



Chapitre de livre

2015

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Il ricorso ai servizi domiciliari e il ruolo della famiglia nella quarta età

Masotti, Barbara; Oris, Michel

How to cite

MASOTTI, Barbara, ORIS, Michel. Il ricorso ai servizi domiciliari e il ruolo della famiglia nella quarta età. In: Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino. Giudici, Francesco and Cavalli, Stefano and Egloff, Michele and Masotti, Barbara (Ed.). Bellinzona, Switzerland : Ufficio di statistica, 2015. p. 87–110.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:87275>

5. IL RICORSO AI SERVIZI DOMICILIARI E IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA QUARTA ETÀ

Barbara Masotti

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Michel Oris

PNR LIVES, Università di Losanna e di Ginevra e CIGEV, Università di Ginevra

Di fronte a una vecchiaia sempre più lunga e diversificata, in Svizzera, come in altri paesi occidentali, il ricorso ai servizi di assistenza e cura a domicilio costituisce una realtà diffusa (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011; Ufficio federale di statistica, 2013). Se il trasferimento in casa per anziani giunge per molti il più tardi possibile – e spesso negli ultimissimi anni di vita (Cavalli, 2012) –, la possibilità di appoggiarsi a determinati servizi può infatti contribuire a garantire la permanenza a casa propria quando non si è più in grado di svolgere, in modo indipendente, una o più attività della vita quotidiana.

Oltre a rispondere al desiderio della maggior parte degli anziani, il mantenimento a domicilio è del resto una priorità politica del Paese in materia di vecchiaia da ormai una quindicina d'anni; una politica i cui obiettivi principali sono quelli di favorire l'autonomia della persona all'interno del proprio contesto familiare e, nel contempo, di contenere i costi della salute evitando trasferimenti inappropriati in strutture ospedaliere e residenziali (Hagmann & Fragnière, 1997). In linea con questo orientamento, il Ticino, così come altri Cantoni, ha attuato tutta una serie di misure volte a potenziare, organizzare e regolamentare l'offerta di prestazioni in questo settore.

Basandosi sui dati raccolti all'interno dell'indagine VLV (vedi Cap. 3), l'obiettivo di questo capitolo è quello di misurare e descrivere l'ampiezza e le peculiarità del fenomeno nel nostro Cantone, analizzando in primo luogo il ricorso ai servizi domiciliari da parte degli ultraottantenni che vivono a domicilio (dimensione del campione: 290 individui) e considerando poi la relazione tra gli stessi aiuti formali e il ruolo della famiglia quale fonte di aiuto informale^{1,2}.

Quanti e quali anziani oggi si appoggiano a questi servizi? Cosa li porta a richiedere un supporto esterno e cosa permette invece ad altri di continuare a vivere a casa propria senza averne bisogno? Esistono differenze tra le varie tipologie di aiuti presenti sul territorio (assistenza di tipo domestico-familiare, cure e servizi di appoggio)? Quanto conta la presenza o meno di una propria cerchia familiare e che tipo di relazione esiste tra le due reti di aiuto, quella informale e quella formale? E ancora, questi sostegni raggiungono chi ne ha bisogno indipendentemente dalle disuguaglianze sociali?

¹ Con “aiuti informali” ci si riferisce al supporto fornito dalla famiglia, dagli amici o da conoscenti. Gli “aiuti formali” sono invece gli aiuti forniti da organizzazioni pubbliche e private o di volontariato. Essi comprendono sia i servizi a domicilio, sia gli aiuti forniti all'interno di istituti specifici.

² I risultati presentati in questo capitolo provengono più particolarmente da una tesi di dottorato sul tema (Masotti, *in corso*) condotta presso l'Università di Ginevra sotto la direzione dei Professori Michel Oris (Università di Ginevra) e Fulvio Poletti (Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana).

Il ricorso alla rete formale: una specificità della quarta età

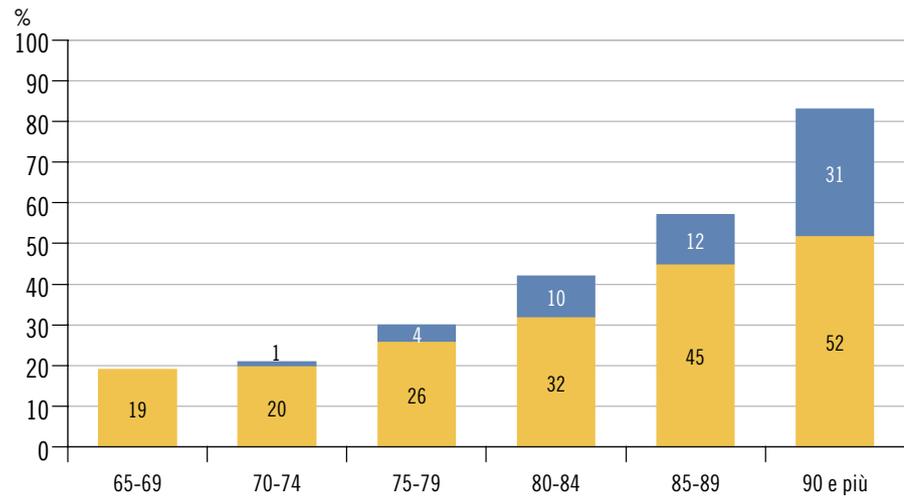
Più si avanza con l'età, più il rischio di sviluppare dei problemi di salute quotidiani, e di conseguenza dei bisogni ai quali si deve in un modo o nell'altro rispondere, è grande. Confrontando lo stato di salute della popolazione ticinese secondo i diversi gruppi di età, nel Capitolo 3 abbiamo visto come con l'avanzare dell'età, e in particolar modo a partire dalla soglia degli 80 anni, la presenza di persone indipendenti lascia via via spazio alle persone fragili e, dopo i 90 anni, a quelle dipendenti. Il ricorso alla rete formale in generale, e quindi sia ai servizi domiciliari sia agli aiuti percepiti all'interno delle case per anziani, rispecchia questa tendenza [F. 5.1]. Passando da un gruppo di età al successivo, infatti, il numero di chi beneficia di un'assistenza formale risulta maggiore. In particolare, è tra gli ultraottantenni che il ricorso agli aiuti è più importante. Inoltre, se fino ai 90 anni l'essenziale degli aiuti è fornito a domicilio, oltre questa soglia all'incirca due quinti di chi è aiutato lo è nel contesto di una casa per anziani.

F. 5.1

Il ricorso alla rete formale (servizi domiciliari e case per anziani) secondo l'età

Fonte: VLV

- Beneficiari dei servizi a domicilio
- Residenti in case per anziani



Considerando lo stato di salute, i grafici della figura [F.5.2] permettono di individuare importanti differenze tra chi vive a domicilio senza beneficiare dell'aiuto dei servizi (a), chi al contrario è aiutato da quest'ultimi a casa propria (b) e chi invece lo è all'interno di una casa per anziani (c). Tra i non beneficiari, se la maggioranza è indipendente, dopo gli 85 anni la presenza di fragili, e meno frequentemente di dipendenti, risulta più evidente. Al contrario, tra chi riceve i servizi a domicilio, la presenza di persone fragili e dipendenti è in generale maggiore ed è nettamente prevalente dopo gli 80 anni. Tranne qualche eccezione³, la maggior parte dei residenti in casa per anziani è infine fragile e soprattutto dipendente (vedi anche Cavalli, 2012).

Oltre a sottolineare un ricorso maggiore con l'arrivo della cosiddetta "quarta età", la cui soglia è comunemente posta a 80 anni, le tendenze presentate suggeriscono l'esistenza di un legame tra gli aiuti formali e lo stato di salute. È verosimile presupporre che, nella quarta età in particolare, un eventuale ricorso agli aiuti sia più direttamente legato alle naturali conseguenze dell'invecchiamento, e meno alla presenza di deficit o di malattie specifiche o, ancora, a un ricorso legato a un'abitudine presente già da molti anni, come può essere quella dell'affiancamento di personale domestico per la gestione corrente della propria abitazione. Al fine di osservare la realtà del ricorso ai servizi formali esistenti in Ticino quale misura indirizzata al mantenimento a domicilio, le analisi presentate nelle prossime pagine si concentreranno sugli anziani di 80 anni e oltre che vivono a casa propria (290 individui). Grazie alla procedura "proxy" (vedi Cap. 3), sono altresì rappresentati gli anziani non in grado di rispondere al questionario in ragione di determinati disturbi cognitivi; una fetta importante se consideriamo che quest'ultimi rappresentano all'incirca il 18% (51 individui) della popolazione considerata.

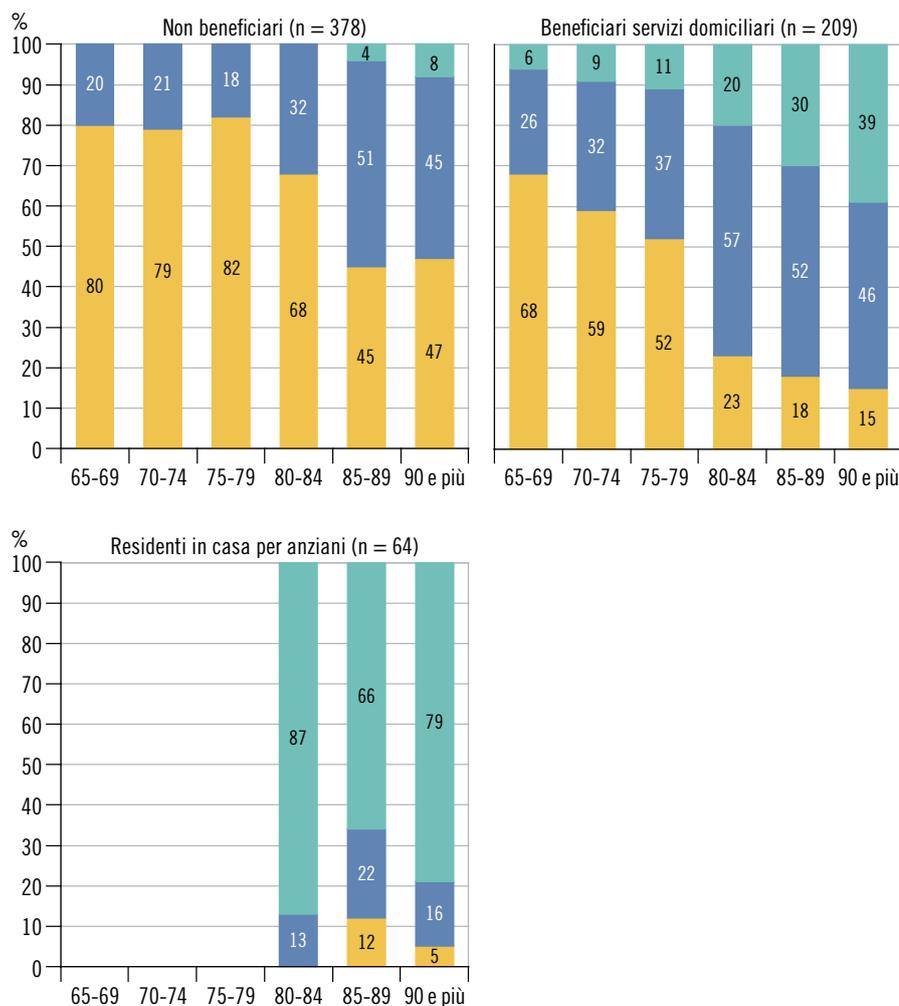
³ La presenza di alcune persone indipendenti tra i residenti più anziani è in parte una questione di tipo storico-generazionale. È infatti possibile che l'entrata in istituto di queste persone appartenenti oggi alle fasce d'età più avanzate corrisponda a un'epoca in cui la tendenza attuale a ritardare il più possibile il trasferimento in istituto e a promuovere il mantenimento a domicilio il più a lungo possibile non era ancora così diffusa. Più di oggi, i trasferimenti dal domicilio in casa anziani potevano allora avvenire anche in assenza di una dipendenza funzionale.

F. 5.2

Stato di salute, secondo l'età, tra non beneficiari, beneficiari dei servizi domiciliari e residenti in casa per anziani

Fonte: VLV

- Indipendente
- Fragile
- Dipendente



L'utilizzo degli aiuti domiciliari tra assistenza domestica, cure e servizi di appoggio: una prima fotografia

In che misura gli ultraottantenni che vivono a domicilio ricorrono ad aiuti di tipo formale? Attraverso una lista di servizi, ai partecipanti dell'inchiesta VLV è stato chiesto con che frequenza avessero ricevuto, nei tre mesi precedenti la somministrazione del questionario, l'aiuto di ciascuno di essi.

I servizi citati, d'interesse pubblico, privato o di natura volontaria, rispecchiano grossomodo l'offerta esistente sul territorio. La tabella [T. 5.1] ne illustra il ricorso suddividendoli in tre insiemi di prestazioni: l'assistenza di tipo domestico-familiare, le cure a domicilio e, infine, i servizi di appoggio.

Per quanto attiene alla prima categoria di aiuti, vi ritroviamo essenzialmente l'accompagnamento nella gestione delle attività di base della vita quotidiana (lavarsi, mangiare, alzarsi/sdraiarsi, vestirsi/svestirsi, spostarsi all'interno della propria abitazione) e nello svolgimento di mansioni specifiche legate all'economia domestica (fare il bucato, spolverare, rifare il letto, riordinare, stirare). Si tratta di prestazioni che sono fornite dai servizi di assistenza e cura a domicilio (di interesse pubblico o privato)⁴, ma anche da personale privato come le collaboratrici domestiche e le badanti (Solcà et al., 2013; Tognetti Bordogna, 2011) le quali, spesso convivendo con la persona, garantiscono un'assistenza continua. Le cure a domicilio, garantite anch'esse dai servizi come pure dagli infermieri indipendenti, ricoprono ambiti più specificatamente di tipo sanitario che vanno dall'assistenza nell'igiene

⁴ A fianco dei sei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) riconosciuti a livello cantonale e attribuiti ai singoli comprensori (Luganese, Malcantone e Veduggio, Mendrisiotto e Basso Ceresio, Tre Valli, Locarnese e Valle Maggia, Bellinzonese), in Ticino sono presenti una ventina di servizi privati, di cui la maggioranza ha sede nel Sottoceneri.

personale al controllo dei parametri vitali, dalla preparazione e somministrazione dei medicinali alle medicazioni e ai bendaggi. In questo sottoinsieme includiamo anche le cure di tipo riabilitativo prestate da fisioterapisti ed ergoterapisti in modo indipendente o per conto di una struttura ospedaliera. I servizi di appoggio, infine, si distinguono dagli altri gruppi di servizi in quanto, pur favorendone il mantenimento a domicilio, non prevedono un'assistenza diretta alla persona all'interno del suo spazio di vita. Vi ritroviamo i servizi di distribuzione pasti, le consulenze sociali inerenti ad esempio l'accesso ai servizi esistenti e i possibili sussidi, i centri diurni terapeutici e, infine, altri aiuti offerti da volontari di organizzazioni come Pro Senectute (Duvoisin et al., 2012; Egloff, 2012), Croce Rossa o altri ancora, i quali solitamente riguardano il trasporto e l'accompagnamento dal domicilio ai servizi di tipo medico-ospedaliero, associativi, o commerciali.

Per quanto riguarda l'onere di queste prestazioni, le cure medico-sanitarie sono generalmente coperte dall'assicurazione malattia di base. Le altre prestazioni invece, quando si rifanno agli enti riconosciuti ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) e quindi ai servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico (SACD) e ai servizi di appoggio, sono a carico dell'utente proporzionalmente al suo reddito e secondo il tariffario di tali servizi. Quest'ultimi possono inoltre essere in parte coperti da assicurazioni complementari private. Tra le misure adottate dal Cantone segnaliamo che vi sono pure dei sussidi, i quali si indirizzano più particolarmente alle persone con reddito modesto e fortemente dipendenti dalla presenza costante di familiari e terzi. Si tratta dei cosiddetti "aiuti diretti".⁵

⁵ Per maggiori informazioni sulle misure adottate dal Cantone nell'ottica di favorire il mantenimento a domicilio consultare il sito dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) del Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ticino (<http://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/ufficio/>).

T. 5.1

Natura e frequenza dell'utilizzo dei servizi domiciliari tra gli ultraottantenni (in %)

	Mai o quasi mai	Una volta al mese/ogni 15 giorni	Circa una volta a settimana	Tutti i giorni o quasi	Totale dei beneficiari
Assistenza domestica/familiare	63	7	20	10	37
Servizio di aiuto domestico e/o aiuto familiare	76	4	13	7	24
Domestico(a) e/o badante	80	3	11	6	20
Cure	77	2	12	9	23
Cure a domicilio e/o Infermiere(a) indipendente	81	2	9	8	19
Fisioterapia e/o ergoterapia	90	2	7	1	10
Servizi di appoggio	88	–	4	8	12
Pasti a domicilio	92	–	2	6	8
Volontari (trasporto)	95	–	1	4	5
Consulenza sociale	98	2	–	–	2
Centro diurno terapeutico	98	–	1	1	2
Almeno un servizio	54	7	20	19	46

Fonte: VLV

Dalla tabella [T. 5.1] emerge innanzitutto come quasi la metà (il 46%) degli ultraottantenni che vivono a domicilio riceve il supporto di almeno uno dei servizi citati, nella maggior parte dei casi con una frequenza almeno settimanale.

L'assistenza di tipo domestico/familiare è la più richiesta e riguarda, in misura quasi equivalente, le prestazioni fornite dal personale specializ-

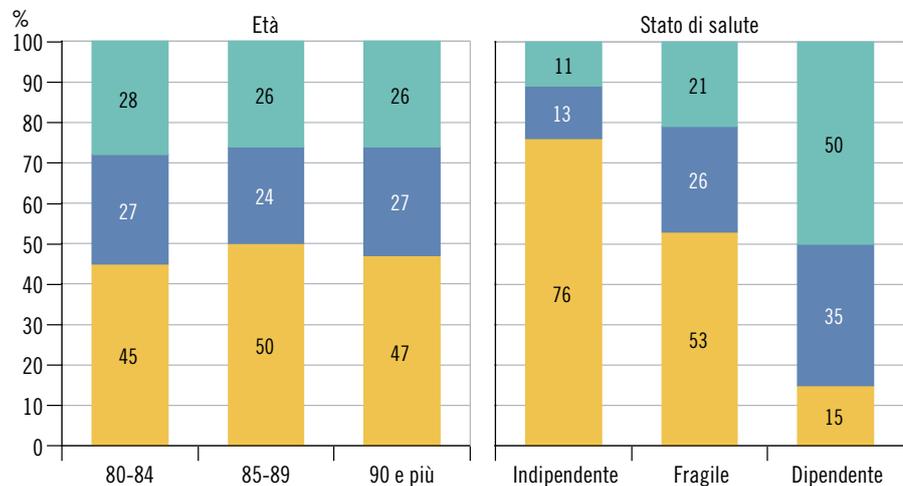
zato dei servizi di assistenza e cura a domicilio e quelle di domestiche private e/o badanti. Per quanto riguarda invece le cure, vi si appoggia all'incirca una persona su quattro e i servizi più sollecitati sono quelli di tipo infermieristico.

Tra i servizi di appoggio, richiesti da un ultraottantenne su otto, i più utilizzati sono i pasti a domicilio e gli aiuti, quali il trasporto, prestati dai volontari.

All'incirca la metà di chi beneficia di questi supporti – assistenza, cure o servizi di appoggio – ricorre a più prestazioni contemporaneamente. La combinazione più frequente associa le cure agli aiuti domestici, i quali al contrario sono spesso sollecitati quale unica prestazione. Il numero di aiuti è maggiore passando da uno stato di salute all'altro, restando invece costante nel confronto tra le fasce d'età [F. 5.3]. In particolare, i beneficiari dipendenti sono nettamente più numerosi: l'85% riceve più di un aiuto, e nel 50% dei casi riceve tre o più aiuti contemporaneamente.

F. 5.3
Numero di aiuti ricevuti tra i beneficiari (n=140) secondo il gruppo di età e lo stato di salute
 Fonte: VLV

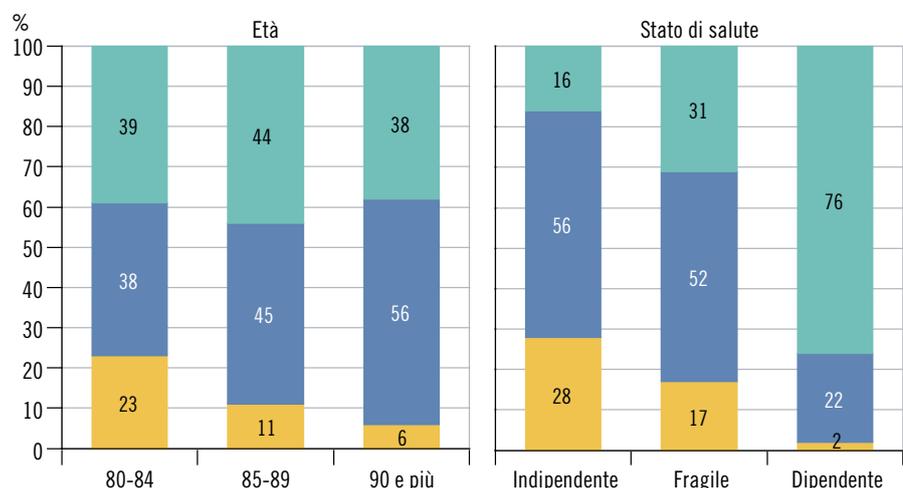
- Un aiuto
- Due aiuti
- Tre o più aiuti



Lo stesso si può dire rispetto alla frequenza di utilizzo degli aiuti [F. 5.4]. Se quest'ultima aumenta proporzionalmente mano a mano che ci si inoltra nella dipendenza, il confronto tra età non sottolinea differenze altrettanto incisive. Vediamo in particolare come tra i dipendenti l'utilizzo prevalente sia quello di un aiuto una volta al giorno.

F. 5.4
Frequenza degli aiuti ricevuti tra i beneficiari (n=140) secondo il gruppo di età e lo stato di salute
 Fonte: VLV

- Almeno un aiuto una volta al mese/ogni 15 gg
- Almeno un aiuto una volta a settimana
- Almeno un aiuto tutti i giorni o quasi



**I beneficiari dei servizi:
le caratteristiche
principali e i fattori
determinanti il ricorso**

L'allegato a p. 108 riprende i risultati di analisi bivariate in cui si osserva il legame tra il ricorso agli aiuti – in generale e per le tre categorie di prestazione – e le diverse caratteristiche della popolazione: quelle di tipo socio-demografico, quelle riguardanti la situazione familiare e, infine, i diversi indicatori della salute. Senza voler entrare nel dettaglio di questi risultati, ci limiteremo in questa sede a riprendere sommariamente le caratteristiche principali e distintive di quegli anziani che si appoggiano ai servizi. Il fine è poi quello di tornare ad approfondire determinati fattori una volta testato, attraverso analisi multivariate, il legame esistente tra di essi.

Ad essere maggiormente rappresentate tra i beneficiari sono, per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, le donne, le persone appartenenti ai gruppi di età più avanzati e ad uno statuto socio-economico piuttosto basso.⁶ Sorprende invece che non vi siano differenze significative tra chi vive in aree periferiche e chi invece in aree urbane; un dato che, al di là della possibile influenza di differenze culturali, evidenzia la capillarità dei servizi sul territorio ticinese.

Per quanto riguarda l'*entourage* familiare, se chi non si è sposato, chi vive solo e chi non ha figli è più spesso supportato dai servizi domestici e dai servizi d'appoggio, lo stesso non è riscontrabile per quanto riguarda le cure. Seppur di minor importanza, vi è una differenza anche tra chi ha contatti diretti frequenti con i propri cari (visite almeno settimanali da parte loro) e chi non li ha. Quest'ultimi sono più spesso supportati da aiuti formali, in particolare di tipo domestico. Il fatto di avere o meno dei fratelli e sorelle o nipoti di discendenza diretta non genera invece differenze significative.

Infine, in linea con quanto visto precedentemente, la salute funzionale origina differenze importanti: la dipendenza coincide nel 93% di casi con il ricorso ad almeno un servizio. In particolare, la differenza più grande tra indipendenti e dipendenti si riscontra nel ricorso alle cure. Differenze importanti e maggiori per quanto riguarda le cure emergono pure rispetto alla gestione delle attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living*), ovvero quei gesti della vita quotidiana che riguardano la gestione della vita domestica e richiedono maggiore indipendenza, fisica e cognitiva. Anche i fragili, rispetto agli indipendenti, sono maggiormente rappresentati tra i beneficiari degli aiuti formali e, soprattutto, tra chi ricorre alle cure. Le differenze più rilevanti riguardano la presenza di limitazioni in termini di mobilità e di energia. La percentuale di beneficiari è infine significativamente più elevata, in particolar modo nuovamente tra chi si appoggia alle cure medico-sanitarie, tra chi presenta difficoltà cognitive così come tra chi soffre di malattie o ha subito eventi quali cadute e ricoveri o, ancora, risente delle conseguenze di interventi o incidenti.

In estrema sintesi, il quadro che ne emerge è quello di un'utenza caratterizzata, oltre che da una salute fragile, da determinate vulnerabilità di status e in termini di *entourage* familiare.

Come anticipato, nelle prossime analisi entreranno maggiormente in merito nella discussione degli aspetti emersi chiedendoci quali di questi, una volta considerati insieme, costituiscono dei fattori determinanti che influiscono sul ricorso agli aiuti formali.

⁶ La differenza di genere nell'utilizzo degli aiuti è più marcata rispetto all'assistenza domestica, mentre per quanto riguarda lo status socio-economico, le differenze in termini di formazione e di professione sono significativamente maggiori nel ricorso alle cure e quelle di reddito nel ricorso agli aiuti domestici.

In linea con quanto visto fin qui, gli studi condotti in Svizzera sull'utilizzo dei servizi a domicilio tra le persone anziane convergono sull'importanza di un'analisi del fenomeno che tenga conto, insieme alla salute, della cerchia familiare e sociale della persona così come delle caratteristiche socio-demografiche che la distinguono (Armi, Guilley & Lalive d'Épinay, 2008; Höpflinger et al., 2011; Lalive d'Épinay, Bickel, Maystre & Vollenwyder, 2000). Attraverso delle regressioni logistiche⁷ abbiamo quindi preso in considerazione queste dimensioni misurandone l'effetto sul ricorso agli aiuti in generale e sulle tre tipologie di prestazioni (assistenza domestica-familiare, cure, servizi di appoggio). Nella tabella [T. 5.2] figurano unicamente quelle variabili indipendenti che, una volta testate nell'insieme, mantengono una significatività su almeno una delle quattro variabili dipendenti su cui è misurato l'effetto.

Concentrandoci inizialmente sul ricorso agli aiuti in generale, possiamo individuare tre insiemi di fattori significativamente determinanti: la progressiva perdita di autonomia nell'esercizio delle attività della vita quotidiana (di base e strumentali), l'aver vissuto eventi quali le cadute e le ospedalizzazioni e, infine, caratteristiche più strutturali quali l'età e il fatto di vivere soli [F. 5.6].

⁷ Il metodo della regressione logistica (Cox & Snell, 1989; Hosmer & Lemeshow, 1989) misura la probabilità di presentare un dato stato in funzione di diverse caratteristiche individuali. Nella tabella dei risultati i parametri sono espressi sotto forma esponenziale. Questi valori esprimono un "odds ratio" (O.R.). Il valore dell'O.R. è sempre positivo, inferiore o superiore a 1 secondo il senso della relazione tra le variabili (modalità) studiate. Vedi esempi di lettera nella tabella T. 5.2.

T. 5.2

Fattori determinanti del ricorso ai servizi domiciliari e secondo la tipologia di prestazione (risultati regressioni logistiche)

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica-familiare ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Genere	Donne	1	1	1	1
	Uomini	0,524	0,498 *	0,430	1,038
Età		1,186 ***	1,092 *	1,143 **	1,105 *
Economia domestica	Vive solo/a	1	1	1	1
	Convive	0,446 *	0,606	1,120	0,314 *
Visite dei famigliari	Rare o inesistenti	1	1	1	1
	Frequenti	0,532	0,482 *	0,655	1,258
ADL - limitazioni (score) ²		1,238 *	1,044	1,371 **	1,168
IADL - limitazioni (score) ³		1,125 **	1,087 *	1,117 **	0,999
Mobilità	Assenza di limitazioni	1	1	1	1
	Presenza di limitazioni	1,878	2,208 *	2,738 *	2,221
Energia	Assenza di limitazioni	1	1	1	1
	Presenza di limitazioni	1,421	1,044	0,938	3,568 **
Cadute	Nessuna	1	1	1	1
	Una o più	1,984 *	1,456	3,381 **	1,159
Ospedalizzazioni	Nessuna	1	1	1	1
	Una o più	2,808 **	1,113	2,930 **	2,759 *
Chi Square		129,18 ***	68,79 ***	134,68 ***	49,19 ***

Esempio di lettura 1 (variabile categoriale): l'odds ratio di 0,498 per la categoria "uomini" della variabile "genere" (seconda riga della seconda colonna) indica che, rispetto alle donne, gli uomini hanno circa il 50% ($1-0,498=0,47$) in meno di probabilità, di ricevere aiuti formali di tipo domestico/famigliare.

Esempio di lettura 2 (variabile numerica): un odds ratio di 1.186 per la variabile "età" (seconda riga della prima colonna) significa che ogni anno in più aumenta la probabilità di ricevere aiuti di tipo formale del 19%.

* = sig. $\leq 0,05$; ** = sig. $\leq 0,01$; *** = sig. $\leq 0,001$.

¹ Per ognuna delle categorie considerate (servizi domiciliari, assistenza domestica, cure, servizi d'appoggio) il ricorso si riferisce all'utilizzo di almeno una delle prestazioni in esse contenute.

² Lo score delle attività di base della vita quotidiana va da 0 a 10 e risulta dalla somma delle categorie "indipendente" (lo fa da solo/a senza troppe difficoltà), "in difficoltà" (lo fa da solo/a, ma con difficoltà), "dipendente" (non può farlo da solo/a) per ognuna delle cinque ADL.

³ Lo score delle attività strumentali della vita quotidiana va da 0 a 16 e risulta dalla somma delle categorie "indipendente", "con aiuto", "dipendente" per ognuna delle otto IADL considerate.

Per quanto riguarda la salute, gli indicatori che contemporaneamente mantengono un effetto discriminante sono quindi il livello di dipendenza funzionale e nelle attività strumentali della vita domestica. Ogni limitazione in più nel compiere le cinque attività di base (ADL) aumenta la probabilità di ricorrere ad aiuti esterni del 24% (OR = 1,238*), mentre ogni limitazione in più nelle otto attività strumentali (IADL) incide del 12% (OR = 1,125**). Analisi più specifiche sulle attività in questione hanno mostrato un effetto particolarmente importante relativo alla cura della propria igiene personale e agli spostamenti da una stanza all'altra per quanto riguarda le attività di base, mentre nelle attività strumentali ritroviamo, in ordine di importanza, le pulizie domestiche, la preparazione dei pasti, l'assunzione delle medicine.

La presenza di disturbi di tipo cognitivo, il fatto di soffrire di malattie o delle conseguenze di incidenti e/o di operazioni non hanno invece un effetto discriminante significativo dopo aver testato il livello di dipendenza funzionale. Questo può significare che se chi rientra in questo tipo di casistica ha più probabilità di ricorrere ai servizi è perché è dipendente a livello funzionale. Ancora però, questo stesso effetto, o meglio questa mancanza di effetto, può ricondursi alla maggiore probabilità, in specifiche condizioni e soprattutto in età avanzata, di optare piuttosto per un contesto d'aiuto istituzionalizzato.

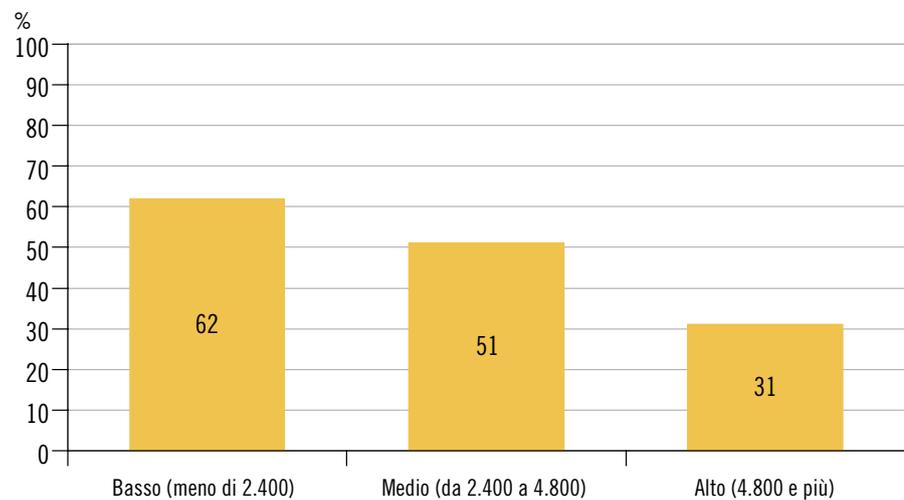
Lo stesso non si può dire per le cadute (OR = 1,984*) e le ospedalizzazioni (OR = 2,808**) il cui effetto rimane particolarmente importante anche dopo aver considerato la salute funzionale. Si tratta peraltro di eventi scatenanti che possono portare, oltre che a conseguenze fisiche più o meno importanti, alla presa di coscienza di un equilibrio ormai fragile suscitando nella persona e nei suoi cari un senso di insicurezza rispetto al futuro e alla paura di una sostanziale diminuzione della propria indipendenza quotidiana. Se le cadute predicano una debolezza fisica e la riduzione della propria mobilità, segnaliamo che il 32% degli ultraottantenni che hanno risposto direttamente al questionario ($n=239$) dichiara di aver ridotto i propri spostamenti e le proprie attività per paura di cadere. Per quanto riguarda i ricoveri in ospedale inoltre, sappiamo come spesso è proprio per permettere un rientro a casa sicuro dopo una situazione di pericolo che vengono mobilitati, grazie anche alla mediazione del personale medico e ospedaliero, determinati supporti domiciliari.

Passando all'età, se il suo effetto rimane significativo (OR = 1,186***) anche dopo aver introdotto nel modello i diversi fattori legati alla salute, questo dimostra che quest'ultima non copre tutti gli effetti dell'invecchiamento e che, verosimilmente, e ancor più nella quarta età, il solo fatto di avere anni in più porta l'anziano o i propri cari a considerare il ricorso a determinati servizi come un'alternativa auspicabile o addirittura normale.

L'effetto del genere, così come quello dello statuto socioeconomico, invece, scompaiono una volta considerata la salute funzionale. Se quindi gli uomini hanno meno probabilità di ricorrere agli aiuti rispetto alle donne, questo è perché quest'ultime, vivendo più a lungo, sono più suscettibili di giungere a un'età in cui determinati bisogni in termini di cure e di aiuti si fanno sentire con più forza. Il cosiddetto *gender*

paradox – secondo il quale le donne vivono più a lungo ma gli uomini godono di una salute migliore – è per altro confermato dai dati VLV: dopo i 75 anni e quindi con l'avanzamento nella quarta età, le donne sono maggiormente esposte al rischio di entrare nella dipendenza (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013: 49-53). Anche l'utilizzo maggiore degli aiuti da parte delle persone con uno statuto socioeconomico più basso, rappresentato attraverso il reddito nella figura [F.5.5], può ricollegarsi alla maggiore probabilità di queste persone di ritrovarsi nella quarta età in minor salute rispetto a chi ha uno statuto elevato (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013: 55-57). Il risultato è pure indicativo di un sistema il quale considera normale, in presenza di determinati bisogni di salute, mettere a disposizione aiuti più o meno sovvenzionati secondo le risorse economiche di cui si dispone. Un sistema quindi che, passando dalla salute, tende ad “assorbire” le disuguaglianze sociali esistenti.

F. 5.5
Prevalenza di beneficiari secondo
il livello di reddito
Fonte: VLV



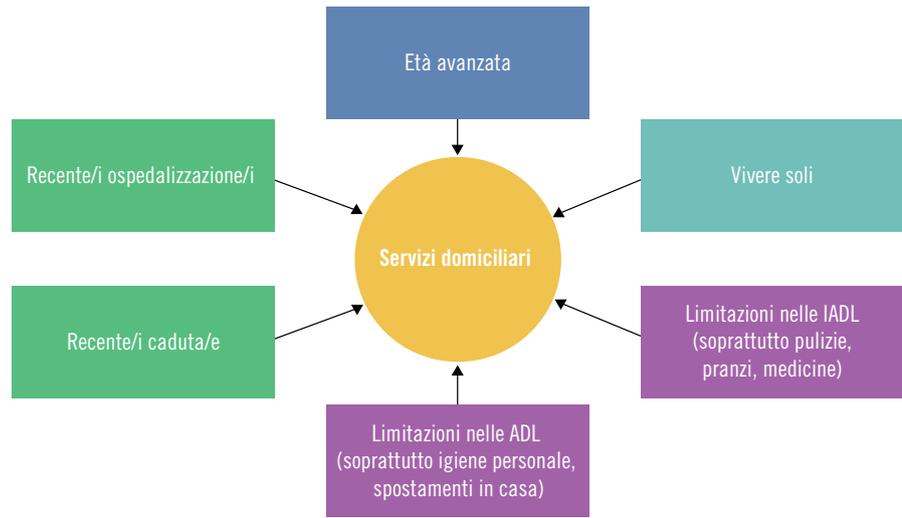
Sorprende infine non individuare, ad eccezione della composizione dell'economia domestica, l'incidenza di variabili legate alla rete familiare. Se chi convive con qualcuno (più spesso il coniuge) ha il 55% in meno di probabilità di ricorrere ad uno dei servizi citati ($OR = 0,446^*$), il fatto di avere o meno dei figli così come dei contatti diretti (visite) frequenti con essi o con altri parenti che vivono al di fuori delle proprie mura domestiche non costituisce un fattore determinante. Questo risultato da un lato ci riporta al ruolo della convivenza quale spazio di mutuo aiuto importante nella quarta età, tanto più esplicito nel caso dei coniugi (vedi anche Lalive d'Épinay et al., 2000), dall'altro ci interroga sui legami intergenerazionali e sul ruolo della famiglia in senso più ampio quale fonte di aiuto nell'invecchiamento; un aspetto su cui ci soffermeremo in seguito.

A pari grado di autonomia, ad avere maggiori probabilità di ricorrere ai servizi domiciliari è chi ha un'età più avanzata, chi ha subito incidenti quali una caduta o è stato di recente ricoverato in ospedale e, infine, chi vive solo e non può quindi beneficiare del supporto di una persona convivente.

F. 5.6

Ricorrere ai servizi – sintesi dei fattori determinanti

Fonte: VLV



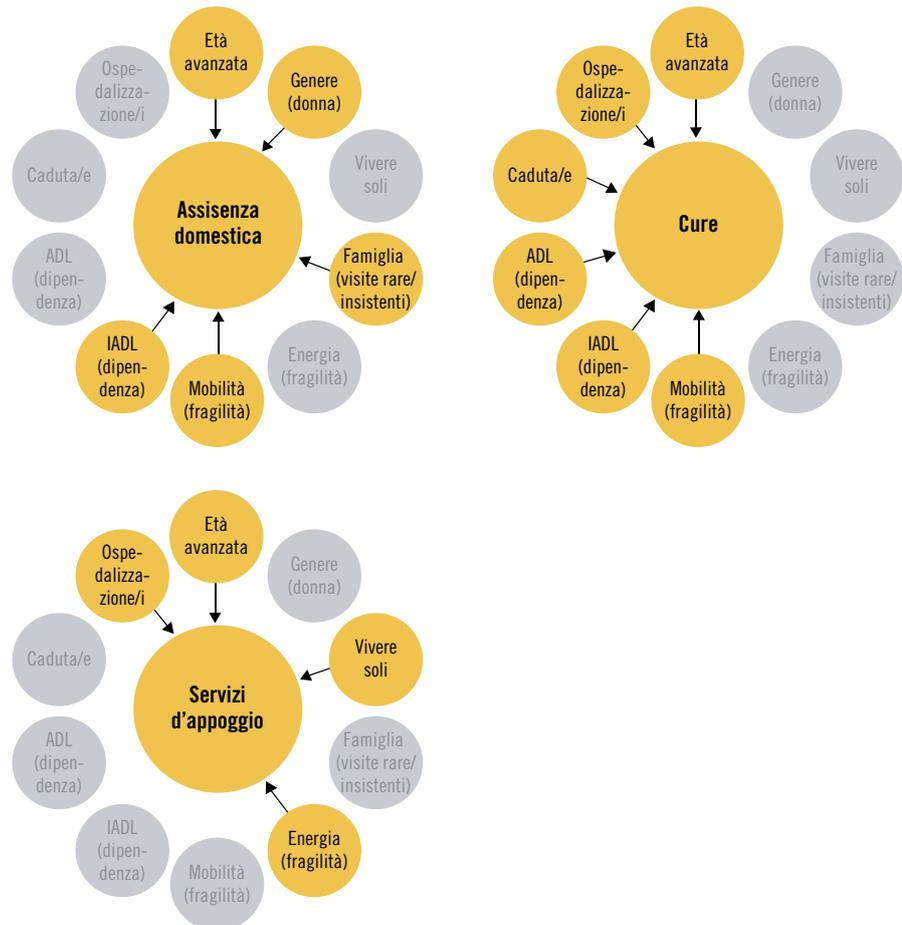
Il confronto tra assistenza domestica, cure e servizi di appoggio

Il paragone tra le tre tipologie di servizi – schematizzato attraverso la figura [F. 5.7] – mette in luce alcune differenze e similitudini su ciò che ne determina o meno il ricorso. Si tratta per lo più di sfumature che suggeriscono l'esistenza di bisogni più o meno diversi in termini di salute ma anche di condizioni di vita in senso più ampio.

F. 5.7

Ricorrere ai servizi – le differenze secondo il tipo di prestazione

Fonte: VLV



Il ricorso all'assistenza di tipo domestico o familiare presuppone bisogni i quali non riguardano in primo luogo la salute funzionale ma toccano una fragilità espressa nell'esistenza di limiti per quanto concerne gli spostamenti fuori casa e il fatto di salire/scendere le scale (mobilità; OR = 2,208*) come pure il grado di difficoltà/dipendenza nella gestione di attività più strumentali quali quelle legate alla gestione dell'economia domestica (OR = 1,087*). In questo caso a fare la differenza vi sono caratteristiche come il genere e la presenza di contatti di tipo diretto con altri membri della famiglia. Rispetto alle donne, gli uomini hanno il 50% in meno di probabilità di ricorrere a questo genere di aiuti (0,498*); una specificità che è forse da ricondurre alla tradizionale divisione dei ruoli all'interno della coppia e, in particolare, alla gestione della casa quale mansione tipicamente femminile, soprattutto per quanto riguarda quelle generazioni che oggi si trovano nella quarta età (vedi Stuckelberger & Höpflinger, 1996): se spesso l'uomo può contare sulla coniuge per le mansioni legate alla vita domestica, lo stesso è meno probabile per la donna, la quale, per altro, più frequentemente si ritrova a vivere sola, più anziana e in minor salute. Inoltre, chi riceve le visite dei propri cari con una certa frequenza (almeno una volta a settimana) è protetto dal "rischio" di appoggiarsi a risorse formali nella gestione dell'economia domestica (OR = 0,482*). Al contrario, chi non è regolarmente in contatto con la propria famiglia ha maggiori probabilità di ricorrere ai servizi formali per quanto riguarda l'assistenza in determinate mansioni di tipo domestico.

Lo stesso non si può dire invece rispetto al ricorso alle cure, dove i bisogni in termini di salute sono maggiori: alle limitazioni nella mobilità (OR = 2,738*) e nelle attività strumentali (OR = 1,117**) si aggiungono quelle a livello di attività di base della vita quotidiana (OR = 1,371**) così come l'incidenza di eventi scatenanti quali le cadute (OR = 3,381**) e le ospedalizzazioni (OR = 2,930**). Proprio perché tali bisogni necessitano delle risposte più specialistiche rispetto a quelli di gestione della casa, il ricorso alle cure non è determinato dal fatto di vivere soli o di non avere dei contatti con i propri cari. In linea con questo risultato, gli studi condotti in Svizzera sull'argomento hanno sottolineato come gli anziani sono aiutati da un coniuge, dai figli o da altri familiari, soprattutto per quanto riguarda i compiti di tipo domestico. Al contrario, le cure più specifiche sono normalmente delegate ai professionisti (Armi et al., 2008; Höpflinger et al., 2011; Lalive d'Épinay et al., 2000).

A determinare il ricorso ai servizi di appoggio vi sono invece, per quanto riguarda la salute, la presenza di una certa fragilità a livello di energia (OR = 3,568**) e il fatto di aver subito un'ospedalizzazione nell'ultimo anno (OR = 2,759*). Si tratta del resto di condizioni che possono portare la persona, a prescindere dal suo grado di autonomia, a rivolgersi a servizi, quali i pasti a domicilio, che possano darle quell'aiuto in più per esempio risparmiandole l'affaticamento ulteriore di stare in piedi a lungo. A queste condizioni, che possiamo definire "meno pesanti" rispetto all'esistenza di limitazioni funzionali, il fatto di viver soli, e quindi di non potersi appoggiare alla presenza e all'eventuale aiuto del proprio convivente, costituisce allora il fattore discriminante (chi vive con qualcuno ha il 70% in meno di probabilità di ricorrere ai servizi di appoggio; OR = 0,314*).

Quanto infine all'età, il suo effetto rimane significativamente determinante per tutte e tre le tipologie di prestazioni ed è maggiormente incisivo per quanto riguarda l'intervento del personale sanitario (OR = 1,143**). Come già sollevato in precedenza, l'avanzare dell'età può portare gli attori coinvolti a considerare il ricorso agli aiuti formali come una conseguenza naturale, una risposta a un bisogno di maggiore sicurezza di fronte all'inesorabilità dell'invecchiamento. Se pensiamo ad esempio al controllo dei parametri vitali – una prestazione peraltro tipicamente di competenza dei servizi di cure a domicilio – questa ipotesi appare realistica e può essere ricollegata, al di là dell'esistenza di problemi di salute, a un'esigenza di accertamenti regolari tanto più grande con l'aumentare dell'età della persona e, di conseguenza, degli anni trascorsi al domicilio.

Ma vediamo ora più da vicino il tipo di contributo offerto dalla famiglia, e come quest'ultima interagisce con la rete d'aiuto formale.

Il ruolo della famiglia tra aiuti informali e aiuti formali. L'importanza della relazione

Il ruolo della cerchia informale nell'aiuto all'anziano è molto studiato in letteratura. Spesso gli studi esistenti si sono focalizzati sulla complessità e le sfide personali cui sono confrontati i fornitori di cure (*caregiver*) informali (coniugi, parenti più o meno diretti, amici o conoscenti) nel trovarsi divisi tra il ruolo di cura, quello genitoriale e coniugale così come tutto quanto riguarda la sfera professionale. Una parte di questi studi si è più specificatamente dedicata a comprendere la gestione delle difficili decisioni del *caregiving* a livello familiare e individuale⁸; un'altra, la più ampia, si è invece chinata sulle conseguenze dell'accudimento dei propri cari sui *caregiver* familiari: degli effetti che si ripercuotono sul loro benessere psichico e psicologico, come pure a livello economico⁹ (Pavalko, 2011: 607-612). Altre ricerche si sono più particolarmente interessate all'interazione tra le due reti, quella formale e quella informale, nell'assistenza all'anziano. Il quesito alla base di tali studi è se tra le due tipologie di supporti esista una dinamica di sostituzione, in cui i servizi di tipo formale subentrano alla rete informale, o piuttosto una complementarità. Quest'ultima tesi trova un ampio riscontro anche negli studi effettuati in Svizzera sull'argomento (Armi et al., 2008; Höpflinger et al., 2011; Lalive d'Épinay et al., 2000) e sostiene che, quando la famiglia non riesce più a rispondere in maniera sufficiente o adeguata ai bisogni dell'anziano, il supporto professionale interviene rafforzandone il ruolo ma non rimpiazzandola. Con l'invecchiamento e l'accumularsi di difficoltà funzionali, la famiglia rimane la principale fonte d'aiuto e solo raramente la rete formale interviene in assenza di quest'ultima.

Ma cosa emerge dai nostri dati per quanto riguarda il contesto ticinese? Di seguito approfondiamo il ruolo della cerchia informale e il tipo di supporto che può offrire all'anziano, in sostituzione o in complementarità alla rete formale. Lo faremo soffermandoci unicamente sulla famiglia, in quanto le informazioni su amici, vicini e conoscenti in Ticino sono state raccolte unicamente presso chi ha risposto direttamente al questionario. A questo proposito segnaliamo che, quando è presente, l'aiuto extra-familiare è marginale e solo raramente sostituisce una rete familiare deficitaria. Inoltre, difficilmente l'apporto degli amici supera la soglia di casa,

⁸ Gli studi legati alla teoria della scelta razionale (*rational choice theory*) evidenziano quanto la scelta del familiare che accudirà il proprio caro bisognoso sia influenzata dagli investimenti emotivi e finanziari che essa comporta. La teoria del genere (*gender theory*) sottolinea invece le differenze tra i sessi nelle quantità e nella tipologia di aiuto fornite (Pavalko, 2011: 607-612).

⁹ La teoria dello stress (*stress theory*) ha influito in modo importante sulla produzione degli studi legati alle conseguenze personali del *caregiving* informale. Nella comprensione di quest'ultime hanno però un ruolo importante anche la teoria dei ruoli (*role theory*) così come quella del genere.

limitandosi più spesso a servizi svolti al di fuori del domicilio, quali le spese o il disbrigo di pratiche amministrative (Armi et al., 2008).

Come per gli aiuti di tipo formale (vedi [T. 5.1]), ai partecipanti dell'inchiesta è stato chiesto con quale frequenza ricevessero determinati servizi da parte dei membri della famiglia (ad eccezione della persona convivente la quale tuttavia, come già specificato in precedenza, costituisce per definizione una fonte d'aiuto importantissima). Nella tabella [T. 5.3] i servizi in questione sono raggruppati attraverso due grandi insiemi: gli aiuti cosiddetti strumentali e quelli di tipo relazionale. Più paragonabili ai supporti formali visti in precedenza, gli aiuti informali strumentali comprendono gli aiuti nella gestione dell'economia domestica (pulizie, preparazione pasti, spesa), le cure a livello di igiene personale e altre mansioni più specifiche e occasionali come le pratiche amministrative o altri lavori di manutenzione (riparazioni, giardinaggio, bricolage). Gli aiuti relazionali sono quei supporti di tipo affettivo che passano attraverso la semplice presenza e la compagnia alla persona, l'interessamento e l'apporto di un sostegno morale o, ancora, l'accompagnarla a fare una passeggiata o a prendere un caffè fuori casa.

Tra i famigliari non conviventi che prestano questi aiuti agli intervistati troviamo per lo più i figli, e soprattutto le figlie, così come i rispettivi coniugi (generi e nuore). Meno frequentemente vi sono i nipoti e i fratelli o sorelle.

T. 5.3

Gli aiuti informali ricevuti dai familiari (ad eccezione del/della convivente)

	Totale dei beneficiari (in %) ¹
Aiuti strumentali	
Aiuti domestici	54
Pulizie	34
Preparazione pasti	32
Spesa	45
Cure (igiene personale)	15
Altri aiuti	51
Faccende amministrative	38
Riparazioni/giardinaggio/bricolage	34
Almeno un aiuto strumentale	66
Aiuti relazionali	
Compagnia/sostegno morale	59
Passeggiate, bar o ristorante	45
Almeno un aiuto relazionale	65
Almeno un aiuto informale	76

¹ Sono considerati beneficiari le persone che dichiarano di ricevere questi supporti "a volte" o "spesso". Oltre a chi dichiara di non ricevere mai questi aiuti, sono escluse quelle persone che affermano di usufruirne "raramente".

Fonte: VLV

Tre ultraottantenni su quattro ricevono almeno un aiuto da parte dei famigliari non conviventi, sia esso di tipo strumentale e/o relazionale. Analisi comparative evidenziano, seppur senza grandi differenze, un ricorso maggiore agli aiuti familiari tra chi convive (78%) rispetto a chi vive solo (73%), come pure tra chi ha figli (78%) rispetto a chi non li ha (62%).

Per quanto riguarda gli aiuti strumentali, tra le mansioni in cui si è più aiutati dalla famiglia vi sono la spesa (45%) e il disbrigo delle pratiche amministrative (38%); due attività la cui gestione da parte di familiari non conviventi richiede un impegno più occasionale e specifico rispetto ad altre quali la preparazione dei pasti o le pulizie domestiche. Dal canto loro le cure, limitandosi in questo caso all'assistenza nell'igiene personale, sono affidate alla famiglia da una proporzione più esigua (15%). Il ricorso minore ai familiari per questo tipo di assistenza è verosimilmente legato, oltre che alla specificità di un atto più tipicamente di competenza professionale, alla presenza minore nel campione di persone dipendenti in questa attività rispetto alle persone ancora in grado di svolgerla in modo autonomo.

La presenza di beneficiari è invece maggiore considerando gli aiuti di tipo relazionale (65%), in particolar modo la compagnia e il supporto morale (59%).

In precedenza abbiamo visto che la percentuale di chi beneficia di aiuti formali varia secondo lo stato di salute, con una presenza nettamente maggiore tra i dipendenti (93%) e tra i fragili (53%) rispetto agli indipendenti (22%). Gli aiuti informali non rispecchiano la stessa logica o quantomeno ritroviamo una particolarità tra le persone fragili. Osserviamo infatti che se la parte di chi è supportato dalla famiglia è già molto importante tra gli indipendenti (78%) ed è preponderante tra i dipendenti (92%), la stessa rappresenta una percentuale minore tra chi è fragile (68%); una tendenza che da ulteriori analisi si riscontra indipendentemente dalla composizione dell'economia domestica e dalla presenza di figli. Si può ipotizzare una difficoltà maggiore di richiedere e/o accettare l'aiuto dei cari da parte dell'anziano fragile rispetto a quello indipendente, il quale è per altro maggiormente inserito in un sistema di scambio in cui lui stesso rende servizi ai propri cari traendone beneficio in termini di senso di utilità (cf. Cap. 3). Parlando di "ambivalenza intergenerazionale" Widmer e Lüscher (2011) sottolineano come la responsabilità familiare è per altro rimessa in questione quando, in particolare nei periodi di transizione della vita quali possono essere l'arrivo della fragilità e della dipendenza, essa è confrontata nel vissuto dei membri della famiglia così come in quello della persona anziana con altre norme e valori quali in particolare quello dell'autonomia individuale.

Guardiamo allora cosa accade considerando l'interazione della rete informale con quella formale.

La figura [F. 5.8] illustra i seguenti scenari secondo lo stato di salute: l'assenza di aiuti da ambedue le parti (rete formale e informale), l'intervento dei servizi formali quale unico contributo, quello della famiglia sola e, infine, la presenza di aiuti provenienti da entrambe le reti. I due grafici rappresentati si distinguono nel considerare quali aiuti informali unicamente gli aiuti strumentali (a) o quelli relazionali (b).

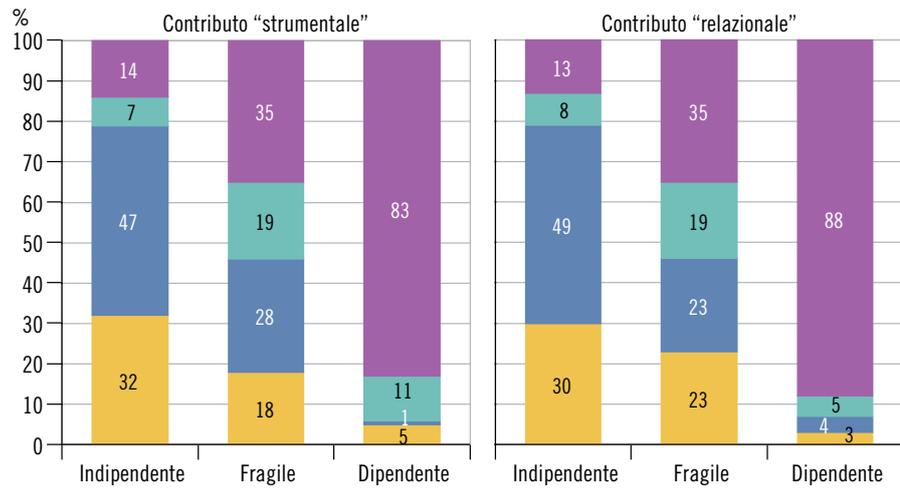
All'incirca la metà degli indipendenti si appoggia alla rete informale quale unica fonte di aiuto, mentre l'altra metà si divide tra gli altri scenari, più spesso quello della non ricezione di alcun tipo di aiuto. Con l'arrivo della fragilità, e soprattutto della dipendenza, la parte di aiuti informali è più presente in associazione al ricorso di servizi di tipo formale; così come è maggiormente rilevante la percentuale di chi si appoggia unica-

F. 5.8

L'interazione tra rete formale e rete informale familiare secondo lo stato di salute. Confronto tra contributo "strumentale" e contributo "relazionale"

Fonte: VLV

- Nessun aiuto
- Solo aiuti informali
- Solo aiuti formali
- Aiuti informali e aiuti formali



mente a quest'ultimi. Tra i dipendenti, invece, a designarsi quale scenario prevalente è più chiaramente quello di una complementarità tra le due reti, ancor più se, al posto degli aiuti strumentali, consideriamo gli aiuti relazionali quale contributo della rete familiare.

Più presenti tra gli indipendenti, in situazione di fragilità, i familiari tendono a delegare maggiormente alcune mansioni puntuali, mentre in situazione di dipendenza il loro ruolo si definisce in modo più chiaro e proprio, per lo più, in complementarità con l'intervento dei servizi formali; una complementarità in cui è possibile scorgere, in linea con l'emergere di bisogni sempre più specifici, l'espressione di una divisione dei compiti maggiormente definita. Se i professionisti vengono interpellati in modo importante nell'assistenza e nella cura dell'anziano, i familiari fanno la loro parte attraverso aiuti strumentali o, ancora più frequentemente, attraverso un ruolo relazionale. Quest'ultimo può per altro esprimersi in una sorta di monitoraggio, nell'assicurarsi che l'anziano beneficia degli aiuti di cui ha bisogno e senza quindi occuparsene direttamente.

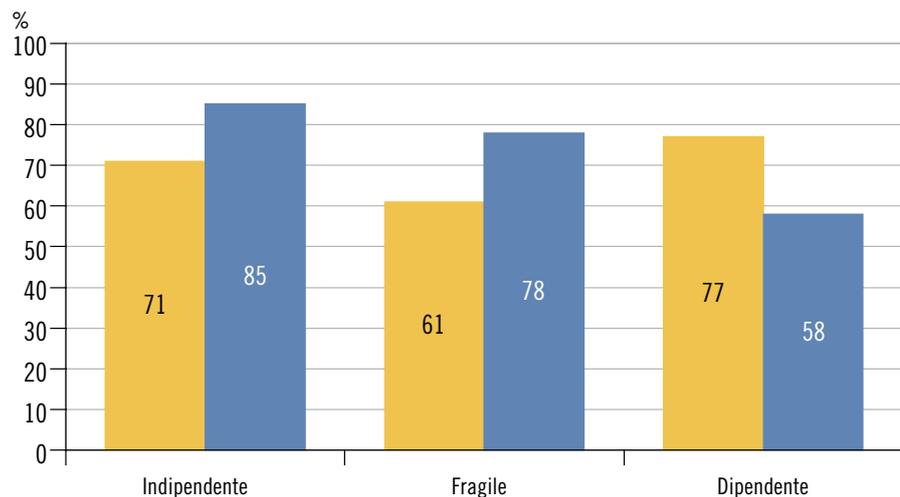
Questo tipo di complementarità è del resto più coerente con le esigenze della famiglia moderna, dove il legame di tipo affettivo resta una priorità e l'autonomia e l'intimità di ognuno sono aspetti da preservare. La sua espressione ideale è quella di un'"intimità a distanza" (Rosenmayr & Köckeis, 1963) in cui questo ruolo di monitoraggio da parte dei familiari avviene vivendo altrove, e quindi preservando l'indipendenza e l'autonomia di ognuno.

F. 5.9

Contatti frequenti (diretti e indiretti) con i familiari secondo lo stato di salute

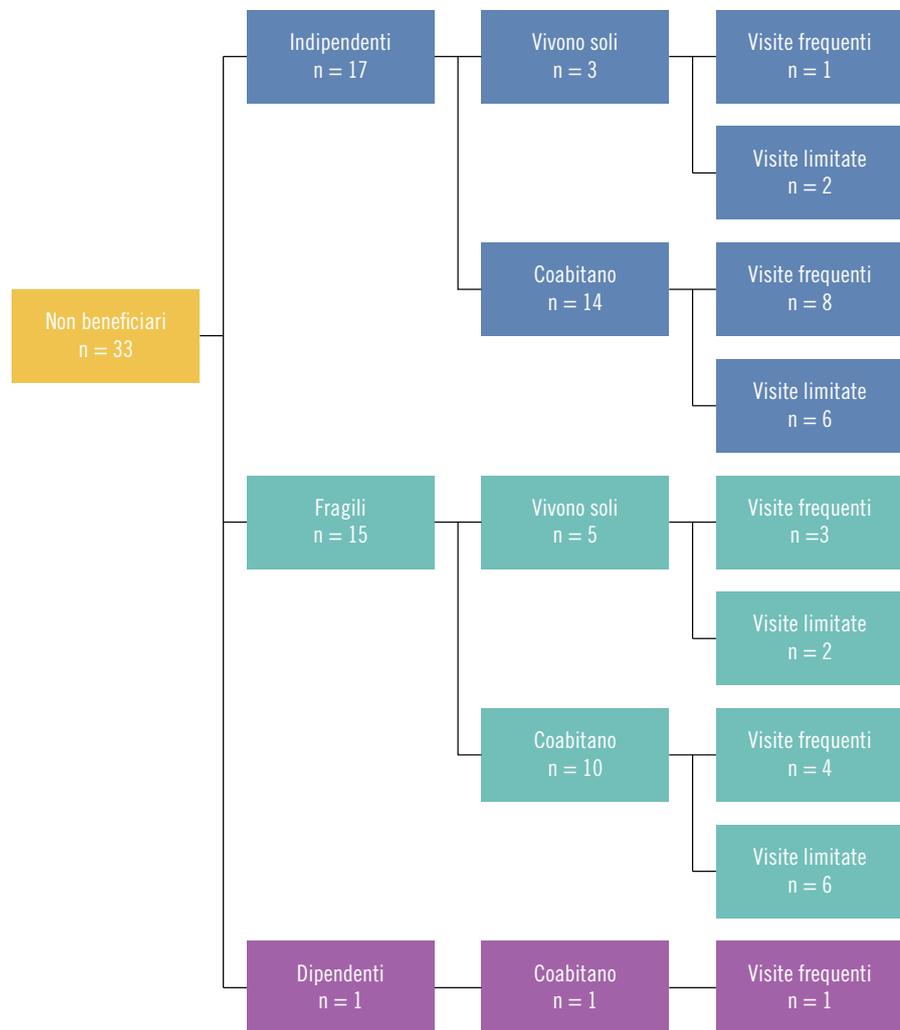
Fonte: VLV

- Visite
- Telefonate



A sostegno di questa tesi constatiamo che l’arrivo della dipendenza coincide con un numero maggiore di visite di una certa frequenza (settimanali o quotidiane) da parte dei parenti [F. 5.9]; visite che tra i dipendenti sembrano peraltro prendere il posto di contatti più indiretti quali le telefonate, il cui minor numero tra i dipendenti può a sua volta essere legato alla maggior presenza, in questo gruppo di anziani, di difficoltà nell’utilizzo del telefono a causa di problemi cognitivi o difficoltà uditive. Segnaliamo inoltre che, anche tra i dipendenti che ricevono unicamente aiuti di tipo formale, un’ampia maggioranza (83%) riceve regolarmente in visita i propri cari. Di nuovo però, lo stesso è riscontrabile solo in minor misura tra i fragili. Tornando ai dati della figura precedente [F. 5.8], cosa possiamo dire, infine, di quegli anziani che non ricevono alcun tipo di aiuto, né informale né formale benché presentino sintomi di fragilità o limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Si può parlare di bisogni inevasi? Come evidenziato nella figura [F. 5.10], uno solo è dipendente ma può contare sulla presenza e l’appoggio di un convivente, così come quella dei famigliari che rendono loro visita in modo frequente. Tra le persone fragili, invece, se due terzi di loro coabitano, tra i cinque rimanenti vi sono due persone che non beneficiano di visite regolari da parte di famigliari. Anche in questi due casi non possiamo però concludere di essere di fronte a una situazione di bisogni inevasi o di isolamento. Se è vero che si tratta di persone fragili, i deficit per i quali possono essere definiti tali (cf. Cap. 3) sono minori in quanto riguardano la presenza di problemi di memoria (non tali da com-

F. 5.10
I “non beneficiari” secondo lo stato di salute, la composizione dell’economia domestica e le visite da parte dei familiari
 Fonte: VLV



promettere le capacità cognitive), il poco appetito in un caso e, nell'altro, la presenza di dolori locali e limitati ad un periodo di tempo. Queste limitazioni non compromettono del resto la gestione indipendente delle attività di base e strumentali le quali sono da loro gestite senza particolari difficoltà. Entrambi le persone, infine, hanno figli con i quali, seppur non vedendosi regolarmente, hanno contatti telefonici giornalieri.

Il ricorso ai servizi domiciliari. L'influenza del grado di autonomia e la latenza della fragilità

In questo capitolo ci siamo interrogati sul ricorso ai servizi domiciliari tra gli anziani ticinesi e, nello specifico, tra gli ultraottantenni; una fascia di età in cui, in linea con uno stato di salute prevalentemente fragile o dipendente, il sostegno dei servizi si presenta più frequentemente quale premessa alla permanenza a domicilio il più a lungo possibile. Oltre a delineare alcune tendenze rispetto alla realtà degli aiuti di tipo formale, i dati VLV ci hanno permesso di approfondire il ruolo della rete informale, costituita dalla famiglia, e la relazione esistente tra gli uni e l'altra nel supportare l'anziano a casa propria.

Innanzitutto, in linea con le ben conosciute tendenze demografiche (cf. Cap. 2) e una politica orientata al mantenimento a domicilio, sottolineiamo come all'incirca la metà ricorre al supporto di aiuti esterni. Un ricorso che si rifà in particolar modo all'assistenza domestica familiare, per poi passare alle cure più specialistiche e, infine, ai cosiddetti "servizi di appoggio". Il numero di servizi mobilizzati, così come la frequenza di utilizzo, sono significativamente più elevati tra le persone fragili e dipendenti e la configurazione più comune è quella che associa le cure all'assistenza domestica. Coerentemente con l'obiettivo ultimo di questi servizi di favorire l'autonomia dell'anziano a domicilio, la presenza e l'accumulo di limitazioni nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana esercitano un importante potere discriminante sul ricorso agli aiuti formali; un effetto neutralizzante non solo delle differenze di genere, ma anche di quelle in termini di reddito sottolineando le peculiarità di un sistema il quale considera normale, in presenza di determinati bisogni di salute, la messa a disposizione di determinate prestazioni, più o meno sovvenzionate a seconda della casistica. A condizioni di salute uguali, inoltre, il fatto di aver recentemente vissuto eventi dalle conseguenze fisiche e psicologiche limitanti quali le cadute e i ricoveri in ospedale, espone a un maggiore "rischio" di utilizzo dei servizi. Lo stesso lo si può dire per gli anziani che vivono soli i quali, indipendentemente dalla presenza di una cerchia familiare, non beneficiando dell'importante aiuto che una convivenza sottintende, hanno maggiori probabilità di rifarsi ad aiuti esterni.

È altresì interessante notare come l'età mantenga un effetto determinante anche dopo aver considerato i diversi fattori legati alla salute, come a dimostrare che, indipendentemente dalla salute, il trascorrere degli anni porti nella quarta età a considerare il ricorso a determinati servizi come un'alternativa auspicabile o addirittura normale.

L'insieme dei fattori che definiscono il ricorso agli aiuti formali varia poi secondo la tipologia di servizi considerati, evidenziando l'esistenza di bisogni diversi in termini di salute ma anche l'importanza del ruolo della famiglia in certe circostanze. Se a predire le cure vi è innanzitutto l'accumulo di limitazioni nell'attività di base della vita quotidiana, così come il ricorrere di even-

ti debilitanti quali i ricoveri in ospedale e le cadute, nel caso dell'assistenza di tipo domestico i bisogni in termini di salute sono meno incisivi ma conta anche l'assenza di un contatto diretto frequente con i propri cari.

Dal canto suo, con il deterioramento della salute e l'emergere di bisogni più specifici, il ruolo della famiglia tende a ridefinirsi delegando ai servizi determinate mansioni ma pur sempre mantenendo, quando possibile, un ruolo concreto rispetto a determinati compiti di gestione corrente così come un importante supporto di tipo relazionale; un supporto che può esprimersi attraverso aiuti affettivi o più in generale attraverso il mantenimento di un contatto diretto con la persona. Garantendo un monitoraggio a distanza, così definita la relazione di aiuto permette di preservare l'autonomia e l'intimità di entrambi le parti.

In linea con la forte medicalizzazione dei servizi, le analisi hanno illustrato una risposta dei servizi esistenti sul territorio in relazione a bisogni legati in particolar modo alla perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana e a determinati aspetti quali un'energia limitata, le difficoltà nella mobilità, le cadute e le ospedalizzazioni; dei bisogni importanti e specifici che da una parte coprono determinate disuguaglianze sociali e che dall'altra vanno di pari passo con una maggiore definizione del ruolo assunto dalla famiglia nei confronti del proprio congiunto bisognoso.

Meno chiaro è però il caso di chi, magari più indipendente nelle attività di base della vita quotidiana, presenta altri indici di fragilità non meno importanti. Inoltre, se tra i dipendenti insieme alle risorse formali vi è una certa attivazione della rete informale, tra i fragili non esiste una tendenza prevalente per quanto riguarda le configurazioni di aiuto; un dato che può essere interpretato come l'emergenza di un'"ambivalenza" maggiore nei rapporti intergenerazionali (Widmer & Lüscher, 2011) quando, di fronte all'emergere di determinati bisogni della persona anziana, seppur non ancora attribuibili alla dipendenza, la solidarietà familiare è messa in discussione dall'irrinunciabile bisogno di autonomia. Tornando al ricorso agli aiuti formali, è legittimo interrogarsi sul "non ricorso" in condizione di fragilità. Si tratta – per riprendere i concetti approfonditi da Warin (2012) – di una mancanza di conoscenza dell'offerta di servizi esistente, di una "non domanda" nonostante l'offerta sia invece conosciuta o, ancora, di una richiesta a cui non si è dato seguito? Tutti gli scenari sono evidentemente possibili, a cominciare dall'accesso all'informazione; accesso che può risultare meno immediato, ma anche meno richiesto, tra le persone dallo stato di salute fragile rispetto a chi, a seguito di un'autonomia compromessa, viene informato dal personale medico o da quello socio-assistenziale sulle alternative esistenti e sul loro funzionamento. Anche la questione economica può ostacolare o scoraggiare l'accesso a determinati aiuti. Pensiamo in particolare ai servizi di tipo domestico così come a determinati servizi di appoggio i quali, a differenza delle cure che sono generalmente coperte dall'assicurazione malattia di base, sono a carico dell'utente.

Dietro a una "non domanda" invece, vi possono essere meccanismi più complessi quali la difficoltà nel riconoscersi quale persona bisognosa di aiuto o, ancora, proprio il timore di allontanare, con l'emergere di bisogni specifici, dei familiari nei confronti dei quali, nel contempo, non si vorrebbe diventare un peso.¹⁰

¹⁰ Le percezioni e i vissuti legati al non ricorso agli aiuti formali sono approfonditi nella parte qualitativa della ricerca di dottorato su cui si basano i risultati qui presentati (Masotti, *in corso*).

Bibliografia

Armi, F., Guilley, E., Lalive d'Épinay, C. (2008). Entraide et recours aux services. In C. Lalive d'Épinay & D. Spini (Eds.), *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans* (pp. 209-246). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution?* Genève: Georg.

Duvoisin, A., Baeriswyl, M., Oris, M., Perrig-Chiello, P., Bickel, J.F. (2012). *Pro Senectute: visibilité et usages d'une association bientôt centenaire. Au service des vulnérables?* Genève: CIGEV.

Egloff, M. (2012). *Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano*, Mendrisio: Pro Senectute Ticino e Moesano.

Hagmann, H.-M., & Fragnière, J.-P. (Eds). (1997). *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne: Réalités sociales.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*, Berne: Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, 185(12), 914-919.

Lalive d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Maystre, C., Vollenwyder, N. (2000). Les personnes âgées au service de leur entourage et l'aide aux personnes âgées. In *Vieillesse au fil du temps: 1979-1994. Une révolution tranquille* (pp. 235-259). Lausanne: Réalités sociales.

Lalive d'Épinay, C., & Spini, D. (Eds). (2008). *Les années fragiles: la vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec: Les Presses de l'Université de Laval.

Lalive d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, Coll. Le savoir suisse.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9: 179-185.

Masotti, B. (in corso). *Transitions au grand âge. Une étude des bénéficiaires des aides et des soins à domicile au Tessin*, Tesi di dottorato in Socioeconomia, Università di Ginevra.

Pavalko, E.K. (2011). Caregiving and the life course: Connecting the personal and the public. In R.A. Settersten R.A. & J.L. Angel (Eds). *Handbook of sociology of aging* (pp. 603-616). New York: Springer.

Rosenmayr, L., & Köckeis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of aging and the family. *International Social Science Journal*, 15: 410-426.

Solcà, P., Testa-Mader, A., Lepori Sergi, A., Colubriale Carone, A., Cavadini, P. (2013). *Migranti transnazionali e lavoro di cura*, Manno: Dipartimento scienze aziendali e sociali SUPSI.

Stuckelberger, A., & Höpflinger, F. (1996). Les défis de l'aide au masculin et au féminin. In *Vieillesse différentiel, hommes et femmes: dossier de recherche* (pp. 141-150). Zürich: Editions Seismo.

Tognetti Bordogna, M. (2011). Le badanti: accesso e uso del welfare sanitario per sé e per il badato. In T. Caponio, F. Giordano, B. Manetti, L. Ricaldone (Eds). *World Wid Women, Globalizzazione, Generi, Linguaggi* (pp. 39-50), Torino: Centro Intedisciplinare di Ricerca e Studi delle Donne.

Ufficio federale di statistica. (2013). *Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2012: chiffres et tendances*, Neuchâtel: UST.

Warin, P. (2012). Parcours sociaux et possibilités de ruptures avec le social institué. In S. Ertul, J.-P. Melchior & P. Warin (Eds). *Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques* (pp. 175-185). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Widmer, E., & Lüscher, K. (2011). Les relations intergénérationnelles au prisme de l'ambivalence et des configurations familiales. *Recherches familiales*, 1(8): 49-60.

Allegato

I beneficiari dei servizi secondo le loro caratteristiche socio-demografiche (in %)

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Genere	Donne	53 *	46 **	25	14
	Uomini	33	22	18	9
Classe di età	80-84 anni	35 ***	31 ***	16 ***	8 *
	85-89 anni	50	38	26	16
	90 e più anni	75	59	40	20
Livello di formazione	Scuole dell'obbligo	56	41	36 ***	16
	Professionale	40	34	17	10
	Superiore	32	32	6	8
Professione ²	Bassa	46	33	26 **	22 *
	Media	46	37	25	8
	Elevata	41	36	7	6
Reddito individuale ³	Basso (meno di 2.400)	62 **	50 *	25	22 *
	Medio (da 2.400 a 4.800)	51	42	32	12
	Elevato (4.800 e più)	31	21	21	5
Zona di residenza	Urbana	50	38	32	16
	Intermedia	42	36	15	10
	Periferica	49	41	36	11

I beneficiari dei servizi secondo la loro situazione familiare (in %)

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Stato civile	Celibe/nubile	65 *	59 *	21	28
	Sposato/a	37	28	23	9
	Separato/a o divorziato/a	61	46	27	17
	Vedovo/a	50	41	22	12
Economia domestica	Vive solo/a	50	42	15	16
	Convive	42	33	28	9
Figli	Ha figli	43	34 *	21	9
	Non ha figli	62	57	30	29
Nipoti	Ha nipoti (abiatici)	43	35	22	9
	Non ha nipoti	53	44	24	21
Fratelli/sorelle	Ha fratelli/sorelle	42	37	20	13
	Non ha fratelli/sorelle	51	35	28	9
Visite dei familiari	Frequenti ⁴	42	34	22	12
	Rare o inesistenti	48	39	24	12

* = sig. ≤ 0,05; ** = sig. ≤ 0,01; *** = sig. ≤ 0,001.

¹ Per ognuna delle categorie considerate (servizi domiciliari, assistenza domestica, cure, servizi d'appoggio) il ricorso si riferisce all'utilizzo di almeno una delle prestazioni in esse contenute.

² Per le persone sposate, divorziate e vedove, si considera la più elevata tra le ultime professioni dei due coniugi. Bassa: agricoltori, professioni manuali. Media: professioni intermedie, impiegati, ecc. Elevata: dirigenti, liberi professionisti, professioni intellettuali.

³ Alla domanda sul reddito percepito, il 23% non ha dato una risposta. La riluttanza è tuttavia verosimilmente indipendente dall'ammontare delle entrate in quanto la proporzione di risposte mancanti è piuttosto simile se consideriamo il livello di istruzione.

⁴ Con "frequenti" si intende visite di almeno una volta a settimana.

Fonte: VLV

I beneficiari dei servizi secondo la loro salute

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Salute funzionale (ADL ²)	Indipendenti	30 ***	26 ***	6 ***	5 ***
	In difficoltà	63	45	38	23
	Dipendenti	93	76	81	29
IADL ²	Indipendenti	28 ***	24 **	3 ***	7
	Con aiuto	44	38	13	9
	Dipendenti	62	48	45	19
Mobilità	Presenza di limitazioni	69 ***	56 ***	43 ***	22 ***
	Assenza di limitazioni	28	23	7	4
Energia	Presenza di limitazioni	60 ***	47 *	32 *	21 ***
	Assenza di limitazioni	32	27	13	3
Capacità sensoriali	Presenza di limitazioni	55 **	42	28 *	16
	Assenza di limitazioni	37	33	18	7
Problemi fisici	Presenza	62 **	49	40 **	16
	Assenza	36	29	15	9
Problemi di memoria	Presenza	58 *	47	33 *	21 *
	Assenza	41	33	18	8
Utilizzo del telefono	Indipendente	41 ***	35	18 ***	12
	Con aiuto	40	32	26	0
	Dipendente	95	62	71	19
Modalità di risposta al questionario	Indipendente (Ego)	39 ***	32 ***	15 ***	8 ***
	Dipendente (Proxy)	86	67	69	33
Cadute	Una o più	68 ***	56 **	45 ***	20
	Nessuna	35	28	11	8
Ospedalizzazioni	Una o più	63 **	47	40 ***	20
	Nessuna	37	33	15	8
Malattia/-e	Presenza	61 **	47	39 ***	21 **
	Assenza	35	30	11	5
Conseguenze operazioni/incidenti	Presenza	56 *	39	36	11
	Assenza	41	35	18	12

* = sig. ≤ 0,05; ** = sig. ≤ 0,01; *** = sig. ≤ 0,001.

¹ Per ognuna delle categorie considerate (servizi domiciliari, assistenza domestica, cure, servizi d'appoggio) il ricorso si riferisce all'utilizzo di almeno una delle prestazioni in esse contenute.

² È indipendente nelle ADL e nelle IADL chi è in grado di svolgere solo e senza alcun tipo di aiuto tutte le relative attività. In difficoltà è chi può svolgere tutte le attività solo ma necessita di aiuto per almeno una di queste, mentre è dipendente chi non può svolgere da solo una o più attività.

Fonte: VLV