra soggetti del territorio (Cesareo e Pavesi, 2019);
- 2) integrare i servizi sociali e sociosanitari, apparsi ancor più interdipendenti nel corso dell'emergenza;

3) stimolare la collaborazione e la partecipazione tra enti del terzo settore e cittadini per una solidarietà di prossimità a lungo termine.

Le risposte che si sono contraddistinte per un'elevata integrazione dei servizi e per una fattiva sinergia tra enti pubblici ed enti del terzo settore sembrano intercettare quei diversi livelli di bisogno che caratterizzano la condizione di fragilità nella vita anziana.

Il persistere della pandemia e le proiezioni demografiche richiedono di ri-organizzare sia i presidi residenziali con protocolli di protezione sempre più specifici, sia di assicurare una maggiore integrazione tra servizi residenziali e servizi domiciliari, con una particolare attenzione al sostegno dei carichi di cura familiari, non solo di carattere sanitario ma soprattutto socio-assistenziale, legati ad esempio a tutte quelle pratiche quotidiane di vita che in un soggetto anziano risultano di non facile affronto (Gasperi, 2016). Inoltre, le conseguenze del distanziamento sociale rischiano di isolare ancor di più i soggetti fragili ampliando di conseguenza anche i livelli di cura: se da un lato, i servizi domiciliari "materiali" rappresentano una risposta utile; dall'altro, le pratiche di natura relazionale, che vedono il protagonismo dei soggetti di Terzo settore, risultano di estrema rilevanza per il benessere complessivo dell'anziano. L'educazione all'utilizzo degli strumenti digitali assume un'eguale rilevanza per il mantenimento e il potenziamento delle reti sociali (Mostaghel, 2016). Il superamento del digital divide consentirebbe agli anziani di restare in contatto, attraverso tutte le forme garantite dalla tecnologia, con i propri familiari e con i propri legami affettivi.

Il percorso fin qui compiuto ha inteso fornire un quadro di sintesi dell'evoluzione avvenuta in seno ai servizi, rivolti alla popolazione anziana, mediante alcuni studi di caso, in un'ottica comparativa rispetto all'offerta preesistente e alla condizione di fragilità di alcuni soggetti anziani. Senza la pretesa di esaurire analiticamente la varietà delle proposte, ma con l'intento di aprire scenari di riflessione futura, la complessità relativa all'emergenza ha consentito di fare emergere (oltre ai rischi) nuove risorse che, attraverso strategie di integrazione e di governance, si misurano con forme di disuguaglianza preesistenti fornendo soluzioni innovative.

Bibliografia

- Arlotti M., Aguilar Hendrickson M. (2016). Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia e Spagna: assetti ed evoluzioni nel corso del periodo più recente. *Economia & lavoro*, 50, 3: 47. DOI: 10.7384/85919.
- Balenzano C., Moro G. (2018). Politiche sociali per la promozione del benessere familiare: compiti di cura e misure innovative nell'area del work-family balance. *Sociologia e Politiche Sociali*, 2: 95. DOI: 10.3280/SP2018-002005.
- Bramanti D., Marzotto C., Digrandi G., a cura di (2015). *Percorsi innovativi di assistenza domiciliare. Il progetto nazionale home care premium*. Trento: Erickson.
- Bramanti D., Meda S.G. (2016). Anziani giovani tra activity e fragilità: sfide e risorse connesse all'allungamento della vita. *Salute e società*, XIV, 2. DOI: 10.3280/SES2016-001010.
- Cannari L., Franco D. (2011). Il Mezzogiorno: ritardi, qualità dei servizi pubblici, politiche. *Stato e mercato*, 31, 1: 3. DOI: 10.1425/34544.
- Cavazza G., Malvi C., a cura di (2014). *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Cesareo V., Pavesi N., a cura di (2019). *Il welfare responsabile alla prova*. Milano: Vita & Pensiero.
- Fried L., Ferrucci L., Darer J., Williamson J., Anderson G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, 3: 255. DOI: 10.1093/gerona/59.3.m255.
- Gasperi E., a cura di (2016). *In dialogo con le fragilità nascoste degli anziani*, Milano: FrancoAngeli.
- Giarelli G. (2019). Oltre la non auto-sufficienza: dalla vulnerabilità alla fragilità della persona. In Giarelli G., Porcu S., a cura di, *Long-term Care e non auto-sufficienza. Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative*. Milano: FrancoAngeli.

- Gobbens R., van Assen M., Luijkx K., Wijnen-Sponselee M., Schols J. (2010). Determinants of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11, 5: 356. DOI: 10.1016/j.jamda.2009.11.008.
- Gori L. (2019). La riforma del Terzo settore e gli spazi di autonomia regionale. *Social Policies*, 6, 2: 317. DOI: 10.7389/94315.
- Grenier A. (2007). Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing and Society*, 27: 425. DOI: 10.1017/S0144686X06005782.
- HelpAge (2020). *Older People's Inclusion in the Global Humanitarian Response Plan (HRP) for COVID-19*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/HRP%20briefing%20and%20analysis.pdf> (10/04/2020).
- Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT (2020). *Report spesa sociale dei comuni*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.istat.it/it/files/2020/02/Report-Spesa-sociale-dei-comuni.pdf> (18/04/2020).
- Jiménez-Pavón D., Carbonell-Baeza A., Lavie C. J. (2020). Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 24 marzo, Online ahead of print. DOI: 10.1016/j.pcad.2020.03.009.
- Lloyd L., Grenier A., Phillipson C. (2017). Precarity in late life: Rethinking dementia as a 'frailled' old age. *Sociology of Health and Illness*, 39, 2: 318. DOI: 10.1111/1467-9566.12476.
- Marcon A., Accorsi A., Di Tommaso F., Falasca P., Berardo A., Quargnolo E. (2010). La fragilità nella popolazione anziana: analisi della letteratura dal 1983 al 2009. *Giornale di Gerontologia*, 58: 179. Testo disponibile all'indirizzo web: <http://www.jgerontology-geriatrics.com/wp-content/uploads/2016/02/marcon1.pdf> (16/05/2020).
- Marzulli M. (2020). Il sistema sanitario regionale lombardo alla prova del COVID-19. *Welfare Responsabile*, 4 e 8 aprile. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.welfareresponsabile.it/il-sistema-sanitario-regionale-lombardo-alla-prova-del-covid-19> (parte 1) e <https://www.welfareresponsabile.it/il-sistema-sanitario-regionale-lombardo-alla-prova-del-covid-19-parte-2> (parte 2, 16/05/2020).

- Marzulli M., Moscatelli M. (2017). Dalla crisi alla capacitazione: le forme innovative di welfare locale come risposta emergente. Una lettura trasversale. In Cesareo V., a cura di, *Welfare responsabile*. Milano: Vita & Pensiero.
- Ministero della Salute (2010). *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*. Quaderni del Ministero della Salute. Testo disponibile all'indirizzo web: http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_publicazioni_1703_allegato.pdf (16/05/2020).
- Monteduro G. (2014). Tra programmazione e gestione: l'orientamento politico come fattore (poco incidente) nelle politiche pubbliche locali. *Sociologia e politiche sociali*, 3: 127. DOI: 10.3280/SP2014-003007.
- Mostaghel R. (2016). Innovation and technology for the elderly: Systematic literature review. *Journal of Business Research*, 69, 11: 4896. DOI: 10.1016/j.jbusres.2016.04.049.
- Network Non Autosufficienza, a cura di (2013). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli editore.
- Pesaresi F., Simoncelli M. (2008). Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. *Tendenze nuove*, 8, 2: 199. DOI: 10.1450/26441.
- Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, 2: 1. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100213.
- Ranci C., Pavolini E., a cura di (2015). *Le politiche di welfare*. Bologna: il Mulino.
- Rossi G., Boccacin L. (2011). *Riflettere e agire relazionalmente. Terzo settore, partnership e buone pratiche nell'Italia che cambia*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli editore.
- Rossi G., Bramanti D., a cura di (2006). *Anziani non autosufficienti i servizi family friendly*. Milano: FrancoAngeli.
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - OCHA (2020). *Global Humanitarian Response Plan*. Ginevra: OCHA. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf> (10/04/2020).

- Wisner B. (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability, and disasters*. London: Routledge.
- Wisner B., Henry R.L. (1993). Disaster Vulnerability: Scale, Power and Daily Life, *GeoJournal*, 30, 2: 127. DOI: 10.1007/BF00808129.
- World Health Organization - WHO (2015). *World report on ageing and health*. Ginevra: World Health Organization. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> (10/04/2020).
- World Health Organization - WHO (2020). *Covid-19 strategy update*. Ginevra: World Health Organization. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-strategy-update---14-april-2020> (10/04/2020).