



L' INVECCHIAMENTO E' PREZIOSO

RENDIAMOLO ATTIVO!

Studio unitario sul tema dell'Invecchiamento Attivo

A cura di Francesco Montemurro e Valerio Porporato (IRES Morosini / CGIL)
Paolo Arnolfo (FNP) - Pietro Puzangara (UILP)

Sommario

SOMMARIO	2
INTRODUZIONE	2
L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E LA LEGGE REGIONALE DEL PIEMONTE N. 17 DEL 2019	3
I BISOGNI SOCIO-SANITARI E LA NON AUTOSUFFICIENZA	6
POLITICHE URBANISTICHE E RESIDENZIALI	8
MOBILITÀ E TRASPORTI PUBBLICI	9
LE POLITICHE PER LA FORMAZIONE	10
IL LAVORO	11
I POSSIBILI CONTENUTI DEL PIANO D'INVECCHIAMENTO ATTIVO (ARTICOLO 8, LEGGE REGIONALE PIEMONTE, 17/2019)	13
ISOLAMENTO E DEPRESSIONE NELL'ANZIANO	16
LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO	16
UN CONFRONTO INTERNAZIONALE E UNO SGUARDO ALLE REALTÀ REGIONALI ITALIANE.....	19
UN CONFRONTO INTERNAZIONALE	19
UN CONFRONTO TRA LE REGIONI ITALIANE	29
RIFERIMENTI.....	35

Introduzione

Come già avvenuto negli ultimi anni per le liste d'attesa in sanità, ancora una volta SPI CGIL, FNP CISL e UILP UIL regionali hanno unito le loro forze per provare a fare luce su un argomento importante come l'invecchiamento attivo.

Lo studio tecnico, portato avanti negli ultimi mesi, ha accompagnato la preparazione del convegno del 12 febbraio 2020. Il risultato è questa pubblicazione, che vi invitiamo a leggere con attenzione. Nella prima parte si analizza il tema dell'invecchiamento attivo, chiarendo il significato del termine e ponendolo in relazione con la Legge Regionale piemontese, approvata nel 2019. Sono presenti anche utili suggerimenti su quello che, a parere del sindacato, dovrebbero essere i contenuti del piano di azione triennale che dovrà essere approvato in un futuro non troppo remoto.

Nella seconda parte troviamo una interessante riflessione sulla solitudine dell'anziano che, conducendo spesso alla depressione, rischia di essere un ostacolo insormontabile per la realizzazione di un corretto invecchiamento attivo.

Nella terza parte di questo lavoro, infine, un confronto internazionale ed uno tra le regioni Italiane: è utile per contestualizzare l'Italia all'interno dell'Europa e del mondo e per poter capire i margini di miglioramento del nostro paese. Confrontarsi con le altre regioni italiane è altrettanto importante.

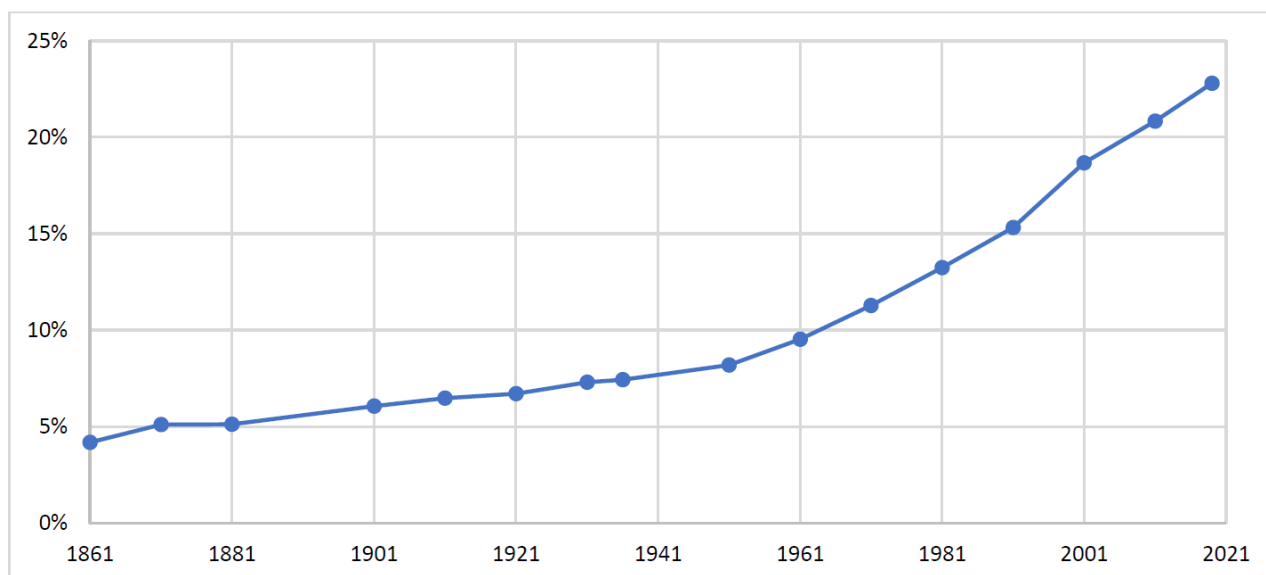
La pubblicazione è ricca e gli argomenti affrontati sono tanti: in realtà, si tratta di una rudimentale "cassetta degli attrezzi" in cui sono contenute le nozioni fondamentali per poter parlare del tema con cognizione di causa. L'invito alla lettura non è solo utile alla conoscenza personale, ma per sviluppare le competenze necessarie per avviare confronti sull'invecchiamento attivo anche a livello locale.

L'invecchiamento attivo e la legge regionale del Piemonte n. 17 del 2019

Anche se pensiamo spesso all'invecchiamento della popolazione come una "prova" che le società avanzate devono affrontare, tendiamo tuttavia a dimenticare che questo fenomeno altro non è che un effetto dell'aumento del benessere. Esso rappresenta una delle maggiori conquiste della nostra civiltà, reso possibile da formidabili progressi nelle condizioni di vita, dall'acquisizione di conoscenze in campo medico, dall'abbandono delle misere condizioni di vita dell'economia agricola che ha indotto un drastico decremento della natalità.

Non è vero inoltre che la senilizzazione è un problema della contemporaneità. Essa piuttosto è una tendenza che accompagna, in ogni epoca, lo sviluppo economico e il progresso tecnologico. La figura sottostante mostra come l'aumento dell'incidenza della popolazione cosiddetta anziana con più di sessantacinque anni abbia avuto un'accelerazione con l'ingresso del Paese nella sua "età dell'oro", dopo la Seconda Guerra Mondiale, ma anche che questo processo si stava già verificando, più lentamente, nei decenni precedenti. Dal censimento del 1861 a quello del 1951 la quota di popolazione over 65 è quasi raddoppiata, passando dal 4,2% all'8,2%.

Figura 1. Incidenza degli ultrasessantacinquenni sulla popolazione residente. Italia. Periodo 1861-2019.



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Se assumiamo il punto di vista dello storico, l'essere anziano non è (e non è mai stato) una condizione riducibile all'età, ma rappresenta piuttosto una perdita di autonomia, di ruolo, di progettualità, della sensazione di occupare una posizione nella propria comunità e nel mondo. Ovvero è un insieme di elementi che, più che dai cambiamenti fisiologici dell'organismo, dipendono da fattori di natura ambientale, attitudinale e culturale. Ciò che definiamo vecchiaia è un'idea fluida, non suscettibile di essere fissata una volta per tutte, ma che tende a spostarsi in avanti, col susseguirsi delle generazioni. Consideriamo i "giovani anziani" del 2019, che rappresentano il 22,8% della popolazione italiana e il 25,5% della popolazione piemontese. Grazie all'aumento del loro livello di istruzione, al miglioramento delle condizioni economiche e alla diffusione di stili di vita più sani, riescono a preservare uno stato di buona salute per un periodo di tempo che era inimmaginabile soltanto pochi anni fa e a condurre uno stile di vita attiva, allungando l'orizzonte della propria biografia individuale. Un indicatore che consente di cogliere, in termini quantitativi, il miglioramento delle condizioni di vita degli anziani è la speranza di vita dopo i 65 anni, che in Piemonte

ha superato i 20 anni e mezzo, in crescita di circa 1 anno rispetto al 2008 e di 4 anni e mezzo rispetto agli Anni Settanta.

Il Piemonte è una delle regioni più anziane in Italia (prendendo a riferimento l'indicatore convenzionale dato dalla percentuale di ultrasessantacinquenni, si trova al quarto posto, dopo Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Umbria) e in alcune aree mostra un grado di senilizzazione molto più avanzato della media: le province di Biella, con una percentuale di anziani del 28,9%, di Alessandria (27,6%) e del VCO (26,7%). Secondo le proiezioni demografiche dell'ISTAT, nel 2040 il 33,7% dei residenti in Piemonte avrà raggiunto la soglia della terza età e il 6% quella degli 85 anni, quota che al primo gennaio 2019 si attestava al 4,1% e che rappresenta una misura (seppure approssimativa) di quella fascia demografica in cui si riscontrano con elevata frequenza le condizioni di fragilità attribuibili all'invecchiamento (riduzione dell'autonomia, della mobilità, peggioramento delle condizioni di salute, incremento del rischio di disabilità).

Tabella 1. Indicatori demografici. Anni 2018-2019. Italia, Piemonte e province.

	Popolazione		Over 65 2019	Over 75 2019	Over 85 2019	Speranza di vita a 65 anni 2018
	2019	Var. % 09-19				
Alessandria	421.284	-4,0%	27,6%	14,9%	4,8%	20,2
Asti	214.638	-2,5%	26,3%	13,9%	4,6%	20,3
Biella	175.585	-6,3%	28,9%	15,5%	5,0%	20,7
Cuneo	587.098	+0,2%	24,2%	12,7%	3,9%	20,6
Novara	369.018	+0,7%	23,7%	12,3%	3,9%	20,5
Torino	2.259.523	-1,4%	25,3%	13,3%	3,9%	20,8
V-C-O	158.349	-2,7%	26,7%	14,0%	4,2%	20,8
Vercelli	170.911	-5,1%	27,2%	14,6%	4,8%	20,3
<i>Piemonte</i>	<i>4.356.406</i>	<i>-1,7%</i>	<i>25,5%</i>	<i>13,5%</i>	<i>4,1%</i>	<i>20,6</i>
<i>Italia</i>	<i>60.359.546</i>	<i>+0,5%</i>	<i>22,8%</i>	<i>11,7%</i>	<i>3,6%</i>	<i>20,9</i>

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

L'invecchiamento rappresenta una grande sfida/opportunità per le società avanzate:

perché produce, se non si attivano politiche di prevenzione, un peggioramento delle condizioni di salute generali dal quale discende un aumento della domanda di cure sanitarie, anche se non è dimostrata una relazione automatica tra invecchiamento e malattia;

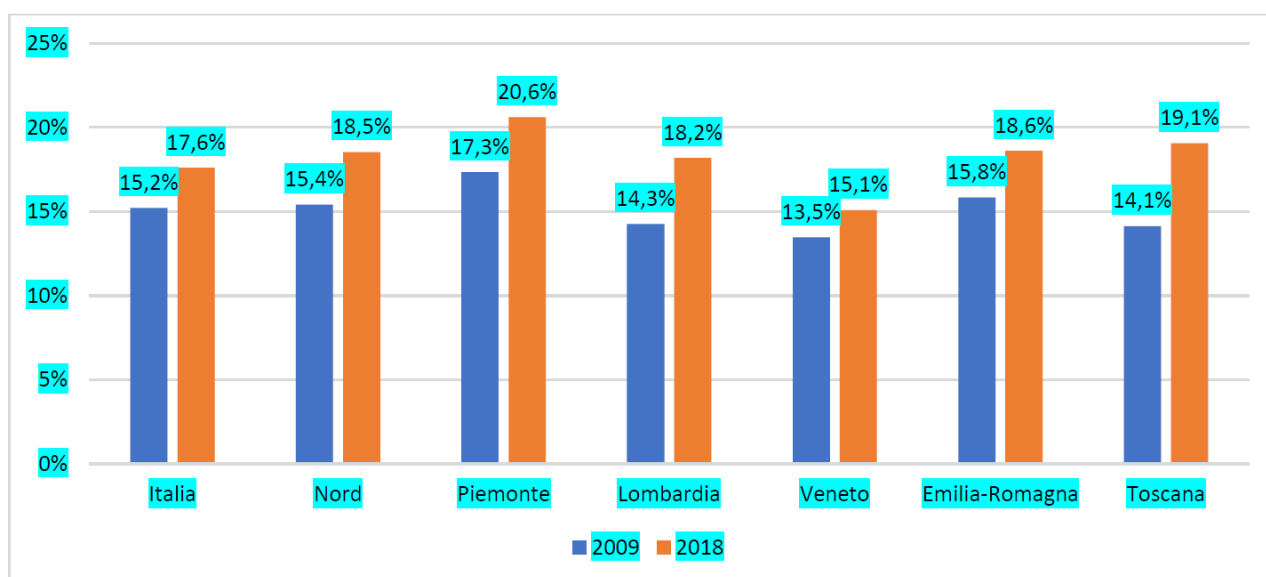
perché, se non si interviene a sostegno della bassa natalità e, sulle politiche di inserimento della forza lavoro immigrati, continueranno ad aumentare i costi del sistema previdenziale.

Con il rischi di accentuare lo scontro sull'età di quiescenza.

In Piemonte, gli anziani (over 60) che vivono soli rappresentano ormai una quota rilevante sul totale delle famiglie: nel 2018 erano il 20,6%, un dato in crescita rispetto al 2009 (17,3%) e più alto sia rispetto alla percentuale italiana sia rispetto a quella delle altre grandi regioni del Centro-Nord.

È fuor di dubbio che la società che ci attende sarà più anziana da un punto di vista anagrafico, ma non necessariamente rispetto alla qualità della vita, alla salute, al grado di inclusione, di partecipazione e di soddisfazione dei suoi componenti.

Figura 2. Incidenza dei nuclei costituiti da ultra-60enni soli sul totale delle famiglie. Anni 2009 e 2018. Italia e grandi regioni del Centro-Nord.

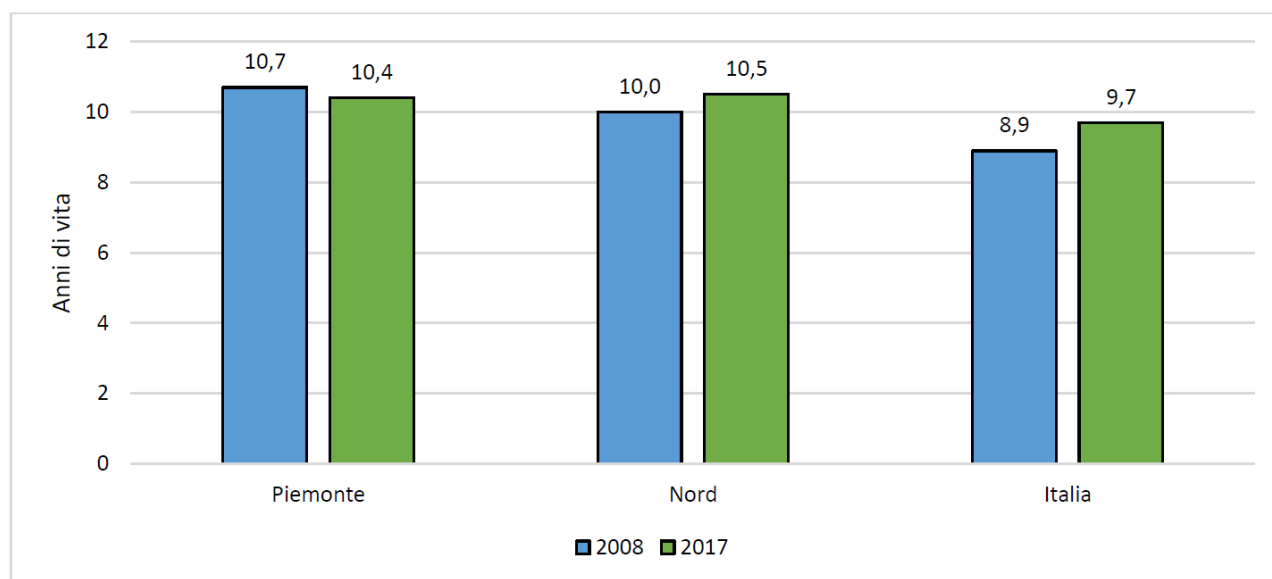


Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

L'invecchiamento attivo è un concetto sorto alla fine degli Anni Novanta che indica quell'insieme di pratiche finalizzate ad "ottimizzare le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza allo scopo di accrescere la qualità di vita durante l'invecchiamento" (definizione WHO – Organizzazione Mondiale della Sanità). Esso invoca l'esigenza di un'azione collettiva (le politiche) e di un'azione individuale al fine di conseguire risultati (*outcome*) positivi lungo diverse dimensioni dell'esistenza: allungamento dell'aspettativa di vita, riduzione della disabilità e della morbidità, aumento della partecipazione degli anziani alla sfera culturale, politica ed economica. Esiste un largo consenso a livello internazionale sull'importanza di questi obiettivi, anche se ad oggi manca una *teoria* dell'invecchiamento attivo che fornisca delle linee guida sulle azioni da intraprendere per raggiungere questi risultati. Ciò di cui disponiamo è un insieme di evidenze empiriche e di resoconti di buone pratiche sorte da sperimentazioni che procedono per tentativi ed errori. Questo è comprensibile, se si considera che l'idea dell'invecchiamento attivo è ancora molto giovane; basti pensare che fino agli anni Ottanta la geriatria distingueva soltanto tra anziani in condizioni patologiche e non patologiche, senza prestare attenzione alle importanti differenze tra coloro che, pur essendo sani, presentano più e meno elevati fattori di rischio per la loro salute. Si assumeva infatti la compromissione delle funzioni biologiche (aumento della pressione sanguigna, del peso, del tasso glicemico, ...) come un fatto normale dovuto alla genetica, senza considerare adeguatamente il contributo positivo che un sano stile di vita può fornire in età avanzata. Del resto, molte conoscenze scientifiche in questo campo sono state acquisite solo negli ultimi anni e il legame tra il *come* si vive e il *quanto* si vive è un enigma ancora non risolto del tutto.

L'obiettivo di accrescere la **qualità di vita degli anziani piemontesi** è di particolare attualità, se si considera che nella nostra regione, dove l'aspettativa di vita a 65 anni continua a progredire, nell'arco degli ultimi dieci anni **non si sono verificati miglioramenti nel numero medio di anni che le persone anziane trascorrono senza limitazioni nelle attività che abitualmente svolgono**, a differenza di quanto avvenuto nell'aggregato delle regioni settentrionali e dell'intero territorio nazionale.

Figura 3. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni. Anni 2008 e 2017. Piemonte, regioni settentrionali, Italia.



Nota: L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.

Fonte: dati ISTAT

Nel seguito, facendo riferimento alla letteratura in materia di invecchiamento attivo, cercheremo di scomporre questa nozione nelle sue parti elementari, che sono le dimensioni dell'esistenza individuale e collettiva che concorrono, quando vengono intraprese le azioni corrette, a incrementare il benessere in età avanzata lungo i tre assi definiti dall'OCSE (salute, sicurezza e partecipazione).

I bisogni socio-sanitari e la non autosufficienza

La crescita del numero degli anziani non di per sé è un ostacolo allo sviluppo. A questo proposito, le proiezioni sull'impatto demografico dell'invecchiamento sono insufficienti per spiegare il fenomeno. Infatti, da qualche anno la letteratura internazionale e alcuni tra i più attenti osservatori italiani hanno messo in guardia dall'assumere come valide analisi troppo semplificate degli effetti della dinamica demografica sulla domanda di servizi socio sanitari e in generale sulla spesa ad essa correlata. La domanda, e quindi la spesa, dipendono non solo dagli aspetti legati alla epidemiologia, ma anche da altri numerosi fattori: tecnologici, socio-culturali (gli stili di vita, la propensione ai consumi medici) ed economici (le caratteristiche del mercato sanitario, l'influenza del reddito sulla domanda, ecc.) (Gabriele, Raitano, 2009).

L'affermarsi dei bisogni socio-sanitari e del problema della non autosufficienza va posto in relazione anche con la crescita dei casi di malattie neurodegenerative, nonché con il forte incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari che mina le potenzialità dell'assistenza erogata all'interno dei nuclei familiari. Sulla capacità di soddisfare la domanda incide inoltre anche la progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti, da cui deriva la forte esigenza di promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post acuta dell'intervento sanitario.

Per quanto riguarda le risposte a questi problemi, a livello europeo le modalità di erogazione della LTC sono molto differenziate e in linea generale dipendono dall'interazione tra i principali attori: Stato e autonomie locali, mercato profit, non profit, famiglie e altri caregiver.

Negli ultimi decenni sono state varate riforme nazionali (Austria, 1993; Francia, 2001 e 2016; Germania, 1995; Olanda, 2006; Portogallo, 2006; Spagna, 2006) che hanno condotto alla riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale sulla base anche di un ripensamento dei sistemi di finanziamento di una domanda

sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari. Spesso le strategie adottate hanno privilegiato il potenziamento dei servizi sul territorio e in particolare l'assistenza domiciliare integrata e nuove forme di residenzialità, tentando una integrazione tra cure formali e informali. Relativamente alle modalità di cura, le esperienze più innovative hanno individuato forme d'intervento in grado di orientare il sistema del Long-Term Care verso maggiori standard di efficacia, garantendo al contempo la sostenibilità finanziaria delle prestazioni. Tra le molteplici strade percorribili si è affermato il sistema integrato, nell'ambito del quale le strutture residenziali di assistenza, i centri diurni e gli altri servizi semiresidenziali svolgono una funzione di raccordo tra le cure ospedaliere e i servizi presenti sul territorio con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e di assicurare supporto e sollievo alle famiglie impegnate nella cura a domicilio delle persone non autosufficienti.

Nei limiti del possibile, coerentemente con le esperienze europee più avanzate, occorrerebbe inoltre consentire all'anziano di poter scegliere il luogo in cui vivere nelle diverse fasi del suo invecchiamento. Negli ultimi anni, in particolare in Austria, Francia, Danimarca, Germania e Svezia le tendenze nello sviluppo dei servizi alle persone con limitata autonomia hanno portato alla promozione di strategie di "deinstitutionalisation", definite come lo sviluppo di servizi di comunità (community based services) alternativi ai ricoveri residenziali tradizionali e alle prestazioni erogate in ambienti solo istituzionali (European Centre for social welfare policy and research, 2015). Due sono le linee guida che sostengono tali politiche: dare priorità alle scelte degli utenti per migliorarne effettivamente la qualità della vita e aumentare la sostenibilità dei sistemi di cura. La prima argomentazione è radicata nella convinzione che la tutela dei diritti umani fondamentali debba essere posta alla base di tutti i sistemi di cura e che spesso invece i servizi residenziali e le altre prestazioni tradizionali istituzionali si caratterizzano per una rigida separazione del malato dalla comunità, con la conseguenza di negare alle persone in cura molti dei loro diritti di base e in particolare la possibilità di esprimere i loro desideri in merito alle terapie di cura da ricevere. La seconda argomentazione si basa sul fatto che i servizi di comunità sarebbero in grado di conseguire risultati migliori per gli utenti e le loro famiglie anche in relazione ai costi, più bassi se confrontati con l'istituzionalizzazione e le cure formali (Commissione europea, 2009). L'obiettivo perseguito da queste strategie è mantenere o raggiungere bassi tassi di istituzionalizzazione attraverso la creazione di un mix equilibrato di sistemi mirati di cure formali e informali, le cui speranze di successo si basano sul coordinamento e l'integrazione delle differenti forme di assistenza. In alcuni paesi a favorire il processo di cambiamento e l'abbandono dei vecchi modelli di istituzionalizzazione è stata ovviamente la presenza di livelli culturali più elevati. Le residenze tradizionali vengono sempre più spesso sostituite da strutture (alloggi assistiti e con servizi, nuclei di convivenza) costituite da piccole unità di convivenza anche per persone con malattie cognitive. In queste strutture l'assistenza e le diverse forme di cura non impediscono alla persona non autosufficiente di mantenere forme di gestione della propria vita privata commisurate alle condizioni cliniche. Spesso l'anziano ha la possibilità di poter scegliere il luogo in cui vivere nelle diverse fasi del suo invecchiamento. Inoltre, negli ultimi anni l'offerta di servizi si è adattata sempre di più alle nuove domande emergenti promuovendo i servizi in rete e la diversificazione stessa delle prestazioni: offerta residenziale, diurna, domiciliare, etc. Si stanno affermando anche i centri multiservizi, che erogano un'ampia gamma di prestazioni: teleassistenza, promozione dell'autonomia personale, aiuto a domicilio, catering, lavanderia, centro diurno, assistenza personale e, quando necessaria, assistenza residenziale. In genere la famiglia partecipa al programma delle attività, nonostante l'anziano sia in residenza, anche trascorrendo buona parte della propria giornata nel centro (European Centre for social welfare policy and research, 2015). Altrettanto ampia è la gamma delle soluzioni abitative: appartamenti in condivisione, alloggi di anziani che ospitano studenti universitari con forme contrattualizzate di aiuto alla pari, case albergo, le cosiddette abitazioni-canguro (Francia, Belgio, Danimarca), bi-appartamenti con alloggi comunicanti per un anziano residente e una famiglia caregiver contrattualizzata o minialloggi per gli anziani annessi all'abitazione della famiglia.

Politiche urbanistiche e residenziali

Un ambito d'intervento fortemente legato alla dimensione relazionale e sociale è quello che chiama in causa le politiche urbanistiche. Se è vero che, come mostrano i dati disponibili, all'aumentare dell'età diminuisce la mobilità delle persone, occorre allora prestare attenzione anche alle forme di radicamento sul territorio, sia nelle aree metropolitane e nelle loro periferie, sia nei comuni più piccoli. È importante, in questo senso, che le piccole municipalità potenzino e migliorino le politiche urbanistiche con l'obiettivo di promuovere la realizzazione di interventi integrati (area delle abitazioni, domotica e barriere architettoniche, spostamenti, presenza del commercio tradizionale, residenzialità, progettazione di spazi di incontro, ecc.) e soluzioni adeguate alle reali esigenze di una fascia di popolazione molto ampia, gli anziani appunto. Migliorare le politiche urbanistiche può significare attivare una pluralità di interventi: preservare e sviluppare qualora non ci fossero, degli spazi intermedi in cui gli abitanti di un certo territorio possano incontrarsi, comunicare e intessere relazioni sociali; garantire la messa in sicurezza e la manutenzione degli attraversamenti e dei marciapiedi, rendendoli fruibili e sicuri anche per le persone con mobilità ridotta; prevedere zone pedonali prive di barriere architettoniche; sostenere i piccoli esercizi di vicinato; sollecitare esperienze di silver cohousing o sperimentare stili di progettazione che rendano lo spazio costruito vivibile e accessibile per ogni persona, come dimostra l'esempio del free-barrier concept che prevede l'adeguamento e la modifica di edifici, strutture, mezzi di trasporto e così via, in modo che siano resi accessibili per tutti. L'Access City Award è un premio assegnato annualmente alle città europee che si impegnano maggiormente nelle politiche per l'accessibilità a favore di tutti i cittadini e in particolare per gli anziani e le persone con disabilità. Nel 2019 ha vinto il titolo Breda, in Olanda, una città che ha immaginato sé stessa "senza barriere" (dallo slogan del progetto) attraverso azioni che hanno coinvolto gli esercizi commerciali, con 800 attività certificate come accessibili da tutti, i mezzi di trasporto (fermate e autobus sono privi di gradini e le sedie a rotelle elettriche sono messe a disposizione di chi ne ha bisogno), le informazioni digitali e le app per smartphone, realizzate grazie a una collaborazione tra sviluppatori web e consulenti ipovedenti.

È nei contesti urbani che queste innovazioni hanno più possibilità di essere implementate, grazie alla presenza di economie di scala. Tuttavia, gli interventi di rigenerazione del tessuto urbano assumono particolare importanza nei piccoli comuni e nelle aree interne montuose e rurali, dove la popolazione è più anziana e i servizi di base (pubblici e commerciali) sono in via di rarefazione. Un esempio di buone pratiche che perseguono l'obiettivo di ricostruire i legami sociali attraverso la creazione di spazi idonei è quello del centro polifunzionale di Idestrup, in Danimarca. Sorto in una località rurale in cui vi era una domanda inesausta di luoghi di socializzazione per anziani, con un costo complessivo di 56.000 euro circa sostenuto da fondi nazionali, privati ed europei, è divenuto una struttura i cui utenti organizzano e svolgono attività fisica e di formazione continua ed anche piccole attività economiche.

Un'organizzazione efficace non solo dello spazio urbano ma anche dello spazio abitativo può favorire la ricostruzione e il mantenimento dei legami, soprattutto intergenerazionali, e svolgere funzioni protettive per i legami forti. Come già detto, in coerenza con la recente evoluzione delle preferenze delle persone anziane, i comuni dovrebbero promuovere, in collaborazione con le ASL e le associazioni di volontariato e del Terzo settore, la diffusione di soluzioni abitative alternative alle tradizionali residenze sanitarie assistenziali. Allo stesso tempo, bisogna considerare l'accresciuta disponibilità di innovazioni tecnologiche che consentono all'anziano di trascorrere la vecchiaia nel proprio ambiente di vita, anche in seguito ad un peggioramento delle condizioni di salute. Va evidenziato che, secondo le rilevazioni disponibili, la maggioranza degli anziani desidera trascorrere la vecchiaia nella propria comunità e nella propria abitazione (l'88% degli intervistati nell'ambito di un sondaggio condotto dall'AARP sulla popolazione ultrasessantacinquenne degli Stati Uniti ha espresso questa volontà). Anche in questo campo, le soluzioni disponibili e le buone pratiche sono in aumento, come mostra il programma europeo Activage 2017-2020, che coinvolge sette paesi e ha luogo in nove centri di ricerca e sviluppo (uno in Emilia-Romagna) finalizzato a sperimentare l'applicazione delle tecnologie IoT (Internet of Things) negli ambienti di vita degli anziani.

Nel centro di sperimentazione di Parma sono coinvolti 200 anziani che hanno subito eventi ischemici, con la collaborazione di personale sanitario e assistenti familiari, i quali sono stati dotati di vari dispositivi per migliorare la qualità della loro vita: strumenti per la programmazione della somministrazione di farmaci, sensori per la sicurezza domestica, oggetti di uso quotidiano (scarpe, orologi, ...) che monitorano l'attività fisica.

Mobilità e trasporti pubblici

La crescente domanda di servizi per il trasporto espressa dagli anziani si pone come il risultato non solo dell'evoluzione dei processi demografici e sociali (il progressivo invecchiamento della popolazione, la marcata frammentazione dei nuclei familiari, il ridimensionamento delle reti protettive familiari) e della necessità di raggiungere i presidi sanitari, ma anche dell'esigenza di fruire in modo attivo del territorio. È quindi una tendenza che discende dai cambiamenti interni agli stili di vita anziani.

Negli ultimi anni, la domanda di servizi per il trasporto espressa dagli anziani è stata soddisfatta dai comuni soprattutto attraverso le convenzioni sottoscritte con i soggetti del Terzo settore. In molte realtà questo intervento si configura come iniziativa sperimentale e temporanea, sollecitata dalle richieste degli organismi territoriali di volontariato, talvolta risultando inadeguato rispetto alla quantità e qualità della domanda di trasporto. Inoltre, sarebbe opportuno che i servizi di trasporto per l'accompagnamento ai presidi sanitari e socio-sanitari siano programmati anche in condivisione con l'ASL, allo scopo di integrare questi interventi con i servizi di prenotazione.

Da questo punto di vista un tema importante riguarda la riorganizzazione della programmazione comunale, anche alla luce delle esigenze emerse e tenendo conto dei dati che emergono dalla determinazione dei nuovi fabbisogni standard approvati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) relativamente alla funzione fondamentale dei trasporti. Proprio in quanto "fondamentale", tale funzione dovrebbe garantire la copertura del fabbisogno di trasporti sulla base del cofinanziamento comunale (tenuto conto dell'azione degli enti gestori che operano a livello regionale o comunque sovracomunale), o, in alternativa, attraverso l'intervento perequativo del Fondo di Solidarietà. Come si evince dai dati riportati nel sito del MEF, www.opencivitas.it, per questa funzione molti comuni piemontesi presentano una spesa storica sottodotata rispetto ai fabbisogni standard (tale risultato tiene conto anche dell'intervento operato dall'ente gestore dei trasporti a livello regionale). Occorre sollecitare i comuni a ri-programmare gli interventi per i trasporti urbani ed extra-urbani, ridefinendo la ripartizione delle spese in ragione dei fabbisogni espressi dalla popolazione, il che implica anche lo spostamento di risorse da un settore all'altro.

La presenza di aree territoriali e segmenti della popolazione caratterizzati da una bassa domanda di servizi di trasporto pubblico rappresenta un elemento che le politiche non possono ignorare. Come si è visto, i costi dei servizi di trasporto sono elevati e può risultare economicamente insostenibile estenderne la copertura in modo da soddisfare l'esigenza di mobilità in aree rurali o montane e di specifiche porzioni di popolazione. Come sostiene molta letteratura [Amisano et al, 2011; Aneris et al, 2016], una possibile soluzione è rappresentata dalla combinazione dei servizi di trasporto pubblico tradizionale e di quelli a domanda individuale (Demand Responsive Transport), ovvero servizi di trasporto su richiesta. Si tratta di servizi che vengono, appunto, erogati in base alla domanda degli utenti, attraverso la prenotazione di fermate aggiuntive lungo un percorso prestabilito, la richiesta di fermate in luoghi particolari come un ospedale, un centro commerciale o un edificio pubblico o, ancora, servizi door-to-door con fermate ad indirizzi specifici. Si avvalgono solitamente di minibus come mezzi di trasporto e possono essere erogati da una pluralità di operatori, quali aziende di trasporto pubblico locale, aziende di trasporto passeggeri private, associazioni no-profit e comunità territoriali. L'informatizzazione e i nuovi sistemi di comunicazione, inoltre, rendono possibile un'elevata flessibilità delle prenotazioni, fino a servizi con richieste a risposta immediata. A livello internazionale non si tratta di una soluzione recente ma attività di questo tipo, spesso rivolte a categorie specifiche di utenti, come persone con disabilità o anziani, sono state sviluppate già a partire dagli anni '70 negli Stati Uniti e implementate, in modo sempre più generalizzato,

negli anni '90 in molti Paesi del Nord Europa. In Italia, la loro introduzione è relativamente più recente, dalle prime esperienze risalenti all'inizio del secolo, come quella del Personalbus a Firenze e del Drinbus a Genova, il servizio ha visto una grande crescita nell'ultimo decennio. L'esperienza piemontese con la più alta copertura di popolazione è il Mebus attivo nell'area extra-urbana torinese (prima e seconda cintura e parte della terza), un servizio di autobus a chiamata attivabile con una prenotazione da effettuare almeno il giorno prima del viaggio al prezzo di una normale corsa extra-urbana. Sono poche, tuttavia, le iniziative che coinvolgono le aree prettamente rurali e montane a domanda debole, dove la necessità di siffatti servizi è più pressante. Un esempio è il servizio a chiamata del Pianalto Astigiano offerto da una compagnia privata locale che copre i comuni di San Paolo Solbrito, Dusino San Michele, Buttigliera d'Asti e Cellarengo, oltre che alcune frazioni dell'area di Villanova.

Anche i taxi sociali, attivati nel 2018 dal Comune di Chieri, possono fornire un utile contributo alla mobilità degli anziani e migliorarne l'autonomia e l'inclusione sociale, in particolare per coloro che presentano delle disabilità o difficoltà nell'utilizzo di altri mezzi di trasporto. La Città di Torino ha attivato i buoni taxi utilizzabili per i servizi di trasporto privati, concessi esclusivamente agli individui con gravi disabilità motorie o sensoriali.

Le politiche per la formazione

Partecipare a corsi d'istruzione in età avanzata ha un significato profondamente diverso da quello che può avere in altre fasi della vita e può voler dire saper comprendere la società in cui si vive e restare al passo con i cambiamenti (si pensi all'utilizzo di Internet e delle nuove tecnologie), approfondire delle tematiche d'interesse o, ancora, evitare l'esclusione sociale e rimanere attivi e creativi. I percorsi di apprendimento in età avanzata non sono però soltanto un hobby o un modo per riempire il tempo, ma hanno anche la funzione di soddisfare una specifica domanda di competenze. La partecipazione a programmi di formazione in età avanzata va valutata positivamente anche perché, stimolando l'attività cerebrale, contribuisce al mantenimento delle funzioni cognitive che costituiscono, assieme a quelle motorie, la preconditione fondamentale per una buona qualità della vita.

Nel paradigma dell'invecchiamento attivo, la formazione dovrebbe abbracciare l'intero corso di vita e quindi coinvolgere gli anziani sia in quanto lavoratori sia in quanto pensionati. L'acquisizione e lo sviluppo delle competenze attengono infatti all'esigenza di restare attivi in un mercato del lavoro in continua evoluzione, dove il capitale umano della forza lavoro anziana rischia di deprezzarsi per effetto del cambio tecnologico. Fornire alla popolazione, oltre i 55anni, maggiori occasioni di impiego, attraverso politiche attive di sostegno alla workability, era uno degli obiettivi della Strategia di Lisbona 2000, ribadito dalla Commissione europea in occasione dell'Anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni 2012. Considerando il più noto indicatore dell'offerta di lavoro della popolazione anziana in età lavorativa – il tasso di occupazione dei 55-64enni – emerge come negli ultimi dieci anni di rilevazione la partecipazione al mercato del lavoro in questa fascia anagrafica sia cresciuta significativamente in Italia (+19,4 punti) e soprattutto in Piemonte (+24,6). Tuttavia, siamo ancora distanti da uno standard accettabile, tenuto conto che numerosi persone over 55, soprattutto donne, non riescono a completare dignitosamente il percorso lavorativo, in prospettiva di una copertura previdenziale accettabile.

Si presta ancora scarsa attenzione alla necessità di inclusione di una grande massa di individui, soprattutto donne, che si trovano ai margini o all'esterno del mercato del lavoro. Impedire che attraverso i processi di ristrutturazione e di riorganizzazione ed innovazione si proceda alle esplosioni dei lavoratori ultra 55enni, ma favorirne invece, la permanenza, il re-integro o l'ingresso delle persone più anziane nel sistema produttivo (in coerenza con un'età di accesso alla pensione non elevata, come i 62 anni indicati dalle Organizzazioni Sindacali) richiederebbe di prestare maggiore attenzione ad alcune aree di policy: il life-work balance, la sicurezza e la salute sul posto di lavoro, l'acquisizione di competenze, le pari opportunità di genere.

Tabella 2. Tasso di occupazione della popolazione 55-64enne. Anni 2008 e 2018.

	2008	2018	Variazione in punti percentuali 2008-18
Italia	34,3	53,7	+19,4
Piemonte	30,7	55,3	+24,6
Francia europea	38,2	52,3	+14,1
Spagna	45,5	52,2	+16,7
Portogallo	50,7	59,2	+18,5
Regno Unito	58,0	65,3	+7,3
Germania	53,7	71,4	+17,7
Svezia	70,1	77,9	+17,8
Olanda	50,0	67,7	+17,7

Fonte: dati Eurostat

Al di là delle ricadute positive sul mercato del lavoro, la formazione in età avanzata ha anche la funzione di favorire la piena inclusione di tutta la popolazione. A questo secondo obiettivo, tra i tanti, guarda l'Agenda digitale 2020 dell'UE, che assume tra i propri target lo sviluppo di un'alfabetizzazione informatica, nella consapevolezza che il digital divide rappresenta oggi uno dei principali fattori di disuguaglianza che ostacolano il pieno godimento dei diritti di cittadinanza. Si pensi, ad esempio, quanto sia importante l'accesso a internet per potersi informare sui servizi sanitari disponibili, per effettuare prenotazioni ospedaliere, per poter ricevere servizi a distanza per mezzo delle tecniche di telemedicina. Alcuni studiosi inoltre (Barbabella et al., 2011) sostengono che il volontariato e la formazione costituiscano un binomio virtuoso in età avanzata, che consente di preservare e coltivare le capacità individuali (pratiche e cognitive) e di preparare adeguatamente gli anziani a questo tipo di attività. Le quali si caratterizzano per livelli di complessità sempre crescenti e richiedono in molti casi competenze specifiche per essere eseguite.

In Piemonte l'offerta formativa rivolta agli adulti e agli anziani ha una lunga tradizione che fa capo ai soggetti del Terzo Settore. In particolare, alla diffusa rete di "università popolari" dell'UNITRE (Università delle Tre Età), un'associazione di promozione sociale nata a Torino nel 1975 che oggi ha più di novanta sedi sul territorio regionale, oltre ai corsi attivati dalla Fondazione Università Popolare di Torino e dall'Auser. Queste lodevoli iniziative del Terzo Settore, pur nascendo dal basso, non riescono però a svilupparsi nei piccoli centri abitati e nelle zone periferiche della regione. L'80% delle sedi UNITRE si trova nella Città Metropolitana, mentre sono assenti o quasi nelle province di Biella, Novara, Asti, Vercelli e VCO.

Il lavoro

Le politiche sociali e occupazionali del nostro Paese e della nostra Regione sono chiamate a "sensibilizzare l'opinione pubblica al contributo che le persone anziane possono ancora dare alla società. [...]. A incoraggiare e sollecitare i responsabili politici e le parti interessate a intraprendere, a ogni livello, azioni volte a migliorare le possibilità di invecchiare restando attivi" (Commissione europea, 2012, p. 6).

I dati precedentemente illustrati nella Tabella 3 evidenziano come l'invecchiamento demografico influenzi marcatamente la struttura occupazionale. Ne deriva la necessità di un ripensamento complessivo dell'organizzazione del lavoro, allo scopo di rendere lavoratrici e lavoratori giovani e anziani complementari e non antagonisti. Il fenomeno della longevità dovrà essere re-interpretato in direzione del superamento della rigida organizzazione dei tempi di vita basata su una netta tripartizione degli stadi: fase della preparazione, fase dell'impiego, fase della quiescenza (De Masi, 1988, Ladogana, 2016).

Nella prospettiva di un programma regionale per l'invecchiamento attivo, si potranno stimolare le aziende - pubbliche e private - a innovare i percorsi lavorativi delle persone cosiddette senior nel mercato del lavoro,

attraverso l'educazione al pensionamento, l'adeguamento dei processi formativi e di scambio con i lavoratori più giovani e il rafforzamento dell'apprendimento permanente.

In questo contesto, anche in coerenza con gli articoli 7, 8 e 12 della Legge regionale del Piemonte 9 aprile 2019, n. 17. (Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo), occorre avviare un processo di progressivo abbandono di logiche di puro assistenzialismo nei confronti della popolazione anziana per promuovere, al contrario, l'invecchiamento attivo attraverso il recupero delle esperienze formative e professionali dei lavoratori senior (attivi e in pensione) e riconoscere alla vecchiaia una posizione di enorme utilità sociale (Dadoun, 2017, (Erikson, Erikson & Kivnick, 1997), Ladogana 2016).

In definitiva, scegliere di assumere l'invecchiamento attivo come priorità sociale, economica e culturale, significa in primo luogo valorizzare le competenze delle persone che invecchiano nella prospettiva del recupero di un capitale umano e sociale non ancora improduttivo ma potenzialmente prezioso (Ladogana, 2016).

Sotto questo profilo, anche sulla base di numerose esperienze realizzate in aziende europee e italiane, il Piano per l'Invecchiamento Attivo (Pia) previsto dalla legge regionale n. 17 2019, con il coinvolgimento attivo delle Organizzazioni sindacali e delle Associazioni datoriali, può fornire indirizzi alle aziende pubbliche e private piemontesi per realizzare programmi che agevolino la transizione al non lavoro e valorizzino il know-how professionale dei lavoratori senior.

Si tratta di stimolare, anche incentivando l'inserimento delle nuove misure all'interno dei contratti integrativi, la realizzazione di significative iniziative a sostegno dell'Active Ageing:

- rimodulazione delle mansioni dei dipendenti over 55 o senior sulla base di specifiche esigenze personali e di salute;
- forme di flessibilità nella gestione delle presenze e facilitazioni nell'attivazione del part time su base volontaria;
- interventi di formazione continua rivolte ai senior;
- interventi volti a promuovere rapporti intergenerazionali nelle aziende;
- mentoring e reverse mentoring;
- bilanciamento tra lavoro e vita privata (flessibilità oraria, telelavoro, pensionamento elastico).

Anche ispirandosi alle esperienze realizzate da alcune imprese in Italia e valorizzate in una recente pubblicazione dell'ISFOL, è possibile indirizzare il mondo delle imprese ad "aprirsi" al professionista, senior e/o in pensione, per la formazione dei nuovi impiegati e per l'affiancamento ai lavoratori junior nei processi di gestione e produzione aziendale.

Inoltre, assumendo la prospettiva del "peer to peer", si possono replicare le esperienze volte a costituire gruppi di lavoro eterogenei per età (mixed-age teams) a cui partecipano, come consulenti e dietro compenso, anche ex dipendenti in pensione con particolari profili professionali. I senior contribuiscono alla formazione dei nuovi assunti, alla riorganizzazione dei dipartimenti e alla supervisione dei reparti produttivi, mentre gli juniores collaborano a formare i senior in servizio sull'utilizzo delle nuove tecnologie.

Sul fronte della pubblica amministrazione, possono essere prese in considerazione anche esperienze come il "Jobcentre Plus" inglese, che favorisce lo sviluppo di opportunità lavorative, nell'ottica del work balance, avvalendosi dell'esperienza del senior per la formazione dei neoassunti e per la riprogettazione dei servizi per l'impiego.

Il Piano per l'invecchiamento attivo può essere concepito e realizzato come uno strumento integrato che, in base a un approccio intersettoriale e con il coinvolgimento di tutti gli attori (Regione, enti locali, OO.SS. e 3° Settore terzo settore), delinea obiettivi e sinergie per lo sviluppo coordinato delle politiche a favore degli anziani.

I possibili contenuti del Piano d'Invecchiamento Attivo (articolo 8, Legge regionale Piemonte, 17/2019)

Le finalità – articolo 1:

Finalità a) favorisce la costruzione di percorsi per il mantenimento o il potenziamento della autonomia delle persone anziane;

Finalità b) promuove il potenziamento, il mantenimento o il riacquisto della salute psico-fisica nell'ambito degli abituali contesti di vita;

Finalità d) favorisce il potenziamento, il mantenimento o il riacquisto delle relazioni personali;

Le politiche volte a sviluppare l'autonomia e la sicurezza delle persone anziane nonché a contrastare i fenomeni di esclusione sociale, dovrebbero promuovere azioni integrate almeno nei seguenti ambiti d'intervento: Salute, Sicurezza, Abbattimento delle barriere architettoniche, Riqualificazione urbana, Diritto alla casa, Mobilità, Contrasto alla povertà.

Salute

Occorre incentivare le persone a sviluppare il controllo sul proprio corpo e sulla propria identità (integrità fisica e psicologica) attraverso la promozione di corretti stili di vita e il potenziamento della prevenzione.

Occorre monitorare le situazioni di fragilità e intervenire attivando risposte mirate e coordinate tra loro (presa in carico multidimensionale): ispessimento del tessuto sociale che circonda l'anziano fragile, sostegno al reddito, abitazione...

Occorre potenziare le attività di cura agli anziani non autosufficienti (dedicando maggiore attenzione alla specificità dei disturbi cognitivi e delle demenze), realizzando finalmente un migliore coordinamento degli interventi: domiciliari (assistenza domiciliare integrata, interventi di supporto ai caregiver familiari, assegni di cura, altri servizi domiciliari, quali pasti a domicilio, trasporti...), semiresidenziali (centri diurni assistenziali e centri socio-riabilitativi), residenziali (lungodegenza, hospice), umanizzazione delle cure, attivazione e potenziamento della medicina di genere, nuove tecnologie. In questo contesto, sempre nell'ottica dell'integrazione degli interventi, è necessario sviluppare nuove opportunità assistenziali, tra le quali: l'accoglienza temporanea di sollievo in struttura; creazione di appartamenti protetti e centri multifunzionale e di altre strutture alternative alle tradizionali RSA, iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari; servizi di e-care (Telesoccorso, Teleassistenza...); iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale e servizi di prossimità ("portierato" "custode" sociale, "alloggi con servizi", "badante di condominio", ...); attività formative/informative rivolte ai gruppi e alle famiglie (incontri di aggiornamento con assistenti familiari, "Caffè Alzheimer", gruppi di auto aiuto...); dimissioni protette a tutela della continuità assistenziale tra strutture sanitarie e servizi territoriali e a domicilio; cure palliative domiciliari.

Sicurezza

Occorre promuovere nella popolazione una maggiore conoscenza e sensibilità verso i fenomeni di violenza e discriminazione che colpiscono gli anziani.

E' necessario, oltre a ricostruire i luoghi di incontro e della socializzazione, l'abbattimento della barriere ed una manutenzione continua del territorio. Realizzare progetti locali di prevenzione, con il coinvolgimento delle amministrazioni, delle associazioni, della polizia locale, del Terzo Settore: campagne informative

rivolte alla popolazione sui rischi (scippi, furti in abitazione, truffe ...); tecnologie e innovazioni per il controllo del territorio e anche una maggiore presenza e visibilità delle Forze di Polizia sul territorio.

Occorre fornire supporto materiale e psicologico per le vittime di reati e violenza e per chi percepisce insicurezza: agevolazioni per le polizze di risarcimento dei reati che colpiscono gli anziani; ampliamento delle funzioni dei centri antiviolenza; monitoraggio dei fenomeni oggettivi e soggettivi legati alla sicurezza, fornendo alla cittadinanza la possibilità di acquisire maggiore consapevolezza sul rapporto spesso problematico tra percezioni e realtà, con l'obiettivo di prevenire il rischio di vittimizzazione e di criminofobia e attuare misure di "rassicurazione sociale".

Riqualficazione urbana, Diritto alla casa e Abbattimento delle barriere architettoniche

Occorre migliorare la qualità e l'accessibilità degli spazi pubblici e intermedi, in cui le persone possono incontrarsi e coltivare relazioni sociali, anche per i soggetti con mobilità ridotta: incremento del verde pubblico; rimozione di barriere architettoniche viarie (manutenzione di marciapiedi e attraversamenti, riduzione dei dislivelli, ...); sviluppo delle zone pedonali.

Occorre aumentare la sicurezza stradale e migliorare la viabilità: educazione e sensibilizzazione verso la mobilità sicura rivolta a tutte le tipologie di utenti; promozione di forme di mobilità leggera ed eco-sostenibile (bike-sharing, car-sharing, creazione e manutenzione delle ciclopiste, promozione e regolamentazione dei veicoli innovativi come i monopattini elettrici, ...).

Occorre garantire un'offerta articolata e accessibile di prodotti e servizi attraverso una rete sviluppata di esercizi (di prossimità) commerciali, a vantaggio dell'autonomia personale e del mantenimento dei legami dell'anziano con il territorio: sostegno al commercio tradizionale e di vicinato; tutela dei consumatori (sostegno alle associazioni di categoria, Osservatorio regionale sui prezzi, ...).

Mobilità

Occorre garantire l'accessibilità ai presidi sanitari e di assistenza territoriale alle persone a mobilità ridotta e a quelle che risiedono nelle aree a bassa domanda, lontane dai principali poli di offerta di servizi: sviluppo del servizio di trasporto sociale dei Comuni, spesso demandato all'iniziativa del Terzo settore; integrazione tra servizi di trasporto e di prenotazione da parte delle ASL; maggiore diffusione dei servizi a chiamata del TPL; taxi sociali.

Occorre promuovere il Trasporto Pubblico Locale per consentire anche alle fasce fragili della popolazione di fruire in modo attivo delle possibilità offerte dal territorio: interventi per rendere più accessibile il parco veicoli, sia per il trasporto su gomma sia per il trasporto ferroviario (pianali ribassati, posti riservati, allestimenti carrozzella, pedane elevatrici, annunci fonici, ...); interventi per il miglioramento delle stazioni e delle fermate; tariffe agevolate rivolte a persone a basso reddito, agli anziani e ai disabili.

Finalità c) valorizza le esperienze professionali, formative e umane conseguite.

Lavoro e formazione

Occorre agevolare la transizione dal lavoro al pensionamento, attuando un maggiore life-work balance in favore dei lavoratori seniores anche inserendo misure specifiche all'interno dei contratti integrativi: allineamento delle mansioni alle specifiche esigenze personali e alle condizioni di salute; flessibilità nella gestione delle presenze; part-time volontario; flessibilità oraria; tele-lavoro; pensionamento elastico.

Occorre valorizzare il capitale umano degli anziani, sia lavoratori che pensionati, riconoscendo alla vecchiaia una maggiore utilità sociale: impiego dei lavoratori seniores nella formazione e nell'affiancamento degli juniores (mentoring e reverse mentoring; formazione sui processi aziendali dai seniores agli juniores; formazione digitale dagli juniores ai seniores); ritorno al lavoro, come consulenti, di pensionati con particolari conoscenze e profili professionali.

Occorre includere gli anziani, sia come lavoratori senior, sia come pensionati, in un percorso di formazione continua e permanente (lifelong learning): riqualificazione per i lavoratori anziani che perdono l'impiego; università popolari e della terza età; alfabetizzazione informatica e diffusione di una cultura digitale come vettori di inclusione sociale (social network, utilizzo autonomo di portali on-line, servizi fiscali on-line, prenotazioni on-line, telemedicina, app del settore dei trasporti, ...).

Finalità f) contrasta i fenomeni di esclusione e discriminazione nei confronti delle persone anziane, sostenendo azioni ed interventi che rimuovono gli ostacoli ad una piena inclusione sociale e garantiscono un invecchiamento sano e dignitoso.

Inclusione sociale

Occorre combattere il confinamento e l'isolamento fisico e relazionale degli anziani, ricostruendo e mantenendo vivo il legame con il tessuto sociale, favorendo la mobilità e le attività di socializzazione (compagnia, formazione, volontariato, centri di aggregazione, ...).

Occorre incentivare l'associazionismo e promuovere una cultura dell'anziano attivo e partecipe della vita comunitaria da contrapporre agli stereotipi negativi che riguardano gli anziani e i pensionati (fragili, bisognosi, privilegiati, ...).

Occorre favorire il protagonismo degli anziani, non limitandoli ad un ruolo di fruitori di servizi o iniziative, ma interpellandoli nel processo decisionale (indagini, raccolta di proposte, ...) e includendoli nella progettazione degli interventi.

Occorre promuovere lo scambio e la conoscenza reciproca tra le generazioni, favorendo la creazione di spazi e attività comuni.

Stili di vita

Occorre, per contrastare la sedentarietà, mettere in atto le condizioni affinché gli anziani, compatibilmente con le proprie condizioni fisiche, siano in grado di praticare un'attività sportiva o motoria: conservazione e miglioramento delle strutture sportive; agevolazioni (per piscine, palestre, ...); iniziative di promozione, diffusione e avvio alla pratica motoria (ginnastica personalizzata a domicilio per piccoli gruppi, gruppi di cammino, gruppi di nordic walking, gruppi di ballo, giornate di yoga, ...).

Occorre sviluppare maggiormente la consapevolezza dell'importanza che assume uno stile di vita sano nel determinare la qualità della vita e nel ridurre il rischio di patologie croniche in età avanzata: campagne informative e incontri sulle tematiche dell'alimentazione, dei rischi connessi al fumo, all'abuso di alcol e ad altri comportamenti patologici (gioco d'azzardo, acquisto compulsivo, ...).

Isolamento e depressione nell'anziano

Il generale aumento dell'aspettativa di vita è un importante conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi sanitari. Tuttavia, più anni di vita non sempre corrispondono ad una qualità di vita migliore. Poichè si assiste contemporaneamente all'aumento delle patologie cronico degenerative legate all'invecchiamento che oltre ad incidere sulla qualità della vita delle persone, determina una crescita dei costi di cura e di assistenza.

L'invecchiamento della popolazione fa nascere quindi nuove sfide di carattere sociale, che richiedono risposte globali ed efficaci in tempi brevi.

La strategia delineata dall'OMS mira a creare e rafforzare le condizioni per un invecchiamento attivo, le cui basi sono da costruire prima dell'età anziana attraverso interventi sociosanitari volti alla:

- **Partecipazione di tutti i soggetti alla vita sociale**
- **Mantenimento della salute intesa come benessere psicofisico**
- **Implementazione della sicurezza della popolazione ultra 65enne sia dal punto di vista fisico che socioeconomico**

In tutta Europa l'aspettativa di vita è andata aumentando negli ultimi decenni, raggiungendo nei paesi a più bassa natalità e con un reddito elevato, come Francia, Spagna e Italia, valori di 85 anni per le donne e 80 per gli uomini.

Secondo L'Istituto Europeo di statistica gli anziani in Europa nel 2050 saranno il 32% della popolazione. A questo aumento incessante dell'attesa di vita non corrisponde un parallelo aumento della qualità della vita.

L'aumento della vita media della popolazione italiana è ormai un dato di fatto, secondo gli indicatori Istat del 2017, gli individui di 65 anni e più rappresentano il 22,3% della popolazione totale, quelli di 80 anni e più sono invece il 6,8 % del totale, mentre le persone oltre i 90 anni si attestano a 1,2%.

L'anzianità è una normale fase della vita, ma in un contesto come questo in cui in futuro la maggior parte della popolazione sarà costituita da persone anziane diventa sempre più importante e necessario dare a questa tappa dell'esistenza l'attenzione che merita.

La solitudine dell'anziano

Per una persona anziana coltivare relazioni diventa sempre più difficile; mentre un anziano attivo, partecipe mentalmente e costantemente sollecitato nei rapporti umani, sarà una persona più protetta e tutelata nel futuro.

Ma la perdita del coniuge, i figli sempre di corsa che ormai hanno la loro famiglia e vivono altrove, i problemi fisici che impediscono di muoversi, i problemi visivi o uditivi, la mancanza di occupazione, i problemi economici dovuti a una pensione minima, sono tutti morivi che tendono a isolare le persone che hanno superato l'età della giovinezza. E' così che gli anziani diventano **vulnerabili fisicamente e psicologicamente**.

Spesso, vi è una sottostima della necessità di curarsi, sia da parte dell'anziano stesso, sia da parte dei familiari che interpretano una condizione abituale dell'età avanzata.

La solitudine è tra le cause più frequenti e incisive di perdita della salute. E' pertanto importante conoscere le tappe di questo percorso patologico, per meglio impostare azioni preventive sul singolo e sulla collettività, dedicando attenzione a come mettere in atto meccanismi protettivi poiché uno stato di prolungata solitudine rischia di alimentare senza controllo, il nascere di un'insidiosa e maligna condizione psicologica: **La depressione**.

Nel Piano d'azione salute mentale per il 2013-2020, l'**Organizzazione Mondiale della Sanità** descrive infatti la popolazione anziana come un gruppo vulnerabile a elevato rischio di disturbi mentali.

Nel documento si definiscono gli obiettivi di salute per la popolazione in generale e soprattutto per determinate categorie a rischio come gli anziani, le azioni e gli specialisti necessari per mettere in atto dei **piani di prevenzione**.

Essi comprendono interventi di supporto psicologico o riabilitativo a seconda del profilo del paziente e vengono erogati all'interno di centri specializzati, come casa di cura per anziani oppure attraverso servizi di assistenza domiciliare.

La solitudine degli anziani diventa ormai una piaga sociale della quale prendere piena coscienza e responsabilità. Solo recentemente riconosciuto come problema prioritario di salute pubblica.

E' stata oggetto di un studio del terapeuta **John Caioppo** presso l'università di Chicago che ha esaminato con attenzione gli effetti e ne ha tratto dettagliate conclusioni.

Secondo lo studio americano, la solitudine che attanaglia una persona ormai anziana, rischia di compromettere inevitabilmente lo stato di salute generale e rischia di incidere sul tasso di mortalità fino al 14% in più, rispetto ai coetanei non abbandonati a loro stessi.

Ecco perché oggi il fenomeno nel suo complesso non è più messo in discussione, e si studiano in modo analitico le varie condizioni che mediano l'influenza della solitudine sulla durata stessa della vita. L'effetto dell'isolamento sociale e del vivere da soli induce un aumento della mortalità.

Così come, altre ricerche hanno dimostrato che la solitudine è legata a un aumento del rischio di sviluppare una malattia coronarica o un ictus, eventi che incidono moltissimo sulla durata, oltre che sulla qualità della vita.

Al contrario sono stati presentati studi secondari i quali una forte connessione sociale protegge dalla solitudine dalla depressione e sicuramente da una morte prematura.

Potrebbe essere eccessivo collegare la solitudine con la mortalità. I dati sul rapporto solitudine mortalità sono indiscutibili e dovrebbero convincere sull'importanza di intervenire all'interno delle famiglie e delle comunità perché cresca un impegno corale al fine di evitare l'isolamento dell'anziano. A nulla però servono i dati clinici se non vi è nella coscienza collettiva un sentire condiviso, per un impegno per l'altro è indotto dal sentimento di comune appartenenza a questo mondo.

Come hanno dimostrato alcuni ricercatori la "depressione", "supporto sociale" e "solitudine" sono concetti tra loro collegati. Nello specifico coloro che avvertono un buon supporto sociale, mostrano minori tassi di solitudine e ottengono un fattore protettivo sulla depressione. Allo stesso modo invece, coloro che avvertono maggiormente la mancanza di legami sono più soggetti a sentimenti di solitudine e quindi un maggiore rischio di depressione.

Quindi è plausibile ipotizzare interventi sull'anziano che favoriscono la socializzazione e la creazione di gruppi per poter ricostruire legami significativi dove implementare ascolto, sostegno e condivisione. Lo strumento del gruppo più che l'intervento specifico individuale, può aiutare a rispondere ad alcuni bisogni primari che, in età senile tendono a trovare minore risposte.

La solitudine degli anziani sta diventando una piaga sociale della quale prendere piena coscienza e responsabilità. Queste drastiche indicazioni indicano lo sviluppo avvenuto in questi anni degli studi sulla solitudine e l'effetto che questi (in ambito epidemiologico, biologico e clinico) avrebbero dovuto avere sulla coscienza diffusa di molte persone.

Ci sono vari modi per ovviare al problema della solitudine degli anziani. Coinvolgerli nelle attività e nelle uscite famigliari. Condividere con loro esperienze, tempo libero e viaggi insieme. Promuovere la loro indipendenza, non significa soltanto lasciarli soli a svolgere le loro attività quotidiane, ma vuol dire anche incentivare i loro contatti con ex colleghi di lavoro o aiutarli nel formare nuove amicizie e nuove passioni alle quali dedicare le inevitabili ore da trascorrere durante la giornata.

Detto questo, ci sono alcuni suggerimenti che possiamo dare a chi si trova ad assistere persone anziane. Prima di tutto rivolgersi ad un medico specialista che possa valutare il vostro caso, in secondo luogo rispettare le sue preferenze evitando di procurare stress.

Cercate sempre di essere disponibili nel caso in cui la persona abbia bisogno di aiuto, confrontatevi con uno psicologo per capire come affrontare la situazione e non risultare troppo invadenti, con il rischio che la persona si senta un peso per la società. In caso di difficoltà motorie, cercate di assistere l'anziano fornendogli strumenti appositi come bastoni, deambulatori o montascale, che lo possano aiutare a essere il più autonomo possibile.

Siate pazienti, perché specialmente nel caso in cui la persona anziana soffra di un disturbo depressivo, i cambiamenti in positivo possono arrivare sul lungo termine e non dall'oggi al domani.

Infine per tutte le persone anziane c'è un consiglio che vale sempre: Mantenersi attivi, Fare i nonni, coltivare amicizie e gli hobby, impiegare il proprio tempo nel volontariato, viaggiare, leggere, ognuno può scegliere cosa più gli piace ed essere consapevoli che l'anzianità è una fase della vita come altre, con i lati positivi e negativi. Tutto sta nel viverla con l'approccio giusto, affrontando le difficoltà a testa alta.

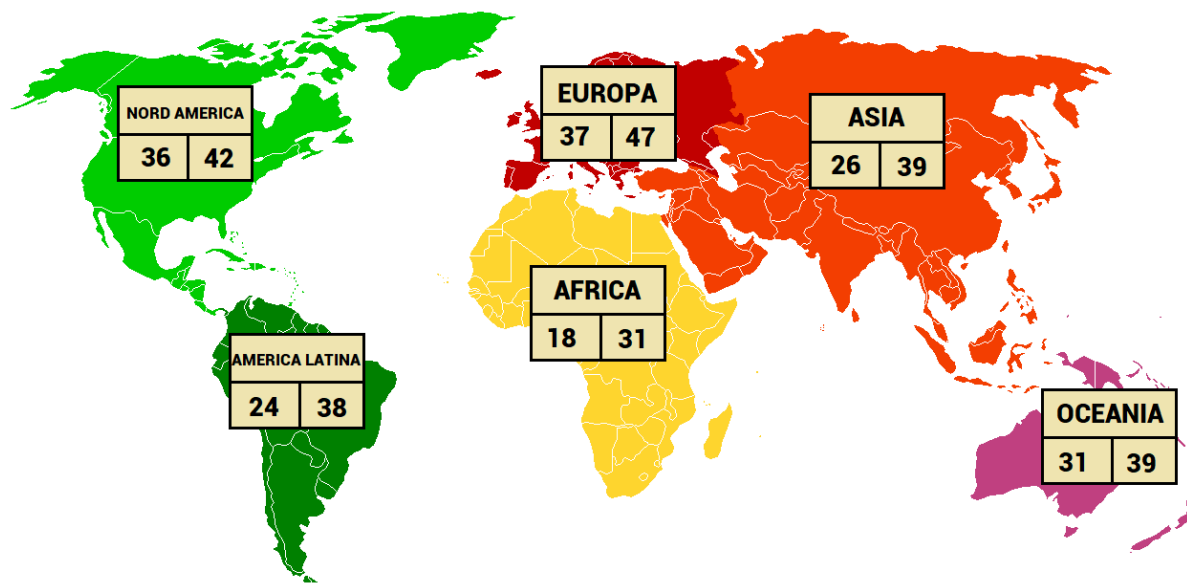
In tutto questo non dimentichiamo che la qualità delle nostre società moderna si misura anche da quanto sono in grado di rispettare e assistere i loro cittadini più anziani, senza abbandonarli.

Un confronto internazionale e uno sguardo alle realtà regionali italiane

Un confronto internazionale

1 - Perché l'invecchiamento attivo è diventato così importante nel mondo?

Molto spesso sentiamo parlare dell'invecchiamento della popolazione italiana. In particolare per chi è impegnato in un Sindacato dei pensionati, è praticamente impossibile non essersi imbattuti in qualche articolo di approfondimento su questo tema, si pensi ad esempio alle pubblicazioni del demografo Rosina. Non dobbiamo però commettere l'errore di credere che queste dinamiche riguardino soltanto il nostro paese. In tutto il mondo, complice la diffusione sempre maggiore di condizioni di vita buone o accettabili, la speranza di vita sta crescendo e con essa l'età media della popolazione.



Nella mappa, il numero più a sinistra rappresenta l'età media della popolazione nell'anno 1990; il numero a destra invece è una proiezione dell'ONU sulla probabile età media nel 2050.

È evidente come in tutto il mondo diventi indispensabile una nuova visione culturale dell'anzianità, non più vista come un'età passiva ma come una fase della vita aperta ad attività e passioni; in secondo luogo, il ruolo degli anziani va rivisto anche a livello sociale ed economico per garantire loro un nuovo protagonismo nella società.

2 – Le organizzazioni internazionali si occupano di invecchiamento attivo?

L'interesse delle grandi organizzazioni internazionali nel corso degli ultimi anni è andato crescendo.

Già nel 1982, a Vienna, si tenne la Prima Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, promossa dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, conosciuta internazionalmente come WHO – World Health Organization), agenzia speciale dell'ONU per la Salute.

Nel 1995 la OMS varò un programma (Ageing and Health, Invecchiamento e Salute) per sostenere una nuova visione dell'invecchiamento, che tenesse conto dei rapporti tra le diverse generazioni e delle differenze relative al genere.

È però nel 2002 che il tema entra in modo più dettagliato nell'agenda. È in quell'anno infatti che si tiene la Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, a Madrid, dalla quale emerge un importante documento: il Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento (conosciuto come MIPAA), sottoscritto dai 159 Stati membri.

E l'Unione Europea? L'impegno dell'UE sul tema è inequivocabile, fin dalla sua Carta dei diritti fondamentali, in cui due articoli non lasciano spazio a equivoci: il 21 ("È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, [sulla] disabilità [e] l'età) e il 25 ("L'Unione riconosce e rispetta il

diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale”).

Il 2012 è stato proclamato “Anno Europeo dell’Invecchiamento Attivo e della solidarietà tra le generazioni”. L’Unione Europea, infine, nel corso del tempo ha finanziato moltissime iniziative legate all’invecchiamento attivo, per mezzo del FSE (Fondo Sociale Europeo), del FESR (Fondo Europeo di sviluppo regionale), il Fondo di Coesione e il FEASR (Fondo Europeo Agricolo per lo sviluppo Rurale).

È doveroso sottolineare anche l’impegno assunto dai leader di molte nazioni industrializzate nel G20 del 2019, tenutosi in Giappone. Nel punto 31 della dichiarazione conclusiva si trova l’impegno a supportare nei rispettivi paesi un invecchiamento sano e attivo, attraverso la prevenzione e il controllo dei disagi degli anziani; nel punto 21, altrettanto importante, si danno linee guida per il miglioramento delle condizioni di lavoro dei cosiddetti “lavoratori senior” (i lavoratori non più giovanissimi).

3 – Come comparare l’efficacia delle politiche sull’invecchiamento dei vari paesi?

L’UNECE (Commissione economica per l’Europa delle Nazioni Unite) è una delle 5 Commissioni economiche delle Nazioni Unite. Nel 2012, nell’ambito dell’Anno Europeo dell’Invecchiamento Attivo, lanciò un ambizioso progetto: creare un indicatore che potesse comparare l’efficacia delle politiche per l’invecchiamento attivo dei paesi europei.

L’Active Ageing Index (AAI), Indicatore di Invecchiamento Attivo, ha visto la sua popolarità crescere nel corso degli anni. Tiene conto di ben 22 micro indicatori, racchiusi in 4 macro aree (affronteremo ognuna di esse con un paragrafo dedicato). Tutti questi dati, adeguatamente pesati, confluiscono poi in un’unica valutazione.

Siamo ben consapevoli che nessun argomento possa essere esaurirsi con un semplice numero, ma allo stesso tempo un indicatore adeguatamente costruito è molto interessante, perché ci permette di confrontare il nostro paese con gli altri paesi Europei.



La cartina che è possibile vedere a fianco mostra graficamente i valori assunti dall’AAI nel 2018 (la rilevazione avviene ogni due anni). Come si può notare, la posizione dell’Italia non è delle più felici: infatti, tanto più lo riempimento è scuro, tanto più l’indice assume valori elevati.

L’indice dell’Italia è pari a 33,8, inferiore alla media dell’Unione Europea (35,8).

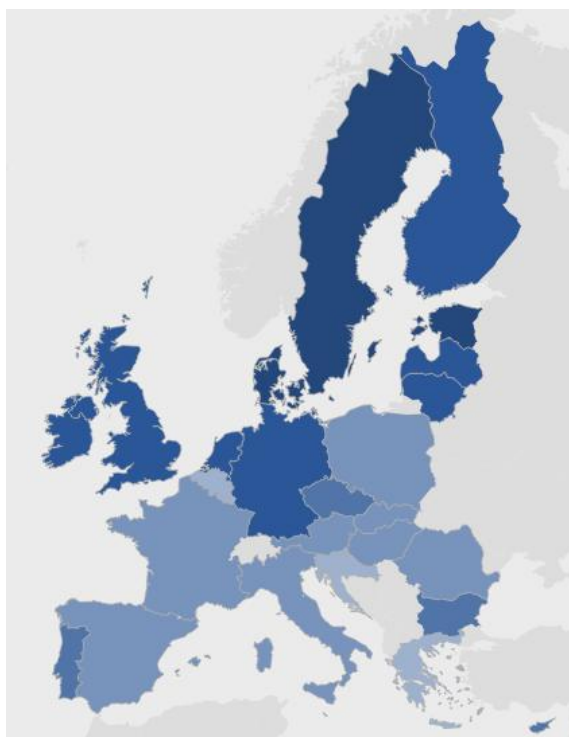
Svezia (47,2), Danimarca (43) e Olanda (42,7) guidano la classifica, mentre in coda troviamo la Grecia (27,7).

L’AAI italiano è cresciuto nettamente tra il 2010 e il 2012, passando da 30,1 a 33,8. Da allora, però, le performance italiane sono state altalenanti.

Nei prossimi paragrafi si analizzeranno le quattro macro aree dell’indicatore, per capire quali sono le politiche più efficaci in Italia e quali gli ambiti sul quali sarebbe necessario un forte miglioramento.

4 – AAI: Tasso di occupazione al di sopra dei 55 anni

Il primo indicatore di Invecchiamento Attivo è il tasso di partecipazione al mondo del lavoro da parte di persone di varie fasce di età superiori ai 55 anni.



L'Italia è al sedicesimo posto sui 28 paesi analizzati, ma la tendenza è di forte crescita (sicuramente la Legge Fornero, più stringente della precedente legislazione in tema previdenziale, è il fattore che ha inciso più di tutti).

L'indice di Invecchiamento Attivo relativo all'occupazione è cresciuto da 19,6 a 28: è ancora lontanissimo dai valori più alti (Svezia 45, Estonia 44,5), ma inizia ad allontanarsi anche da quelli più bassi (Grecia 20,6).

Nel 2010 risultavano occupate il 47,4% delle persone di età compresa tra i 55 e i 59 anni: ora sono il 62,2%. Quasi raddoppiato il tasso per le persone tra 60 e 64 (dal 20% al 36,9%). Le fasce di età superiori hanno fatto registrare un incremento decisamente più modesto.

La crescita riguarda in modo indistinto uomini e donne: le percentuali sono molto simili. Tuttavia, la base di partenza è ben diversa: pur crescendo, il tasso di occupazione femminile rimane molto basso in Italia, e

questo si ripercuote ovviamente anche nel tasso di occupazione sopra ai 55 anni.

L'Unione Europea ha finanziato, nel corso degli anni, moltissimi progetti volti ad aumentare l'occupazione per le persone ultracinquantacinquenni, lavorando su due fronti: garantire l'occupabilità di chi è stato tagliato fuori dal mondo del lavoro e permettere a chi già sta lavorando di prolungare la propria vita lavorativa.

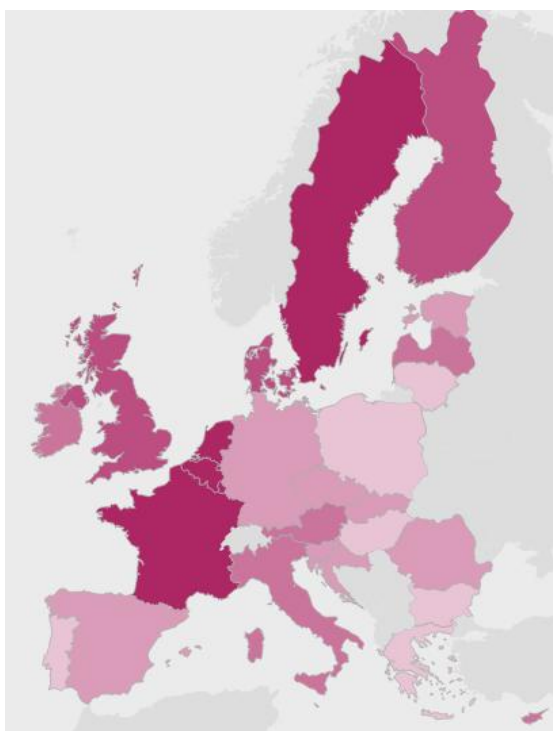
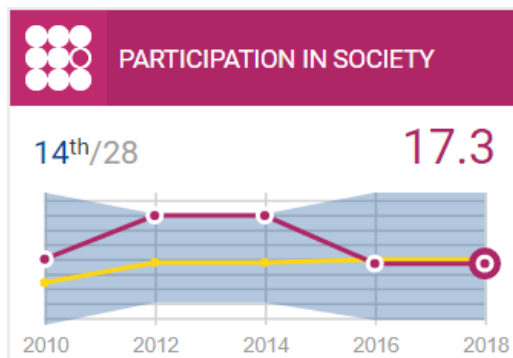
In molti paesi si sono svolti (e si stanno svolgendo) attività di supporto all'occupabilità: di alcune parleremo nella sezione relativa alle buone pratiche, ma è giusto accennare già ora al TAEN (Third Age Employment Network) nel Regno Unito, che ricorda da vicino l'esperienza della nostra Alleanza contro la Povertà, coinvolgendo una pluralità di soggetti. Tra le iniziative promosse, l'aiuto nella scrittura dei curriculum, la preparazione gratuita per i colloqui di lavoro, formazione sull'informatica della durata di tre mesi.

Molti paesi hanno varato provvedimenti volti a migliorare la condizione di vita dei lavoratori senior, con turnazioni più favorevoli, flessibilizzazione dell'orario di lavoro, interventi di welfare, possibilità di congedi più frequenti.

L'indicatore italiano, spinto verso l'alto dalla riforma pensionistica, non sembra essere particolarmente legato al miglioramento delle condizioni lavorative e dall'abbattimento dei pregiudizi verso i lavoratori più anziani, sebbene non manchi sul territorio italiano qualche esempio virtuoso in tal senso.

5 – AAI: Partecipazione nella società

Il secondo indicatore è relativo alla partecipazione alla vita della società.



L'Italia occupa una posizione intermedia: è infatti al 14esimo posto della classifica. Si tratta di un risultato apparentemente discreto, ma un elemento lo rende invece molto negativo: nel 2010, alla prima rilevazione, il nostro paese occupava la sesta posizione.

Cosa ha determinato questo tracollo?

Principalmente il declino delle attività di volontariato, che nel 2010 coinvolgevano l'11,5% degli over 55, mentre nel 2018 la percentuale si fermava al 5,8% (diminuzione netta sia per le donne sia per gli uomini).

In lieve crescita l'attività di cura per i bambini (in particolare per i nipoti): nel 2010 riguardava circa un anziano su 4, nel 2018 il 30%. Mentre la percentuale maschile è rimasta praticamente invariata, a guidare la crescita è stata la percentuale di donne impegnate in questa attività.

Lieve ribassamento, invece, per l'attività di cura a disabili e non autosufficienti: dal 19,1% al 18% (in questo caso ad essere praticamente invariata è la percentuale femminile, mentre quella maschile è scesa dell'1,5%).

Infine, il dato sulla partecipazione politica: il forte interesse verso la politica nel 2010 riguardava il 14,7% della nostra popolazione di riferimento, percentuale salita a 15,1% nel 2018. Cresce l'interesse maschile verso la politica (+3,3%), ma decresce quello femminile (-2,7%).

Il quadro che emerge da questi indicatori è molto preoccupante.

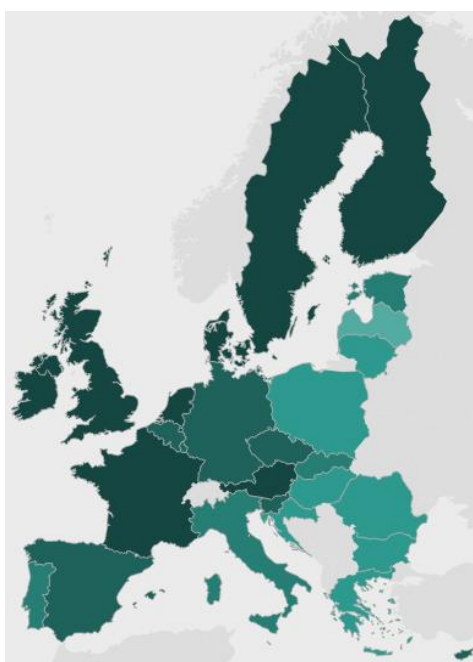
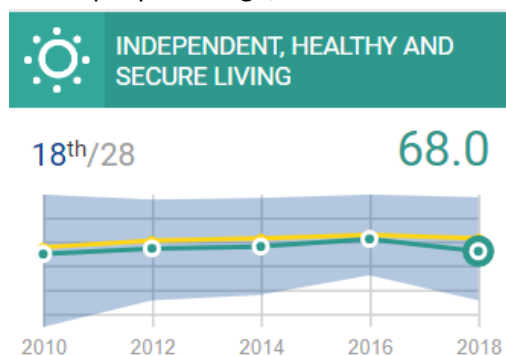
Guardando a questi dati, si capisce che la relativa stabilità dell'AAI italiano rischia di essere legata soltanto al prolungarsi della vita lavorativa; tutti gli aspetti legati al tempo libero sembrano invece perdere terreno rispetto al resto dell'Europa.

Il quadro che emerge è quello che vede le donne fortemente impegnate nel lavoro di cura informale (verso i bambini e verso i non autosufficienti), con una partecipazione maschile che fatica a decollare e anzi perde terreno. Non è difficile immaginare come questo impegno, pur contribuendo a mantenere l'indicatore su livelli accettabili, sottragga alle donne il tempo libero: non stupisce, dunque, vederle perdere punti percentuali sulle attività di volontariato o sulla partecipazione politica.

Non si può immaginare un invecchiamento attivo che non sappia essere promotore di volontariato per gli anziani: le loro conoscenze e competenze sono troppo preziose per essere disperse. Per questo andrebbero sostenuti maggiormente i progetti che sanno coinvolgere in modo attivo le persone con qualche anno in più: si pensi, ad esempio, alle possibilità di avvicinare le generazioni più lontane.

6 – AAI: Vita indipendente, in salute e sicura.

Il terzo indicatore, particolarmente interessante, si occupa di questioni come il benessere fisico degli anziani, le loro condizioni economiche, la loro sicurezza e la possibilità di un apprendimento che duri tutta la vita. Sarà necessario soffermarsi un po' più a lungo, vista la ricchezza degli indicatori contenuti.



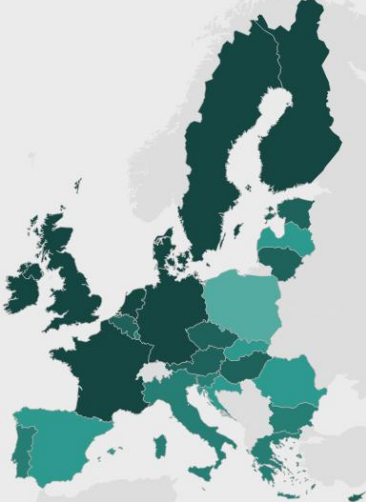
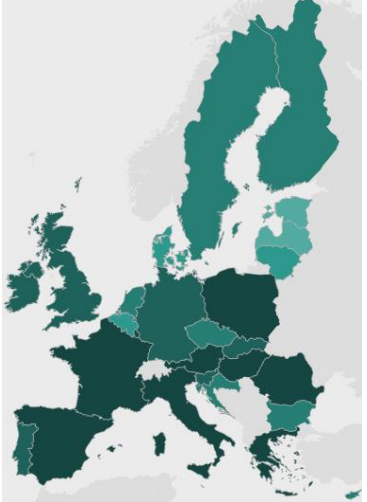
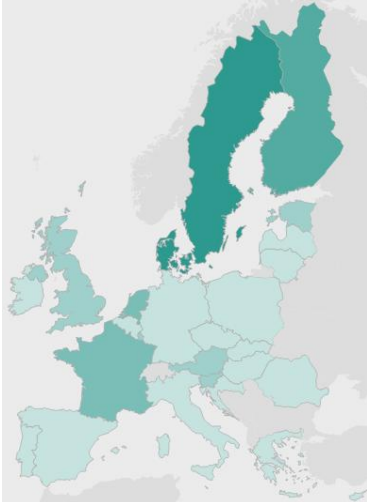
Prima di tutto, diamo uno sguardo all'indicatore complessivo. Il punteggio italiano è abbastanza buono (68), anche se siamo come sempre piuttosto distanti dai valori realizzati nel nord Europa: Svezia 79,2; Danimarca 78,4; Finlandia 77,4. In generale, molti paesi mettono agli atti un risultato superiore a 70.

Il dato italiano è stabile rispetto alla prima rilevazione (2010), ma nel 2016 si era registrato un incremento dell'indicatore, che poi non si è riusciti a mantenere.

Almeno in questo caso, si può constatare come le donne abbiano registrato un lieve innalzamento dell'indice complessivo.

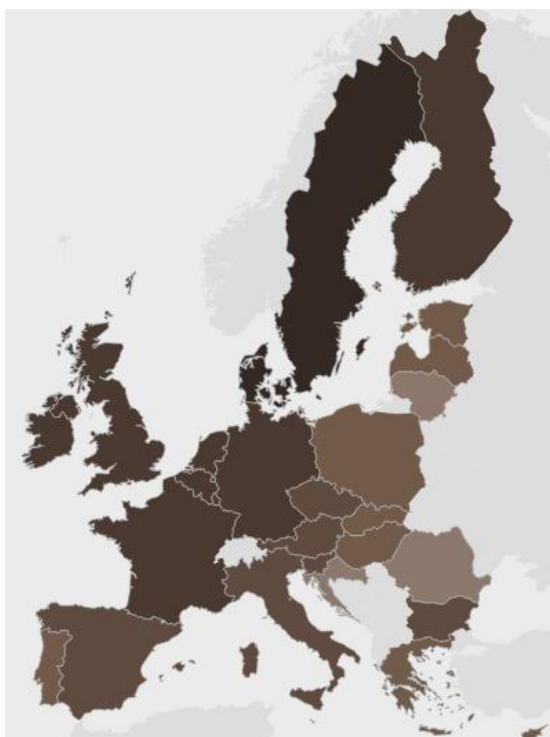
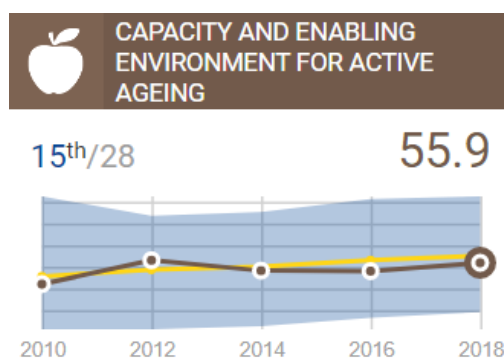
La ricchezza delle analisi che è possibile fare a partire dai micro indicatori che partecipano alla definizione di "vita indipendente, in salute e sicura", si rende opportuna una breve analisi per ognuno di essi.

Esercizio Fisico	Accesso alle cure dentarie
L'esercizio fisico è scarsamente diffuso nella popolazione anziana italiana, ed è in decremento negli anni. Le donne vi si dedicano ancora meno frequentemente rispetto agli uomini, e l'Italia è relegata agli ultimi posti della classifica europea.	Al contrario, la possibilità di accedere alle cure dei denti è molto diffusa nel nostro paese. Un punto di attenzione, però: l'indice è sceso di 2,5 punti percentuali negli ultimi anni. È un campanello di allarme da non sottovalutare.

Sistemazioni abitative indipendenti	Reddito medio
	
Anche in questo caso l'Italia registra dati positivi, in rialzo sia per gli uomini sia per le donne.	Il reddito medio degli anziani è un punto decisamente positivo, senza distinzioni di genere.
Rischio di povertà	Gravi deprivazioni materiali
	
Nonostante il buon reddito medio, il rischio di povertà non è assente in Italia. Altri paesi, come quelli del nord, Francia e Olanda, offrono maggiore protezione.	Allo stesso modo, le persone che vivono condizioni di grave deprivazione materiale sono poche, ma non assenti. E sono molti i paesi colorati di un verde più scuro rispetto a quello dell'Italia.
Sicurezza	Apprendimento lungo tutta la vita
	
La percentuale di anziani che si sente sicura nel camminare in un'area priva di illuminazione.	Le possibilità di formazione lungo tutta la vita e in particolare nella terza età sono assenti in Italia.

7 – AAI: Ambiente favorevole all'invecchiamento attivo

L'ultimo indicatore dell'AAI sonda alcuni aspetti ambientali che possono incidere sul corretto e soddisfacente corso di vita.



Anche in questo caso, purtroppo, l'indice italiano è sotto alla media Europea, anche se di poco. Un elemento positivo, però, è la crescita lenta ma costante avvenuta dal 2010 sino ad oggi.

L'indice assume valori particolarmente positivi per quanto riguarda l'aspettativa di vita rimanente a 55 anni, ponendo l'Italia tra i paesi più longevi; la situazione è però diversa se si considera il secondo micro indicatore: l'aspettativa di vita in buona salute a 55 anni. In quel caso, siamo nella media europea, surclassati ad esempio dalla Svezia.

La situazione inizia ad essere infelice considerando il terzo micro indicatore, quello del benessere mentale: il valore, pur non essendo negativo, è molto più basso della maggior parte degli altri paesi.

L'uso delle tecnologie digitali spacca l'Europa a metà: nel Nord e in Gran Bretagna è diffusissimo, mentre lo è molto meno nel Sud e nell'Est europeo.

Considerando il penultimo indicatore, quello della vita sociale delle persone con più di 55 anni di età, vediamo sveltare paesi come Portogallo, Spagna, Francia, Olanda, Danimarca, Svezia e Finlandia. Tutti gli altri, Italia inclusa, sono piuttosto indietro.

L'ultimo indicatore misura il numero di anziani che nella loro vita hanno raggiunto un titolo di studio medio o elevato. Forse un po' a sorpresa, a dominare nettamente la classifica sono i paesi dell'Est Europa, insieme alla Germania. Il nostro Paese è tra gli ultimi in classifica: peggio di noi, soltanto Spagna e Portogallo.

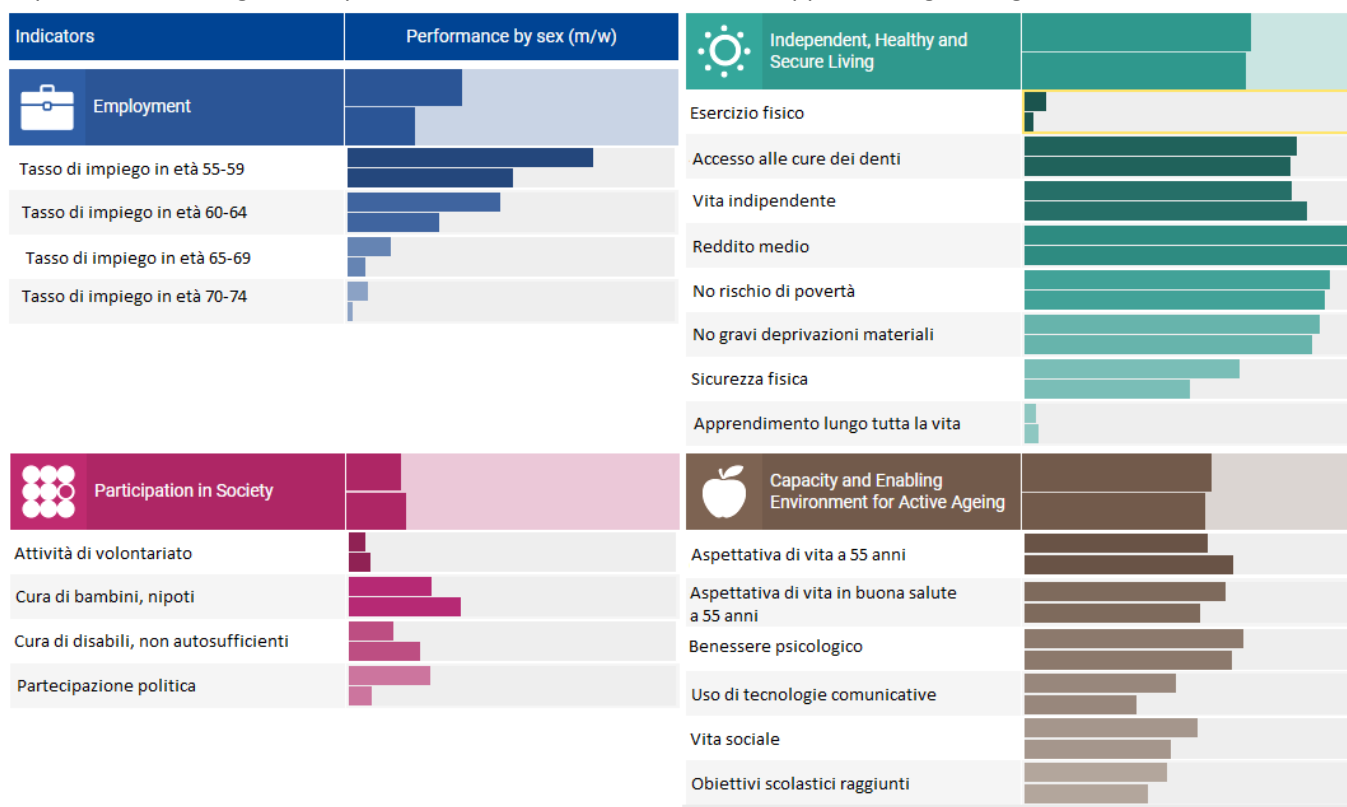
Quasi tutti questi indicatori, però, come anticipato, sono cresciuti fortemente negli anni. In particolare, l'uso delle tecnologie comunicative digitali è passato dal 13% del 2010 al 40% del 2018, con una crescita straordinaria che ha riguardato sia uomini sia donne.

Lo stesso si può dire per quanto riguarda i titoli di studio medio-alti: in questo caso, le donne hanno registrato una crescita superiore a quella degli uomini.

Un tasto dolente, però, è quello della vita sociale: la percentuale di persone con più di 55 anni che dichiara di incontrare abitualmente amici, parenti o colleghi almeno una volta a settimana al di fuori della propria abitazione è scesa drasticamente, passando dal 59% al 48%.

8 – E l'Italia dove va? Un approfondimento sul genere

Una pagina riassuntiva degli indicatori ci permette di avere un quadro di insieme, e di analizzare un ultimo importante tema legato alle politiche di invecchiamento attivo: l'approccio legato al genere.



Come è possibile vedere, le più gravi discriminazioni di genere sono legate all'occupazione lavorativa. In questo campo, i valori degli uomini sono nettamente superiori a quelli delle donne in ogni fascia di età. Viene naturale pensare al tema delle donne costrette a lasciare il proprio lavoro nel corso della loro vita, per potersi prendere cura dei figli, sobbarcandosi anche tutto il lavoro di cura degli anziani: un tema che richiede prima di tutto un cambiamento culturale.

Guardando alla seconda area (quella che nel grafico è in verde), notiamo discrepanze di genere meno marcate ma, in due casi, comunque considerevoli: l'esercizio fisico, praticato da pochissimi individui in generale, ma quasi tutti maschi, e la percezione della sicurezza. Le donne si sentono molto meno sicure degli uomini.

Gli indicatori legati alla partecipazione alla vita della società, come abbiamo già annotato nell'apposito paragrafo, vedono un forte dualismo, che relega le donne alle attività di cura (di nipoti o di persone più anziane non autosufficienti), lasciando invece la partecipazione politica quasi interamente agli uomini.

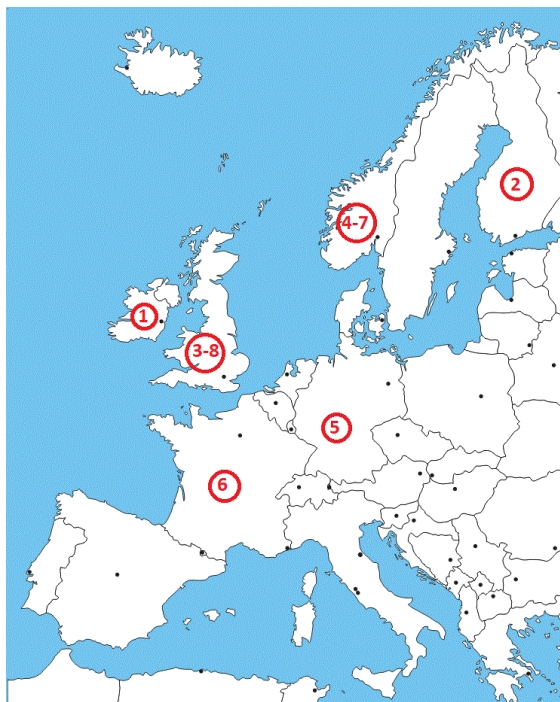
Per quanto riguarda le variabili ambientali, le donne superano gli uomini soltanto per quanto riguarda l'aspettativa di vita a 55 anni: in tutti gli altri ambiti sono gli uomini a primeggiare, in alcuni casi anche con un divario abbastanza netto (in particolare l'uso di tecnologie comunicative digitali e la vita sociale).

L'Italia cosa intende fare per migliorare la situazione del paese sul tema dell'invecchiamento attivo?

I paesi che hanno aderito al trattato di Madrid sono chiamati a fare una verifica quinquennale degli obiettivi raggiunti e delle politiche messe in atto. L'ultimo rapporto, relativo al periodo 2012-2017, è stato redatto mentre era in carica il governo Gentiloni. In questo documento il Governo ammetteva che il tema dell'invecchiamento attivo fosse stato affrontato prevalentemente a livello locale, con la programmazione regionale. Si rivendicava però l'aumento della partecipazione nel mercato del lavoro (legandola ovviamente alla Legge Fornero, ma anche con un certo ottimismo al Jobs Act) e la promozione dell'apprendimento permanente.

9 – Qualche buon esempio

Abbiamo deciso di riportare alcuni esempi significativi di pratiche relative all'invecchiamento attivo. Sebbene molte di esse si riferiscano agli aspetti lavorativi dell'invecchiamento (sono in generale i più considerati in molti degli studi consultati), la cosa più importante da sottolineare è il coinvolgimento di una pluralità di soggetti diversi.



1) Irlanda - The National Positive Ageing Strategy (La strategia nazionale per l'invecchiamento positivo)

CHI: Ministero delle Politiche Sociali, con programmi scritti appositamente per ognuna delle 4 Regioni e con la partecipazione delle Comunità locali.

COSA: Un insieme di misure di vario genere. Di particolare interesse la costituzione di un Consiglio Permanente con rappresentanze di tutti i portatori di interesse per aggiornare annualmente il piano nazionale e valutare i risultati.

ALTRE ESPERIENZE: Anche a Malta si sta svolgendo un programma praticamente identico; uno molto simile è stato recentemente avviato in Slovenia.

2) Finlandia – The National Age Programme and follow up

CHI: Il Governo Nazionale

COSA: Promozione di una nuova consapevolezza sul tema grazie a una campagna informativa; maggior cooperazione tra Ministeri e partner Locali; progressi importanti nelle condizioni di lavoro sotto l'aspetto sanitario; sostenibilità economica delle misure adottate.

3) Regno Unito – TAEN: The Third Age Employment Network (Il network per l'occupazione della terza età)

CHI: Si tratta di un'associazione indipendente di cui fanno parte oltre 250 organizzazioni di varia natura: è impossibile non pensare al parallelo con l'Alleanza contro la Povertà italiana.

COSA: Si propone di essere un interfaccia tra domanda e offerta di lavoro per lavoratori senior; interviene nel dibattito pubblico su queste tematiche e partecipa alla costruzione di nuove modalità di intervento.

4) Norvegia – Centre for Senior Policy (Centro per le politiche sulle persone in età avanzata)

CHI: Governo Nazionale, sindacati maggiormente rappresentativi, sigle di rappresentanza datoriale

COSA: Politiche per il miglioramento delle condizioni lavorative fin dai 45 anni di età (turnazioni più vantaggiose, flessibilità, ecc); politiche per sviluppare il potenziale dei lavoratori senior e supportare la loro inclusione negli ambienti lavorativi.

5) Germania (Dingolfing) – La risposta BMW per la gestione dell'invecchiamento dei lavoratori

CHI: Il direttore di uno stabilimento BMW che conta nel proprio organico 2500 lavoratori

COSA: Approccio dal basso: il direttore ha consultato i suoi lavoratori cercando soluzioni al problema dell'aumento dell'età media nello stabilimento (in passato affrontato soltanto con prepensionamento e demansionamento di lavoratori). Sono stati introdotti in azienda ben 70 piccoli cambiamenti che hanno decisamente migliorato la qualità della vita dei lavoratori.

6) Francia – Contract de génération (Staffetta Generazionale)

CHI: Il Governo Nazionale attraverso la promulgazione di una Legge nel 2014

COSA: incoraggiare le aziende ad assumere giovani trattenendo però i lavoratori con più di 57 anni, sviluppando programmi di trasmissione delle conoscenze. Le aziende con più di 300 dipendenti sono state costrette a negoziare coi sindacati delle misure in tal senso; le aziende con meno di 300 dipendenti hanno potuto usufruire di un sussidio di una certa entità.

7) Norvegia – Competence Reform (Riforma delle competenze)

CHI: Accordo tra Governo nazionale e parti sociali

COSA: Accesso agevolato dei lavoratori al sistema scolastico; in particolare lavoratori adulti non in possesso di un diploma e gli immigrati in possesso di titoli non riconosciuti in Norvegia. Concessione di prestiti di studio da parte dello Stato, possibilità di congedi di studio per chi abbia lavorato almeno tre anni.

8) Regno Unito - London & Quadrant Housing Trust

CHI: Una società londinese senza scopo di lucro

COSA: fornisce servizi abitativi ai gruppi sociali vulnerabili (oltre agli anziani, anche famiglie a basso reddito, senzatetto, persone con disabilità...). Conta ormai 900 dipendenti (il 68% dei quali sono donne).

10 – Cosa ci aspetta nel futuro?

Nel settembre del 2015, i 193 Paesi membri dell'Onu hanno sottoscritto l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. Questo documento racchiude 17 Obiettivi che ogni Paese si è impegnato a raggiungere (i 17 obiettivi sono a loro volta scomposti in 169 traguardi da raggiungere).

Non è difficile collegare molti di questi obiettivi alle tematiche dell'Invecchiamento Attivo: stando così le cose, l'impegno per i prossimi dieci anni su questo tema dovrebbe essere garantito.



Uno studio norvegese mette in relazione nove degli obiettivi dell'Agenda 2030 con gli impegni della Conferenza di Madrid (e quindi con l'invecchiamento attivo): la lotta alla povertà (che in molte zone del mondo porta gli anziani a gravi situazioni di deprivazione); la diffusione della salute e del benessere; la qualità della formazione e dell'educazione; l'eguaglianza di genere (abbiamo visto in un precedente paragrafo quanti squilibri siano oggi esistenti in Italia); la crescita economica legata a condizioni di vita accettabili; la riduzione delle disuguaglianze; lo sviluppo di città sostenibili (si pensi a come barriere architettoniche o uno sviluppo urbano non inclusivo possano escludere gli anziani dalla vita sociale); pace, giustizia e solidità delle istituzioni; collaborazione tra i Paesi per raggiungere gli obiettivi.

Un altro motore di sviluppo futuro potrebbe essere messo in moto dalle motivazioni economiche. Infatti la Silver Economy (Economia d'Argento), l'economia basata sui consumi della parte più anziana della popolazione, è in costante crescita in ogni angolo del mondo.

Uno studio stima questi consumi in 3700 miliardi di Euro; considerando anche l'indotto si raggiunge la cifra di 4200 miliardi.

Questa economia cerca di soddisfare le esigenze della popolazione "senior", bisogni molto diversi da quelli dei giovani.

Un settore portante è quello della salute: farmaceutica, servizi, residenze per anziani. Ma si pensi anche a servizi culturali e ricreativi, viaggi. O, ancora, la domotica per migliorare l'ambiente casalingo. L'alimentazione, i servizi bancari.

In Italia in molte aziende c'è ancora scarsa conoscenza di queste importanti prospettive, ma c'è da scommettere che nei prossimi anni assisteremo a un forte sviluppo.

Un confronto tra le Regioni italiane

1 – In quali Regioni è presente una Legge sull'invecchiamento attivo?

La cartina evidenzia tutte le Regioni italiane che nel corso degli anni si sono dotate di una Legge Regionale sul tema dell'invecchiamento attivo. Precursori assoluti gli amministratori della Regione Liguria, che si è dotata di una Legge già nel 2009. Ha seguito il Friuli Venezia Giulia nel 2014; dal 2016 la presenza di Leggi sul tema si è diffusa a macchia d'olio; basti pensare che nel 2019 sono state promulgate ben tre Leggi Regionali (tra cui la nostra). In molte di queste Regioni la pressione del Sindacato è stata decisiva perché si arrivasse all'approvazione: tra queste, naturalmente, va annoverato il Piemonte.

È interessante il caso del Friuli Venezia Giulia, che avendo il vantaggio di essersi dotato della Legge Regionale con un certo anticipo rispetto a molte altre Regioni, ha già alle spalle la redazione ben due Piani Triennali che ne sono scaturiti (2016-2019 e 2019-2021). L'attività del Friuli è evidente consultando il sito internet dedicato (<https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it>).

Alcune Regioni, in ottemperanza alle loro Leggi, hanno nel proprio bilancio uno stanziamento annuale per finanziare i progetti sull'invecchiamento attivo. Nel 2019, ad esempio, il Veneto ha stanziato 1 milione di Euro e la Liguria 1,2 milioni.

Ci scusiamo per eventuali omissioni nell'elenco delle Regioni con invecchiamento attivo: il reperimento delle normative regionali non è sempre agevole.



2 - ...e le Regioni che non hanno una Legge?

Sarebbe un grave errore pensare che le Regioni che non si sono dotate di una Legge Regionale non abbiano preso provvedimenti per favorire l'invecchiamento attivo. Lo strumento legislativo non è l'unico possibile: questa tematica è stata spesso al centro della programmazione sociale delle regioni, con Delibere della Giunta o con ingenti stanziamenti.

Si pensi all'Umbria, che nel 2017 ha stanziato 400.000€ per progetti legati all'invecchiamento attivo e nel 2018 ha lanciato una campagna di sensibilizzazione ("Vivi Attivo") che ha diffuso in tutta la Regione lo slogan "L'esperienza è una risorsa per tutti gli umbri".

Oppure all'Emilia Romagna, con il suo Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana.

O, ancora, alla Regione Lazio, che con la Delibera della Giunta Regionale 295 del 2019 ha stanziato 500.000€.

È doveroso sottolineare che in molte delle regioni prive di interventi specifici sull'invecchiamento attivo, è forte la pressione dei sindacati dei pensionati: un paio di esempi recenti sono dati dal Trentino Alto Adige e dalla Sardegna.

3 – Regioni a confronto: i “Passi d’Argento”

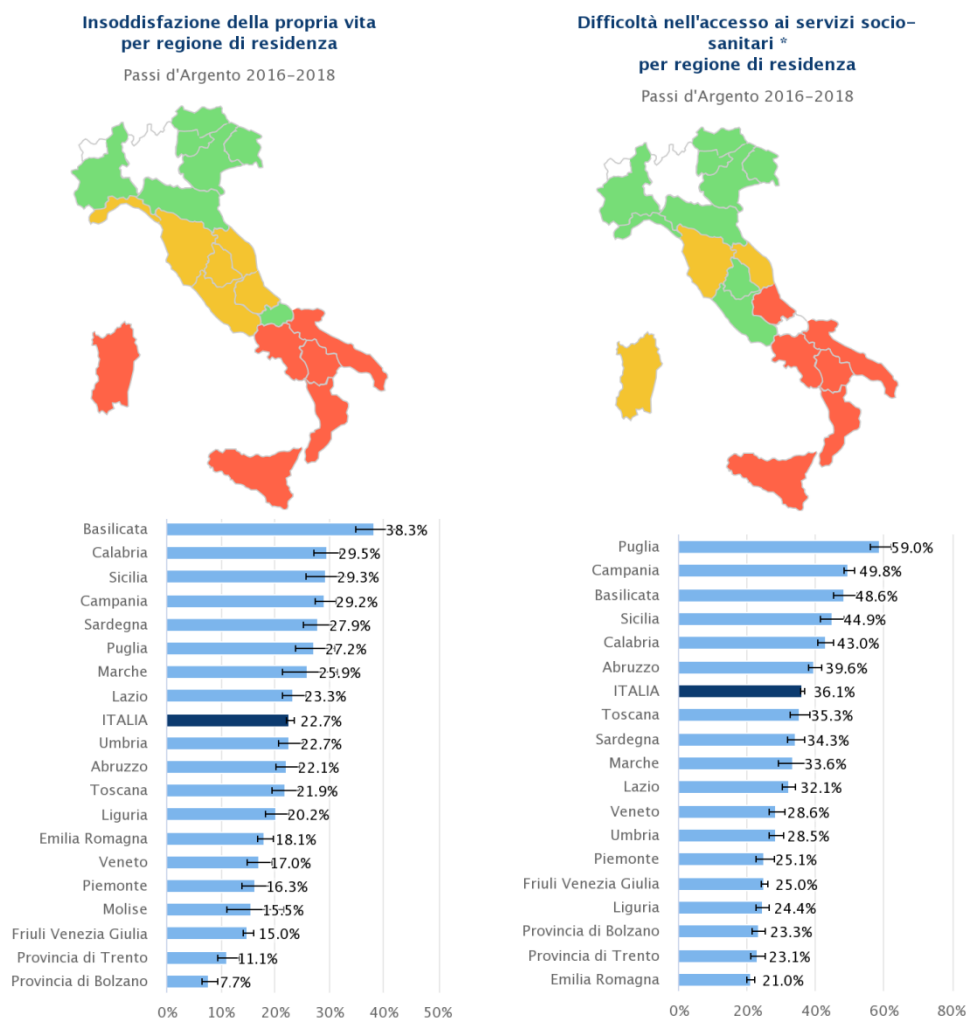
Ormai dal 2007, 18 Regioni italiane e la Provincia Autonoma di Trento raccolgono dati sulla popolazione con più di 64 anni. Vengono presi in considerazione alcuni aspetti relativi alla salute, producendo un’informazione in tempo reale utilissima per gli amministratori e anche per le famiglie. I dati vengono raccolti con un questionario.

Abbiamo scelto di dare visibilità ad alcuni degli indicatori, per permettere un basilare confronto tra le Regioni italiane: invitiamo però i lettori interessati ad approfondire sul sito relativo all’iniziativa (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>), che è di facilissima consultazione.

Nelle due pagine successive, nelle cartine dell’Italia le Regioni indicate in arancione sono quelle che presentano un dato peggiore rispetto alla media italiana; quelle gialle un dato in linea con la media italiana; quelle in verde un dato migliore rispetto alla media italiana (in bianco le regioni che non aderiscono all’iniziativa).

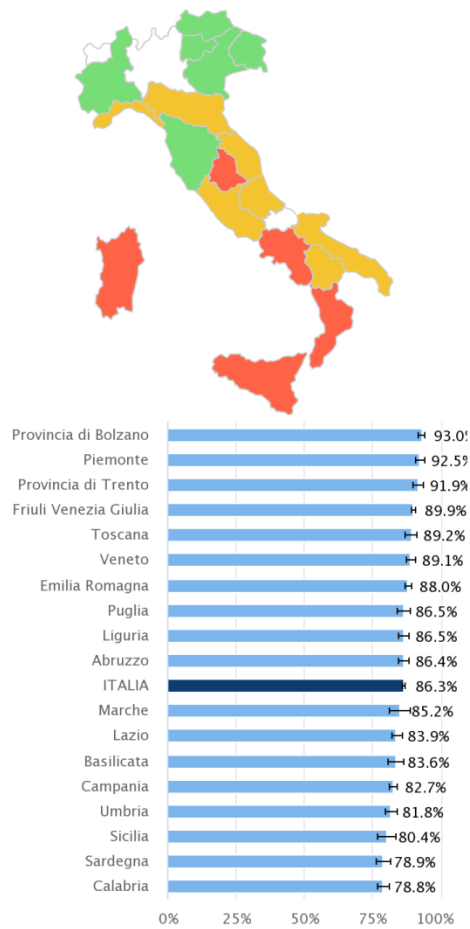
Come si vedrà, il Piemonte ha colore verde in sei degli otto indicatori riportati: questo indica una situazione sulla carta molto buona. Come Sindacato è però indispensabile puntare più in alto: è indiscutibile che il Piemonte sia sopra alla media nazionale in questi campi, ma è comunque inaccettabile che il 16% degli anziani piemontesi sia insoddisfatto della propria vita, che il 25% abbia difficoltà nell’accesso ai servizi socio sanitari, che quasi la metà della popolazione riscontri almeno un problema nell’abitabilità della propria casa, che il 37% conduca una vita sedentaria e che ben il 64% non riesca a partecipare ad almeno una attività sociale a cui desidererebbe prendere parte.

Situazione che diventa ancora più critica guardando ai due indicatori per i quali il Piemonte rientra nella media nazionale: la concezione di anziano come risorsa (capace cioè di accudire altre persone o fare attività di volontariato) riguarda solo il 27% degli anziani piemontesi e la partecipazione ad attività sociali solo il 23%.



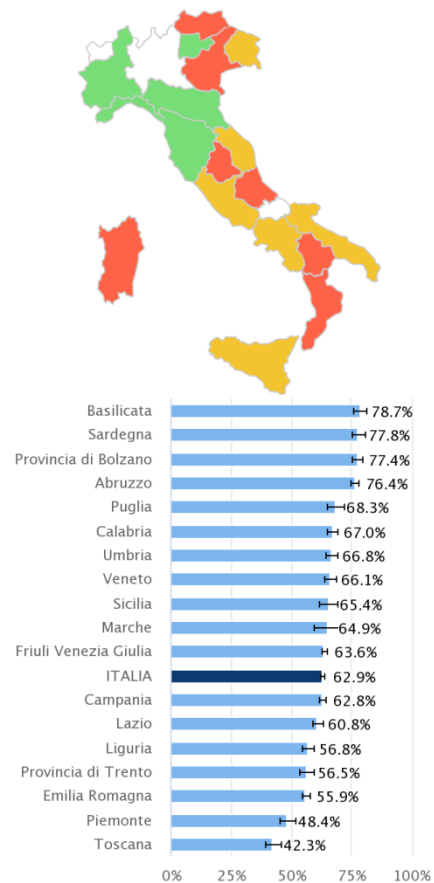
Stato di salute percepito positivamente per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2018



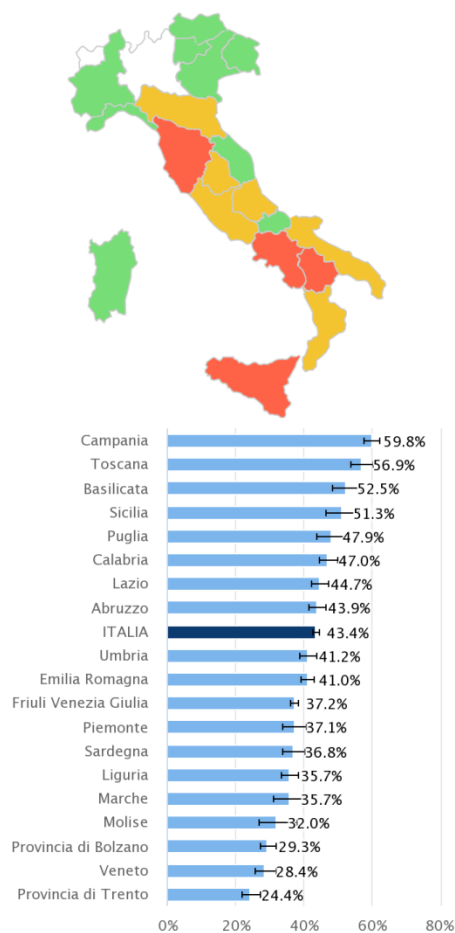
Presenza di almeno un problema nell'abitazione ** per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2018



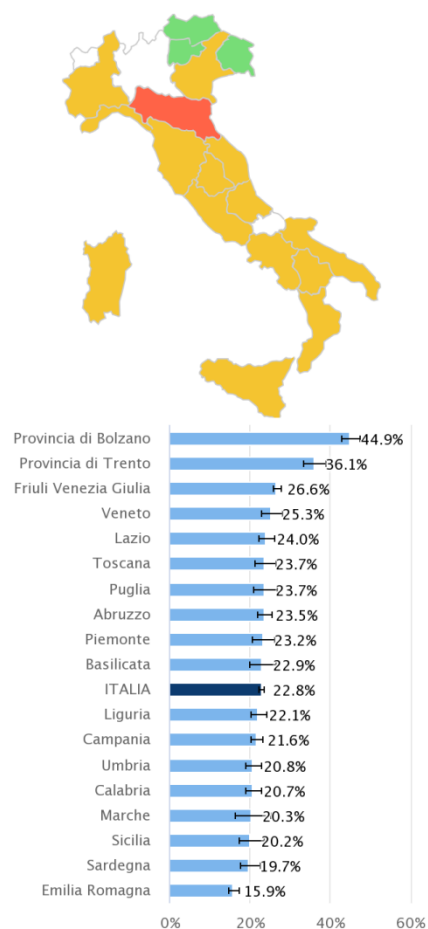
Sedentario per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2018



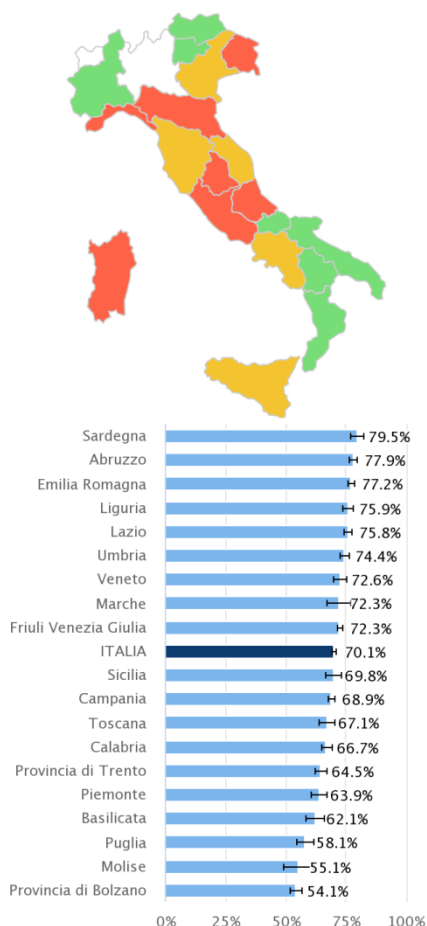
Partecipazione per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2018



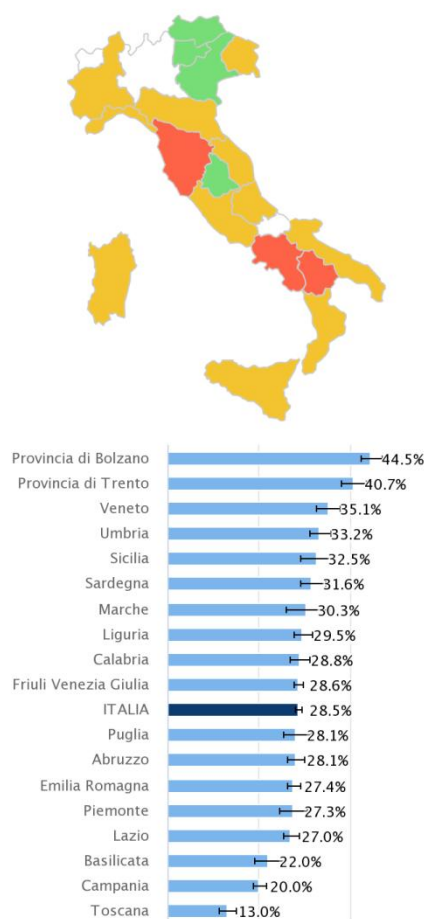
Impossibilità di partecipare ad attività sociali per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2018



Anziano risorsa per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2018



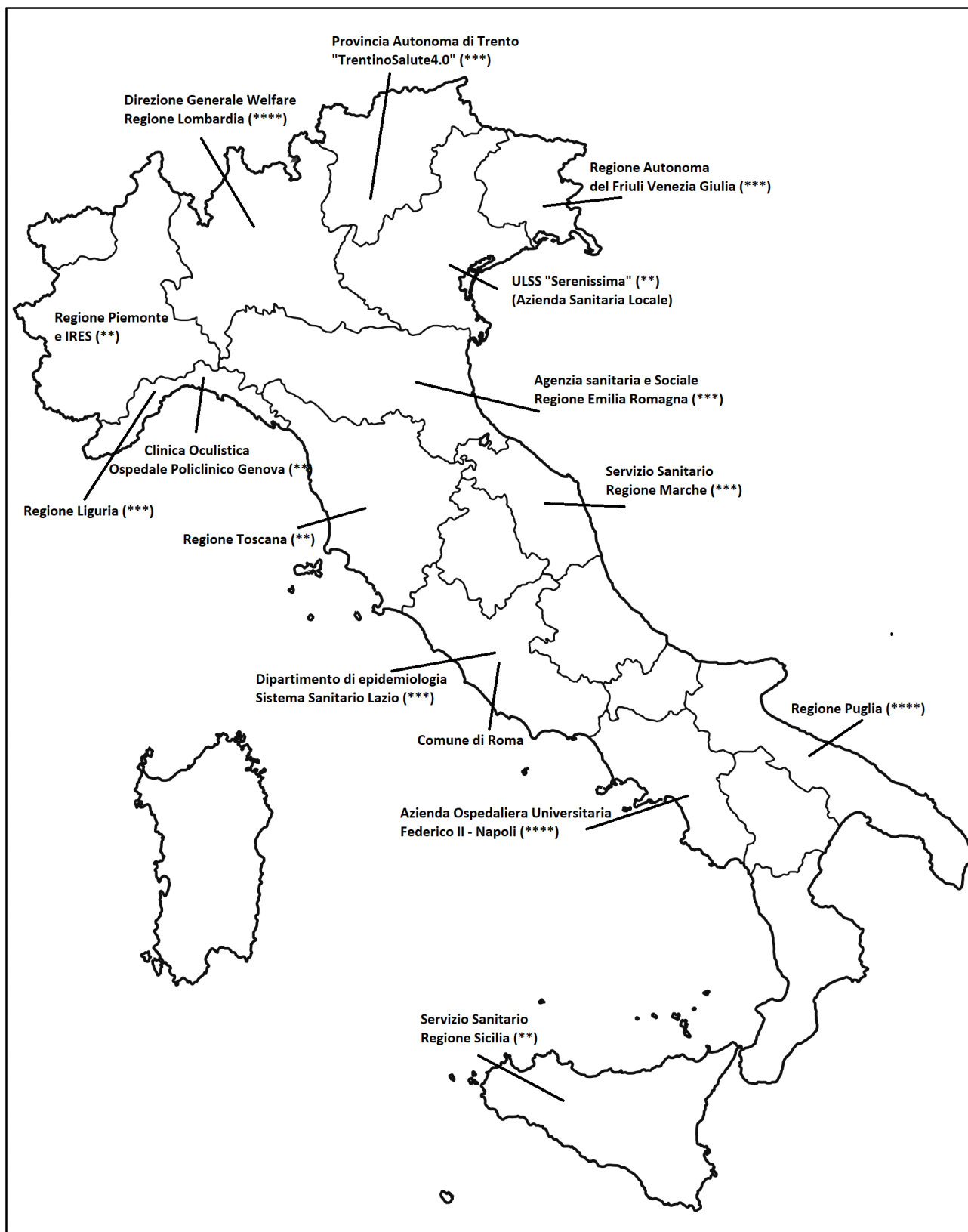
Modelli da seguire: i “reference site” indicati dall’Unione Europea

Ogni due anni, la Commissione Europea indica, tra le istituzioni che si sono candidate, alcuni “reference site”: potremmo considerarli dei buoni esempi, dei contesti di eccellenza da cui prendere spunto.

Nell’ultima edizione del Bando, ben 15 dei 77 siti che hanno ottenuto il riconoscimento sono italiani: questo è indice di un forte interesse sul tema da parte di molti soggetti nel nostro paese.

La cartina indica i 15 siti italiani, accompagnati dal numero di “stelle” riconosciute dalla Commissione in seguito a una revisione dei progetti da parte di esperti del settore.

È motivo di orgoglio annotare che dei sei siti “a quattro stelle” (massimo riconoscimento) presenti in Europa, ben tre sono in Italia: la Regione Puglia, la Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Federico II di Napoli.



Riferimenti

Commissione Europea (2012). *Il contributo dell'UE all'invecchiamento attivo e alla solidarietà tra le generazioni*. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.

Commissione Europea (2019). *Access City Award 2019. Esempi di migliori prassi per rendere le città dell'UE più accessibili*. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.

Dadoun, R. (2017). *Manifesto per una vecchiaia ardente*. Milano: Baldini&Castoldi.

De Masi, D. (1988). Prefazione. In X. Gaullier, *La deuxième carrière*. Paris: Edité par Seuil.

Di Matteo, Claudia (2019). *Invecchiamento Attivo: sviluppi internazionali e nuove strategie in Italia*

Erikson, H., Erikson, J.M., & Kivnick, H.Q. (1997). *Coinvolgimenti vitali nella terza età: vivere oggi l'esperienza della terza età*. Roma: Armando.

Ladogana, M. (2016). Verso una vecchiaia attiva. Orientare alla transizione lavoro-non lavoro. In L. Dozza & S. Ulivieri (A cura di), *L'educazione permanente a partire dalle prime età della vita* (pp. 622-629). Milano: Franco Angeli.

Ladogana, M. (2016). *Progettare la vecchiaia. Una sfida per la pedagogia*. Bari: Progedit.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2012). *Invecchiamento Attivo: la situazione nel mondo e la sua evoluzione; dossier invecchiamento attivo n.2*.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2017). *Rapporto per l'Italia sul terzo ciclo di monitoraggio e valutazione dell'attuazione del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'invecchiamento e la sua strategia regionale (MIPAA/RIS)*

Provincia Autonoma di Trento (2018). *Report di ricerca "Le buone pratiche identificate"*

Rowe J. W., Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Salonen J., Takala M. (2011). Working career and income of part-time pensioners in Finland. *Finnish Centre for Pensions Working Papers*. 2011:2.

Stephen Katz, «Active and Successful Aging. Lifestyle as a Gerontological Idea », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44-1 | 2013, 33-49.

Silke van Dyk, Stephan Lessenich, Tina Denninger et Anna Richter, «The Many Meanings of "Active Ageing". Confronting Public Discourse with Older People's Stories», *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44-1 | 2013, 97-115.

World Health Organization (2002). *Active ageing. A policy framework*. Ginevra.