

Rita Biancheri

Dipartimento di Scienze Politiche Università di Pisa



**LA SFIDA DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO TRA OPPORTUNITA' E
CRITICITA'**

BARI 11 GIUGNO 2018



Anno europeo dell'**invecchiamento attivo**
e della **solidarietà tra le generazioni 2012**



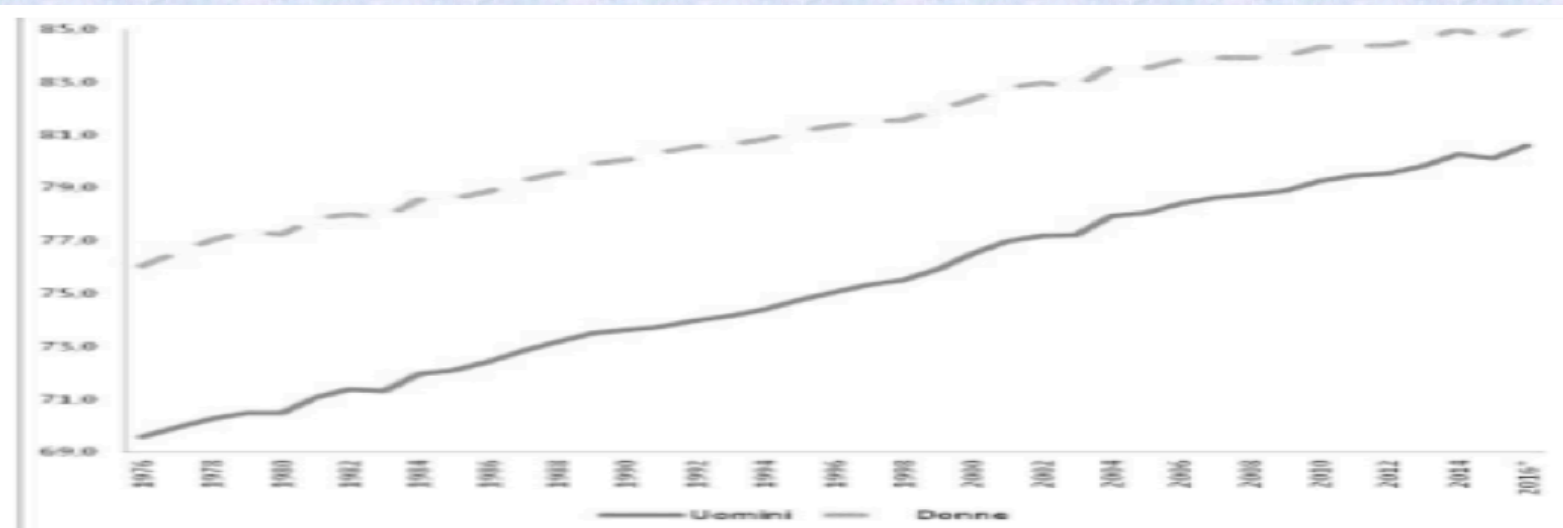
L'età è un processo dinamico non solo anagrafico

ci sono tre dimensioni della temporalità: *biologica* (individuale), *sociale* (rispetto ai ruoli e funzioni familiari e influenza dei fattori, culturali, economici e produttivi), *psicologica* (diverse fasi della vita, esperienze vissute)

Esiti di salute connessi alla capacità di fronteggiare gli eventi critici

Su questa nuova visione che intende **invertire lo stereotipo** dominante che vede tale stagione della vita soltanto nei suoi aspetti di declino fisico e mentale, molto si sta facendo sulla convinzione che simili sfide possono compromettere definitivamente la sostenibilità dei sistemi di welfare

in un momento dove la scarsità delle risorse si confronta con l'aumento dei bisogni.



(*) 2010 stima.

POPOLAZIONE ANZIANA

1° gennaio, anni 2007 e 2017



2007

11,7 milioni
20,1% della popolazione

466.700
0,8% della popolazione

10.386
0,02% della popolazione

65 ANNI E PIÙ

90 ANNI E PIÙ

ULTRACENTENARI

2017

13,5 milioni
22,3% della popolazione

727.000
1,2% della popolazione

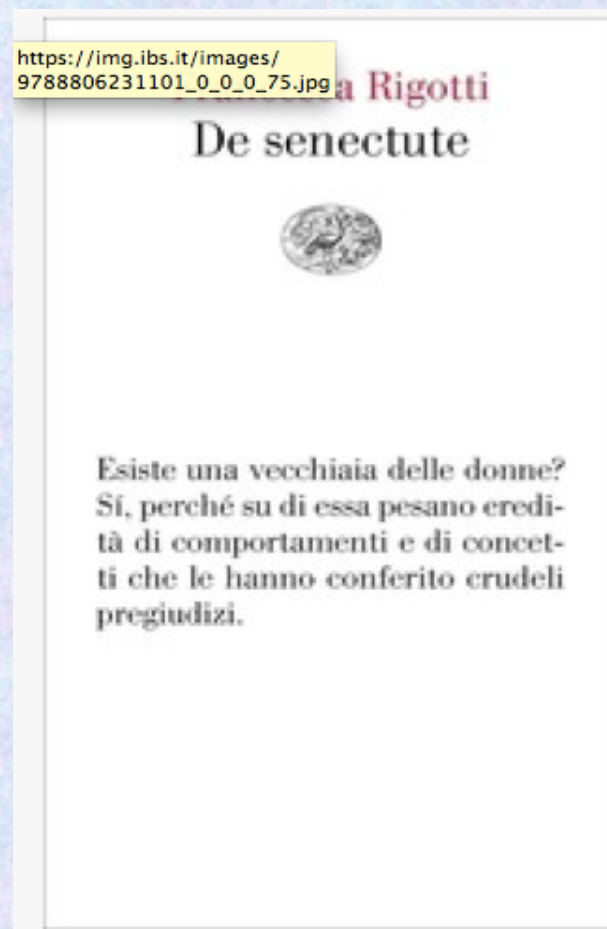
17.000
0,03% della popolazione

Come invecchia la popolazione?

Aumenta il tasso di natalità che è al minimo storico, si fa meno figli e sempre più tardi

- Crescono le famiglie unipersonali (30,2% del totale)
- 48,7% delle persone che vivono sole sono anziane e le donne sono il 62,5%
- L'11,1% hanno più di 85 anni
- il numero degli ultracentenari è più che raddoppiato in 10 anni, passando da poco più di 6.100 nel 2002 a oltre 13.500 . Le donne sono la maggioranza:rappresentano l'82,8% del totale degli 'over-100'.
- Si riduce la densità delle reti sociali
- L'importo medio delle pensioni delle donne è pari a 8.964 euro, mentre quello degli uomini sale a 14.728 euro

Le nuove generazioni di anziani, portatrici di un capitale umano più articolato, sono diverse : 1) aumento dei livelli di istruzione e di benessere economico 2) adozione di stili di vita più salutari, 3) maggiore attenzione alla prevenzione 4) progressi in campo medico hanno avuto un ruolo rilevante sulle condizioni di vita della popolazione anziana, con guadagni consistenti non solo nella vita media, ma anche nella qualità della sopravvivenza... I confronti nel tempo debbono tenerne conto per non fornire letture semplificate e distorte. (Rapporto Istat 2016)



***promozione di un'idea diversa e
positiva della terza e quarta età***

Si può invertire questa tendenza a vivere l'invecchiamento come una stagione di "disarmo", e pensarla come occasione per scoprire nuove opportunità e nuove soggettività?

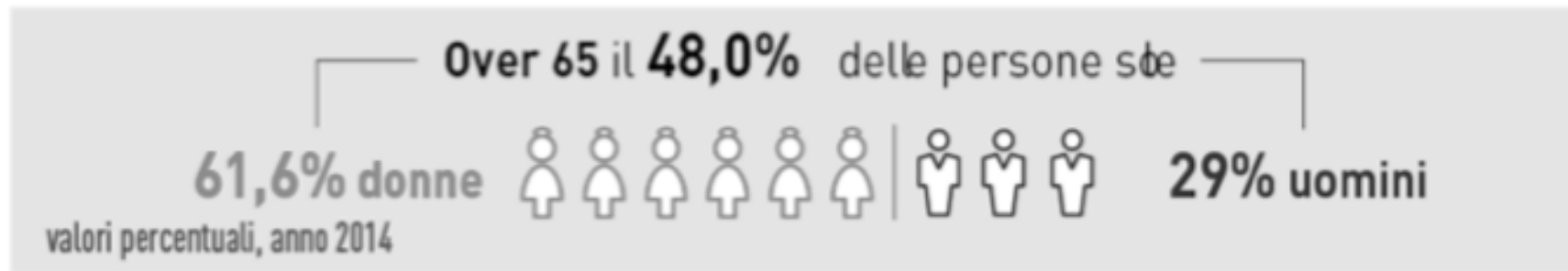
Come incidono le trasformazioni sociali, la crisi dei sistemi di welfare e le attuali normative?

Ci sono differenze di genere e perché sono state poco studiate?

Rousseau nell'Émile (1762) scriveva

“In tutto quello che riguarda il sesso, la donna e l'uomo presentano ovunque differenze e affinità: la difficoltà di paragonarli deriva dalla difficoltà di determinare nella costituzione dell'una e dell'altro cosa dipende dal sesso e cosa no. L'anatomia comparata e persino la semplice osservazione rivelano tra loro differenze generali che non sembrano essere legate al sesso...sotto questo duplice aspetto, troviamo tante affinità e tanti di questi e di quei contrasti tra loro che forse è proprio una delle meraviglie della natura aver potuto fare esseri tanto simili con una costituzione così diversa”

- Aumentano i bisogni di salute e la componente cronico-degenerativa (7,7% della popolazione)
- le donne che dichiarano di stare male o molto male sono complessivamente il 9,4 % contro il 5,8 % degli uomini
- Aumentano le disabilità e sono le donne più colpite in tutte le classi d'età (39,8% contro il 23,8%) con una proiezione di incidenza nel 2034 oltre il 22% (15% attuale)
- “Gli indicatori di cronicità e di sopravvivenza hanno, infatti, già messo in evidenza importanti divari di genere” (Rapporto ISTAT 2014 p.151)



- **esistono importanti differenze tra uomini e donne in termini di ruoli rivestiti e di situazioni sperimentate nel corso dell'età avanzata. Le donne sono potenzialmente più soggette a vivere da sole e a ritrovarsi in condizioni di povertà in età avanzata, trascorrono in media una parte maggiore della propria esistenza con una limitazione funzionale di qualche tipo.**
- **Al contempo, esse costituiscono la grande maggioranza dei prestatori di cure, sia formali che informali, e sono nettamente sovra rappresentate in quanto beneficiarie di cure, anche per l'età media più elevata.**
- **Questi e altri aspetti invitano all'adozione di una prospettiva di genere nelle politiche per l'invecchiamento sano in tutte le aree strategiche e gli interventi prioritari.**

*Ti ci vorrà una vita
prima di incontrare qualcuno
che ti capisca
e ti accetti per ciò che sei.
Alla fine, scoprirai che quel
qualcuno eri tu.*



INVECCHIO, MA POSSO
SMETTERE QUANDO VOGLIO.



- “Vi sono abbondanti esempi di uomini che, dopo una vita completamente assorbita dagli affari, vanno in pensione con una rendita per godere, come sperano del riposo, ma che, essendo incapaci di acquisire nuovi interessi e piaceri che sostituiscano i vecchi, dal passaggio a una vita di inattività non traggono che noia, malinconia e una morte prematura.” (John Stuart Mill)


Per le donne l'entrata nel mercato del lavoro e oggi l'uscita sempre più tardiva.....

- **Molta della letteratura è ancora neutra e non sono sistematicamente indagati i mutamenti che hanno investito negli ultimi anni le biografie femminili, caratterizzata dalla “doppia presenza”, (lavoro produttivo e riproduttivo) incidono e incuderanno sulla salute....**

e come i “luoghi” e la “qualità” delle diverse attività femminili costituiranno importanti determinanti del proprio stato psico-fisico

Molte questioni aperte.....

- Non è chiaro in che termini e con quali esiti la continuità, anche in età avanzata, del ruolo di cura (solidarietà intergenerazionale) in uscita dalla sfera pubblica, possa avere “effetti protettivi” per il mantenimento di funzioni e ambiti relazionali, ma anche potenzialmente negativi, non solo perpetrando tali disequaglianze ma anche - posticipando nella fase di vita ancora più fragile (quarta età) - la crisi identitaria derivante dalla perdita della capacità di svolgere tale ruolo.

- 
- Di conseguenza sono cruciali le *policy* socio-sanitarie nell'area della prevenzione ma anche nel settore della promozione delle politiche dedicate all'*active ageing*
 - cioè un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane



- importante attuare **approcci partecipativi** di condivisione delle politiche, **empowerment** a livello individuale e di comunità, porre l'accento sull'**equità** e sulle differenze di **genere**

Crisi e/o riorientamento dei sistemi di welfare? Costo o investimento sociale

- interventi più o meno incisivi ma certamente riconducibili a politiche di “retrenchment”
- legittimati da una impostazione ideologica neoliberista che vede in un welfare troppo generoso e inefficiente l’origine stessa della crisi
- ripensamento del bagaglio concettuale utilizzato in passato sia a livello politico-istituzionale sia in ambito culturale, valoriale e normativo per ridefinire i contesti programmatici e gli obiettivi dei servizi da erogare.

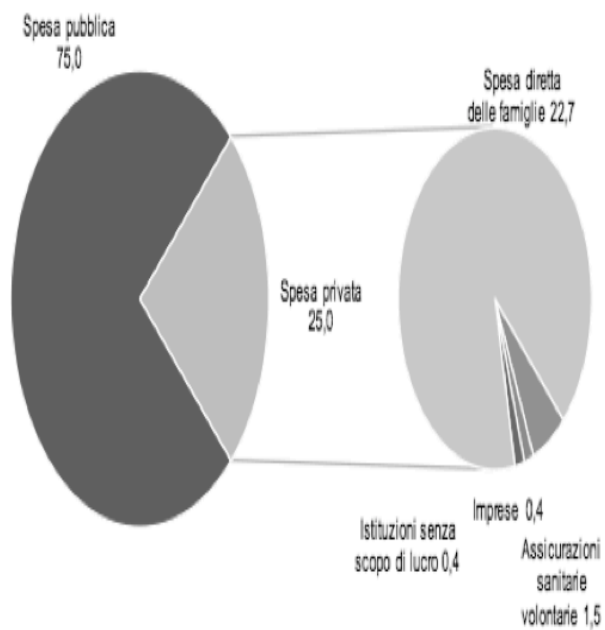
Tagli lineari e prevalenza degli aspetti economicistici

- La stessa definizione di crisi “molto intuitiva ma analiticamente complessa” si sono prodotte riforme non verso la costruzione di un nuovo “paradigma” di policy,
- piuttosto tra inerzie istituzionali e interventi riparatori, dove l’idea di fondo era la mancanza di alternative alle politiche di austerità nel trovare soluzioni diverse per la sostenibilità dei sistemi di welfare.

Spesa sanitaria

SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO.

Anno 2016, composizione percentuale



SPESA SANITARIA PER FUNZIONE DI ASSISTENZA.

Anno 2016, composizione percentuale

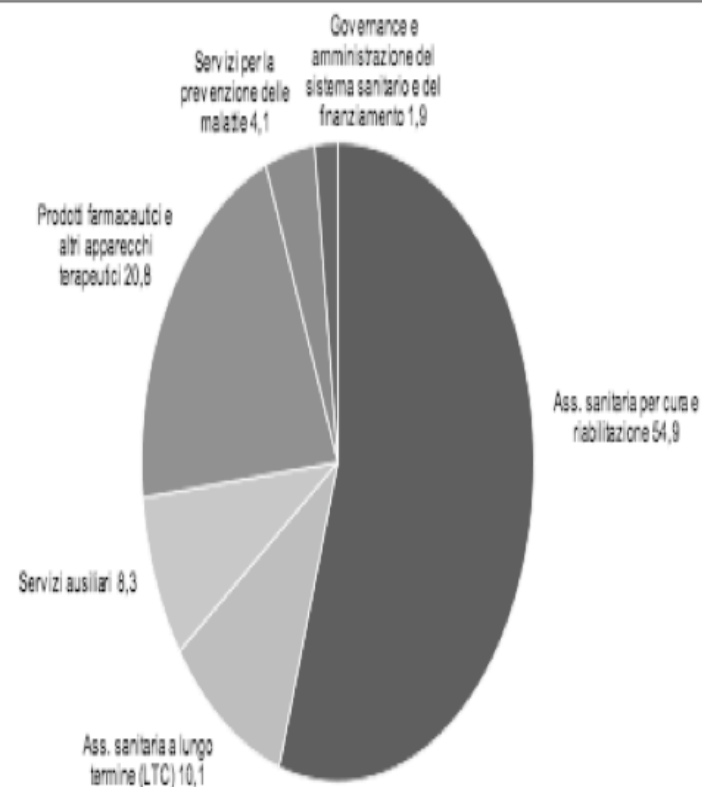
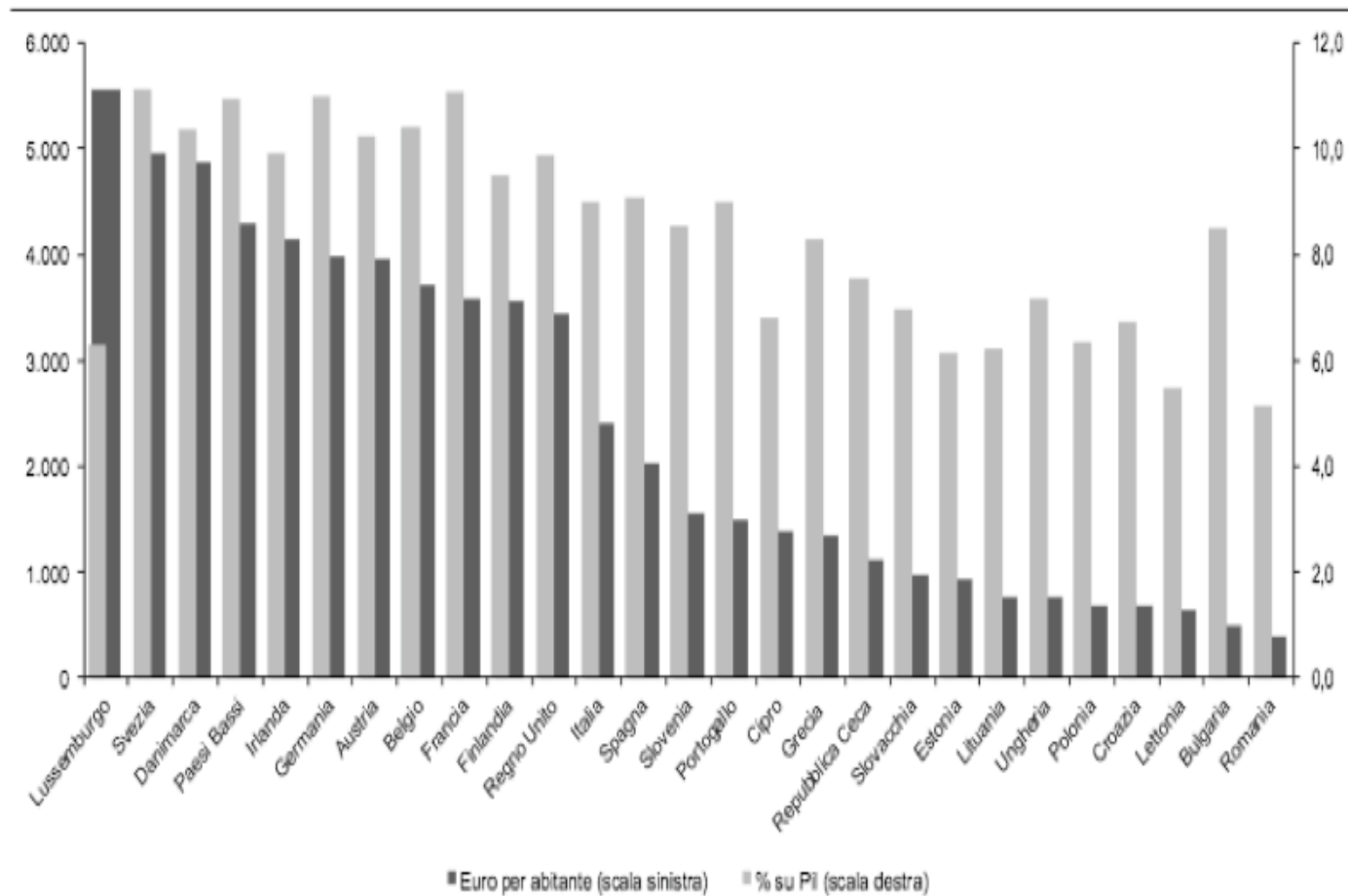


Fig. 4 *Spesa sanitaria nei paesi U.E.* Fonte Istat 2014



Diseguaglianze nelle regioni italiane

Fig.5 *Indice composito di salute per ripartizione geografica* Fonte Istat 2016

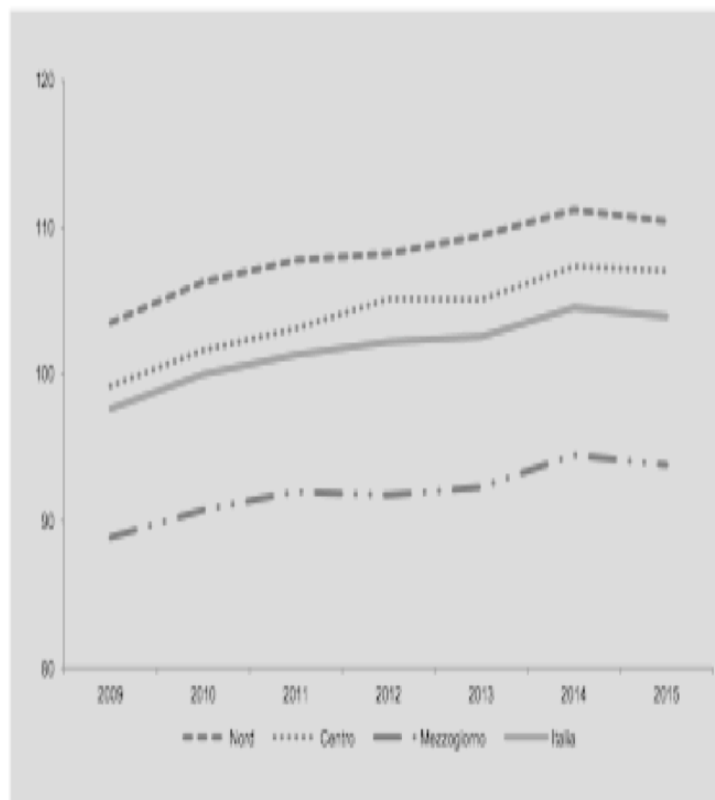


Fig. 6 *Speranza di vita senza limitazioni nell'attività quotidiana a 65 anni per sesso e ripartizione geografica. Anno 2010. In anni.* Fonte Istat 2016

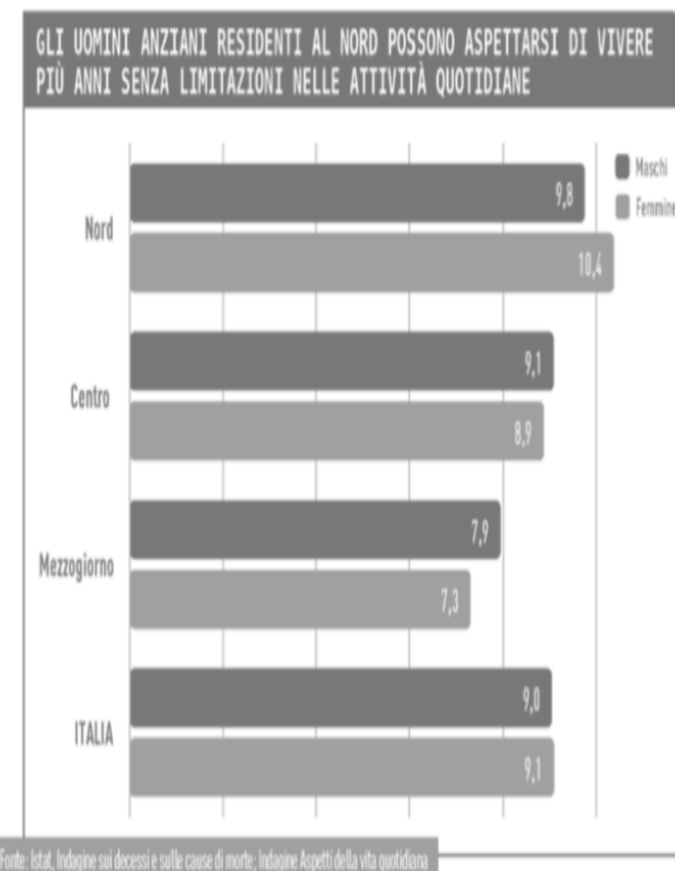
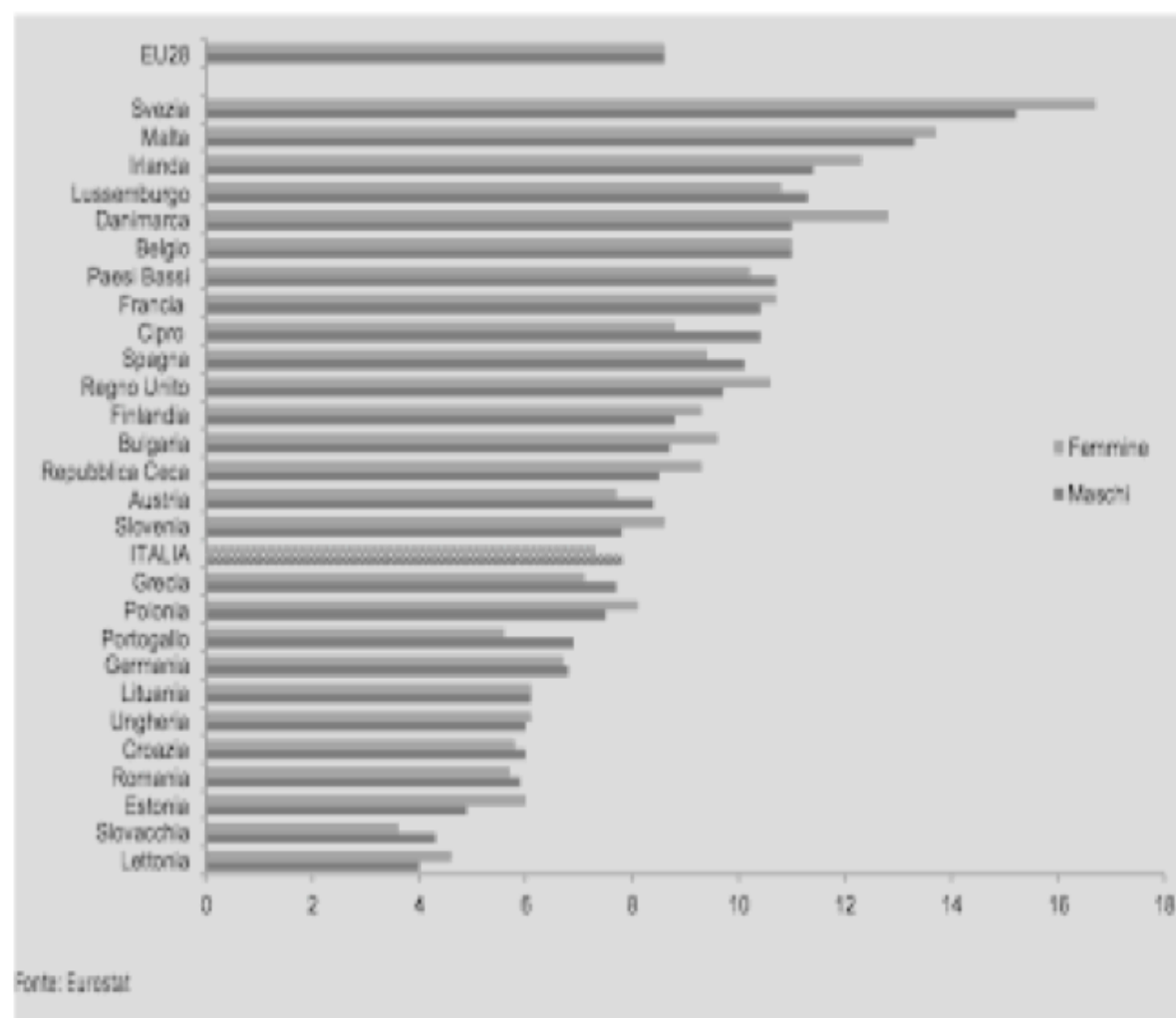
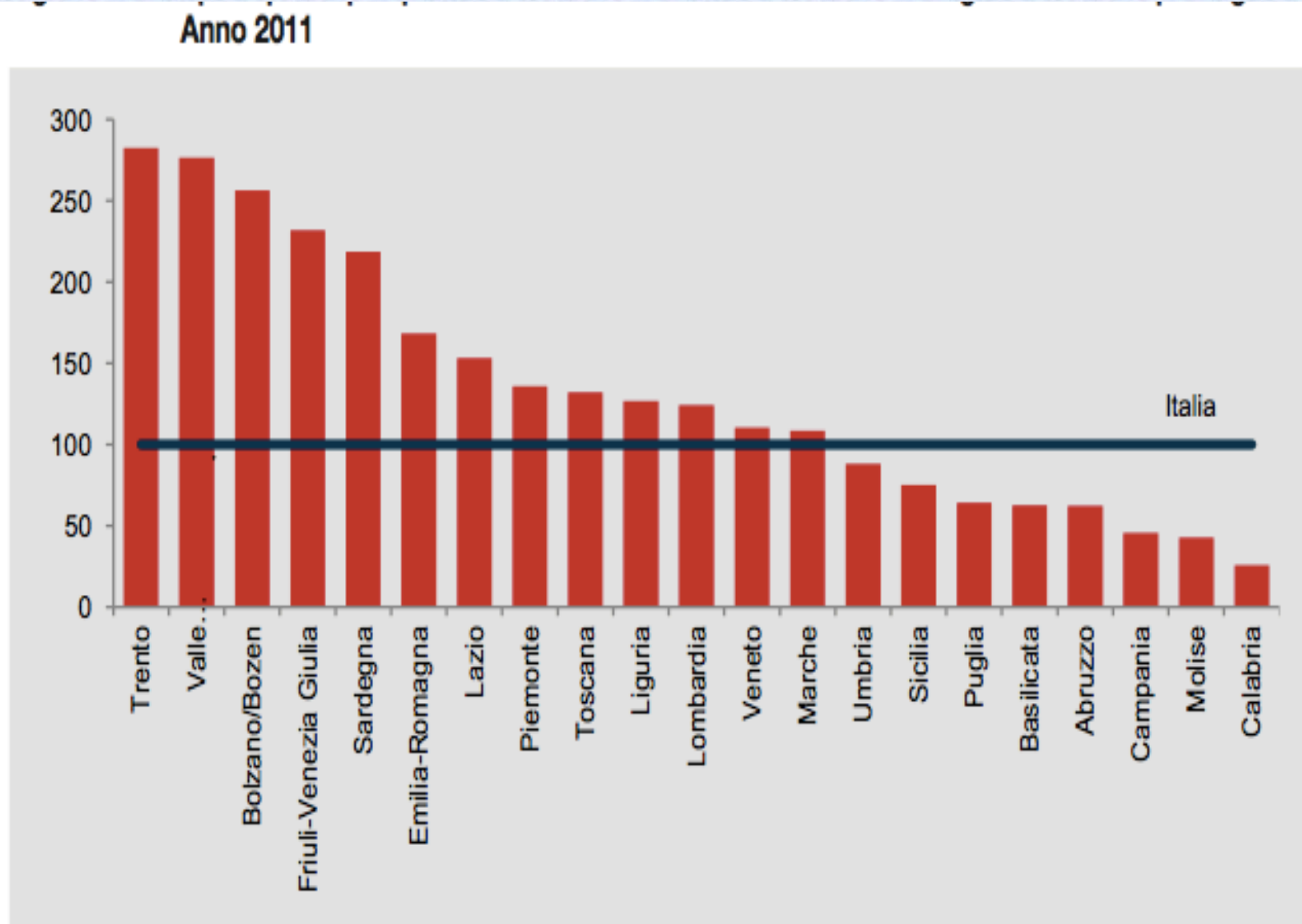


Fig 7 *Speranze di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni nei paesi UE a 28.* Fonte Istat 2016

L'Italia è sotto la media europea per la sopravvivenza senza limitazioni tra gli anziani

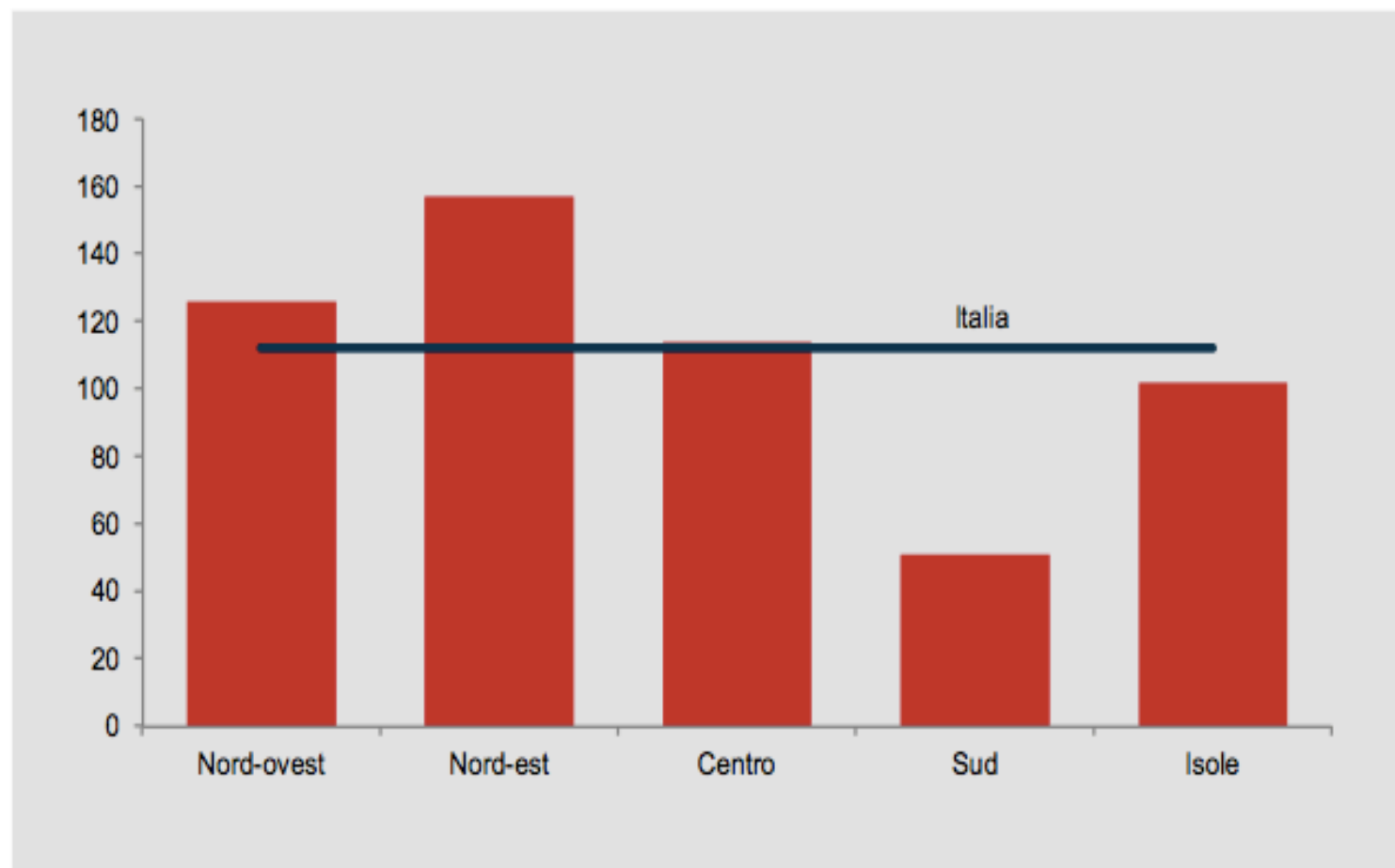


Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione –



Fonte: Istat. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

Figura 4.18 Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni nell'area anziani per ripartizione geografica - Anno 2011



Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

Sono lo 0,8 % gli anziani in casa di riposo(2% nord e 0,1sud) Scende la spesa per gli anziani – 7% ripartita il 30% per le rsa e 41% assistenza domiciliare

Tavola 4.18 L'assistenza domiciliare socio-assistenziale nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente per ripartizione geografica - Anno 2011

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone di età >= 64)
Nord-ovest	47.323	89.767.906	1.897	1,4
Nord-est	44.050	90.412.770	2.053	1,8
Centro	20.238	57.912.551	2.862	0,8
Sud	32.525	49.597.222	1.525	1,3
Isole	25.444	57.787.653	2.271	2,0
Italia	169.580	345.478.102	2.037	1,4

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

Tavola 4.19 Le strutture residenziali (a) nell'area anziani: utenti, spesa, ompartecipazione degli utenti, compartecipazione del Ssn (b) e valori medi per utente per ripartizione geografica - Anno 2011

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone)
Nord-ovest	24.645	134.695.983	5.465	0,7
Nord-est	48.353	99.553.995	2.059	2,0
Centro	21.892	121.109.723	5.532	0,9
Sud	3.464	26.500.961	7.650	0,1
Isole	3.999	32.210.743	8.055	0,3
Italia	102.353	414.071.405	4.046	0,8

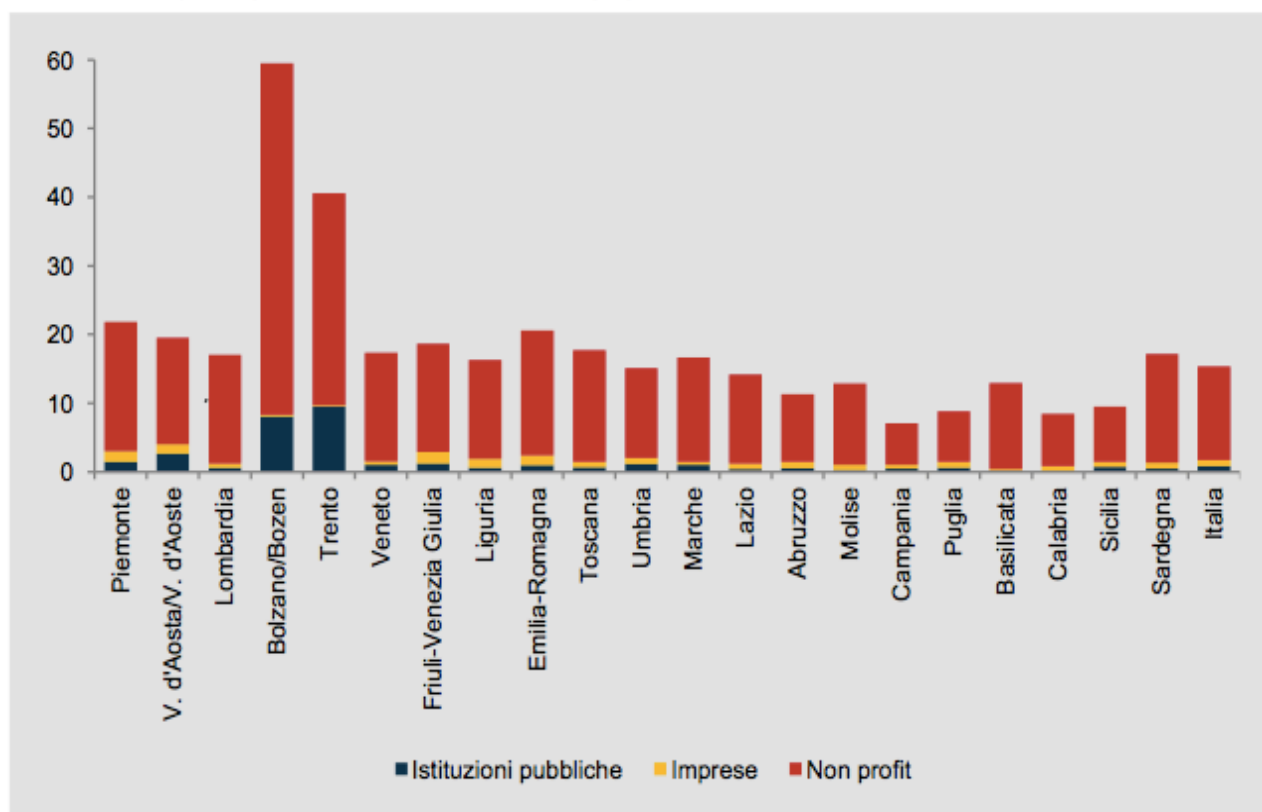
Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

a) Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

(b) Servizio sanitario nazionale.

Il non profit occupa in media 27 persone ogni 1000 anziani con differenze regionali consistenti

Figura 4.24 Incidenza delle risorse umane impiegate nelle strutture per anziani delle istituzioni pubbliche, delle imprese e delle istituzioni non profit - Anno 2011
(valori per 1.000 abitanti di età 65 e più)



Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

Mappa dei bisogni non declinati per genere



investimento sociale”, attraverso politiche sociali viste come sostegno e promozione del capitale umano


- rinnovato interesse per un welfare delle “capacitazioni” o “generativo” che focalizzi l’attenzione sulle molteplici forme di partecipazione e di impegno come possibili risposte alla crisi.
- *welfare abilitante*, in cui lo sviluppo delle capacità deve essere tutelato come diritto universalistico, contro lo spettro della passività degli individui *welfare abilitante*, in cui lo sviluppo delle capacità deve essere tutelato come diritto universalistico, contro lo spettro della passività degli individui , attraverso un ampio ricorso al Terzo Settore attraverso un ampio ricorso al Terzo Settore

nuovi strumenti integrativi e complementari

- Risposte a nuove sfere di bisogno ancora inesplorate dal pubblico.
- Un secondo welfare, tanto in termini temporali che funzionali, che si propone/pretende di produrre benessere attraverso un sistema a rete, volto a favorire l'azione combinata delle agenzie pubbliche, delle imprese, del privato sociale e delle reti informali aggiungendo anche una auspicata valorizzazione delle relazioni sociali

Per un welfare responsabile e solidale le politiche della Regione Toscana

- **doppio ruolo** del volontariato sia come **impegno**, in una fase dei corsi di vita dove sono ancora presenti tempo e risorse relazionali, sia nella sua funzione di importante riferimento collettivo per la **diffusione di buone pratiche** e stili di vita volti al benessere della persona.

- 
- La maggior parte degli studi mostra l'associazione positiva tra partecipazione, *activity* e "ingaggio", da un lato, e benessere psico-sociale e salute dall'altro. Uno studio longitudinale durato sei anni ha correlato positivamente livelli depressivi inferiori con la partecipazione ad attività di volontariato, oltre che con l'attività fisica.
 - una più alta soddisfazione per la vita tra persone con disabilità o malattie croniche impegnate in attività di carattere sociale.
 - pratica di volontariato sviluppa energie mentali

LA “CARTA DEL VOLONTARIATO PER L’INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO”

- Il percorso promosso dal Centro Servizi Volontariato Toscano (Cesvot)
- **favorire** un rilancio del ruolo e del protagonismo del volontariato attraverso un percorso di *bottom-up*, promuovendone così la capacità progettuale
- **Realizzazione** di un percorso di dialogo orizzontale sul tema dell’invecchiamento sano e attivo favorito dall’utilizzo di consultazioni aperte
- **sostenere** la capacità di fare sistema, mettendo in rete associazioni
- **monitorare e valorizzare** le effettive ricadute, in termini di impatto e progetti attivati, di un percorso interamente voluto e promosso dal Terzo Settore,

Tale documento si propone come una prima piattaforma sulla quale ridiscutere e delineare politiche di intervento, cercare sinergie e collaborazioni, individuare priorità e strategie di azione comuni al mondo del volontariato

- “neo-istituzionalismo discorsivo” (Ferrera 2013), a cui ci riferiamo per spiegare le azioni necessarie per i passaggi dall’elaborazione di idee, alla programmazione, alle *policy*.
- una produttiva dialettica con le istituzioni pubbliche, per dare vita a servizi frutto di questa visione e la riproducano nelle comunità di riferimento.
- rappresentanza delle problematiche sociali degli anziani

CONCLUSIONI DELLA RICERCA

- I primi risultati hanno evidenziato la strategicità di un Terzo settore dinamico e proattivo come quello toscano, sul quale potrebbe risultare opportuno investire, tanto in virtù della sua rilevanza tale per cui è stato definito anche *secondo welfare*, che per le potenzialità che esprime in termini di capitalizzazione di nuovo capitale sociale.
- Le dinamiche convergenti rilevate evidenziano infatti che la mobilitazione attiva del settore no profit è in grado di trasformare in risorsa individuale e collettiva il patrimonio derivante dalle aumentate aspettative di vita e dalla possibilità concreta di rimanere attivi più a lungo, consentendo di superare realmente il “paradigma dell’età”, legato alle fasi anagrafiche e statistiche, e favore una diversa stagione non priva di prospettive individuali e collettive.