



ACTIVE AGEING GOING LOCAL

Un approccio multistakeholder
per tre Regioni Italiane

VS/2014/0046

*INVECCHIAMENTO ATTIVO:
LO STATO DELL'ARTE
IN VENETO, MARCHE, PUGLIA
NEL CONTESTO NAZIONALE
ED EUROPEO*



REGIONE DEL VENETO



Questo rapporto è stato sviluppato nell'ambito dell'attività prevista dal progetto AGL – "Active Ageing Going Local: un approccio multistakeholder per tre Regioni Italiane" (VS/2014/0046).

Autori: Angela Genova, Fondazione Giacomo Brodolini.

Per la Regione Veneto, i dati di contesto e sulle politiche sono stati predisposti da Anna Rita Contessotto e Simone Giotto dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali.

Per la Regione Marche, i dati di contesto e sulle politiche sono stati predisposti da Lucia Di Furia dell'Agenzia Regionale Sanitaria e da Cinzia Giammarchi della Fondazione Giacomo Brodolini.

Per la Regione Puglia, i dati di contesto e sulle politiche sono stati predisposti da Emanuele Pepe ed Emanuele Università dell'Assessorato al Welfare.

Per info sul progetto: www.agl-project.eu

Indice

Introduzione	5
Finalità del rapporto	5
La metodologia di raccolta dati	5
La struttura del rapporto	5
1. Le politiche per l'invecchiamento attivo: analisi del contesto regolativo europeo e italiano	7
1.1. Il contesto regolativo europeo sull'invecchiamento attivo	7
1.2 Il contesto regolativo italiano sull'invecchiamento attivo	19
2. Invecchiamento attivo: dati e politiche nelle Marche, Veneto e Puglia in prospettiva comparata nazionale ed europea	27
2.1. Occupazione	27
2.2. Partecipazione nella società	32
2.2.1. <i>Attività di volontariato</i>	32
2.2.2. <i>Cura di figli, nipoti e altri anziani; partecipazione politica</i>	34
2.2.3. <i>Supporto al reddito, contrasto esclusione sociale</i>	35
2.2.4. <i>Life-long learning</i>	36
2.2.5. <i>Partecipazione nei processi decisionali</i>	36
2.2.6. <i>Supporto ai carers informali</i>	37
2.3. Vita indipendente	40
2.3.1. <i>Attività fisica</i>	40
2.3.2. <i>Accesso alle cure mediche</i>	41
2.3.3. <i>Condizioni di vita indipendente</i>	44
2.3.4. <i>Reddito relativo mediano</i>	45
2.3.5. <i>Rischio di povertà</i>	47
2.3.6. <i>Deprivazione materiale marcata</i>	48
2.3.7. <i>Sicurezza fisica</i>	50
2.3.8. <i>Formazione continua</i>	50
2.3.9. <i>Aspettative di vita</i>	51
2.3.10. <i>Utilizzo di TIC, legami sociali e titolo di studio</i>	52
3. Le esperienze di governance regionali	62
Discussione	65

L'invecchiamento attivo e le sfide regionali	65
1. Occupazione	66
2. Partecipazione nella società	67
3. Vita indipendente	68
Principali riferimenti bibliografici	69
Appendice Metodologica	71

Introduzione

Finalità del rapporto

Questo rapporto di ricerca rappresenta il risultato della prima fase del progetto Active Ageing Going Local (AGL) e ha il fine di presentare l'analisi dei dati e delle politiche di promozione dell'invecchiamento attivo nelle tre Regioni che partecipano al progetto – Marche, Veneto e Puglia – considerando il relativo contesto nazionale ed europeo.

La metodologia di raccolta dati

La raccolta dei dati regionali sull'invecchiamento attivo e sulle relative politiche è stata realizzata attraverso una metodologia condivisa fortemente ancorata agli sviluppi teorici e metodologici realizzati a livello europeo. In particolare, i dati sono stati raccolti perseguendo l'obiettivo di analizzare nelle tre Regioni le stesse variabili considerate a livello nazionale ed europeo comparato, così come sono sviluppate nell'Indice dell'invecchiamento attivo (AAI), rispetto alle aree dell'occupazione, della partecipazione nella società, della vita indipendente e dell'ambiente.

L'analisi delle politiche ha rispettato lo stesso approccio focalizzandosi su: occupazione, partecipazione nella società e vita indipendente. I dati regionali sulle politiche sono stati raccolti tramite un apposito modulo predisposto in collaborazione con EuroHealthNet.

I dati sono stati raccolti attraverso un'analisi *desk* dei documenti sul tema e alcune interviste a testimoni privilegiati a livello regionale (in allegato lista di intervistati per Regione).

Inoltre, NHS England e EuroHealthNet hanno contribuito all'identificazione delle buone pratiche presenti in Europa, meritevoli di attenzione nel campo delle politiche nazionali o locali per la promozione dell'invecchiamento attivo.

La struttura del rapporto

Il rapporto include una breve rassegna delle politiche e della legislazione a livello europeo e nazionale (Italia) sull'invecchiamento attivo (paragrafi 2.1. e 2.2.) e un'analisi comparata delle tre Regioni presentata nel contesto nazionale ed europeo.

L'analisi comparata si focalizza su tre dimensioni:

1. Occupazione;
2. Partecipazione sociale;
3. Vita indipendente.

Per ciascuna di queste aree vengono presentati e discussi i dati regionali, nazionali ed europei e le rispettive politiche di riferimento a livello regionale. Conclude il rapporto un ultimo capitolo che analizza le esperienze di *governance* realizzate a livello regionale e mette in luce i principali punti di forza e criticità presenti nelle singole Regioni.

La presentazione del progetto Active Ageing Going Local (AGL)

L'**obiettivo** del progetto "AGL – Active Ageing Going Local: un approccio per tre Regioni italiane, che coinvolge le parti interessate" è lo sviluppo di linee guida di *policy* europee per sostenere la definizione e la realizzazione di nuove strategie integrate finalizzate alla promozione di iniziative a favore dell'invecchiamento attivo. Come è stato caldamente raccomandato dall'Unione europea, la necessità di un approccio multidisciplinare nel sostegno all'invecchiamento attivo ricopre un'importanza sempre maggiore quando si considerano i cambiamenti demografici e l'aumento dell'aspettativa di vita in Europa.

Il progetto AGL sosterrà il processo di ridefinizione delle politiche, migliorando al tempo stesso il coordinamento e il trasferimento di conoscenza tra soggetti pubblici e privati, in una dimensione transnazionale.

Nel dettaglio, il **consorzio** è composto da tre Regioni italiane (Puglia, Marche e Veneto), un ente inglese (NHS England) – le cui politiche in questo ambito sono considerate una buona pratica –, un *network* di istituzioni europee coinvolte nel settore sanitario (EuroHealthNet), e la Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) - un centro di ricerca che opera nel campo dell'inclusione sociale e della valutazione delle politiche pubbliche.

I partner saranno coinvolti in **attività** di ricerca e **apprendimento reciproco**. In particolare, la prima fase del progetto sarà dedicata alla stesura di un **rapporto sullo stato dell'arte** riguardante le politiche e la *governance* per l'invecchiamento attivo in Europa e nelle tre Regioni italiane coinvolte.

Successivamente, uno **studio di valutazione** dei fabbisogni produrrà un'analisi dettagliata della percezione dei soggetti coinvolti, sulla falsariga della struttura del Rapporto dell'Eurobarometro sull'invecchiamento attivo; tale analisi andrà a valutare le tre dimensioni di cui si è parlato sopra. Inoltre, ciascuna delle tre Regioni italiane ospiterà tre tavole rotonde aperte alle parti interessate locali, con l'obiettivo di individuare azioni integrate e coordinate per promuovere e/o migliorare una strategia per l'invecchiamento attivo nelle aree Occupazione, Partecipazione nella società, e Vita indipendente.

A livello europeo i *partner* saranno coinvolti in eventi di apprendimento reciproco con lo scopo di condividere esperienze e buone pratiche; gli eventi porteranno alla formulazione di osservazioni e alla raccolta di materiali per gli **articoli tematici con focus regionale**, la cui stesura sarà coordinata dalla Fondazione Giacomo Brodolini (FGB).

I partner elaboreranno poi delle **strategie globali per ciascuna Regione** e le **linee guida di policy europee**. Il progetto mira a definire un approccio in un'ottica di invecchiamento attivo che possa essere adottato in tutte le regioni europee che si trovano ad affrontare le stesse sfide.

L'intera realizzazione dell'azione verrà supervisionata da **EuroHealthNet**. Lo staff di questa rete specializzata sarà responsabile per la fornitura di una **valutazione esterna** del progetto e delle politiche proposte, preparando un rapporto di valutazione e fornendo supporto ai partner nella messa a punto delle loro politiche e strategie.

Il partenariato assicurerà il coinvolgimento di parti interessate nazionali e internazionali, attraverso le **attività di divulgazione**, che si basano sulla strategia *social* composta da una brochure digitale sul progetto, una pagina Facebook e un sito *web*, che promuovono i risultati del progetto in italiano e in inglese.

La **conferenza finale** a Bruxelles rappresenterà l'occasione per invitare i portatori di interesse nazionali ed europei per discutere insieme dei risultati principali del progetto.

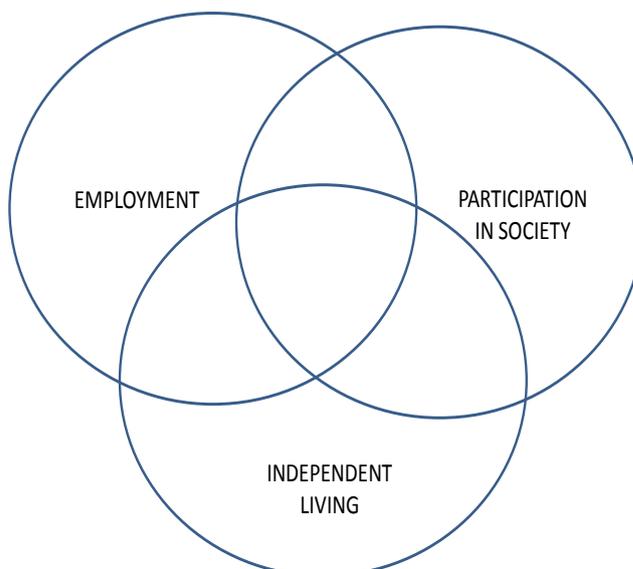
1. Le politiche per l'invecchiamento attivo: analisi del contesto regolativo europeo e italiano

1.1. Il contesto regolativo europeo sull'invecchiamento attivo

Il 2012 è stato l'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni (AE2012)¹. L'iniziativa si conformava alle politiche e alla strategia dell'Unione europea negli ultimi anni, che sottolinea l'importanza di superare il concetto di invecchiamento come tempo della malattia, dell'esclusione sociale e dell'essere un peso per gli altri, e adottare una contestualizzazione più positiva che veda l'invecchiamento come un vantaggio.

L'AE2012 è stato molto utile nel dimostrare con chiarezza come gli anziani possono giocare un ruolo importante nella società, e godere di una migliore qualità della vita se essi sono messi nella condizione di poterlo fare, soprattutto grazie all'attuazione di politiche appropriate. Infatti, l'AE2012 ha anche contribuito a sensibilizzare sull'importanza delle differenti dimensioni che compongono l'approccio di "invecchiamento attivo", e cioè: Occupazione, Partecipazione nella società, e Vita indipendente. Lavorare su queste tre dimensioni e integrarle all'interno di una strategia globale significherebbe dare la possibilità agli anziani di vivere in condizioni di salute buone, di considerarsi come membri a pieno titolo della società, di sentirsi più appagati dal loro lavoro, di essere più indipendenti nel quotidiano e più coinvolti in quanto cittadini.

Figura 1. Integrazione dei principali settori delle politiche pubbliche per la promozione dell'invecchiamento attivo



¹ <http://europa.eu/ey2012/>

La necessità di promuovere l'invecchiamento attivo in Europa nasce da tre differenti ordini di motivi. Innanzitutto, vi sono ragioni demografiche: si prevede che tra il 2010 and 2060 il numero di ultrasessantacinquenni aumenterà dal 17,4% al 29,5% del totale della popolazione. Questo a sua volta ci porta a parlare dei motivi di natura economica e di "previdenza sociale": un numero più elevato di anziani va a gravare ulteriormente sugli attuali sistemi previdenziali, ed evidenzia la necessità di riforme nel sistema pensionistico. Anche i sistemi sanitari vengono posti sotto pressione a causa dell'invecchiamento della popolazione, specialmente in quei sistemi che hanno alti livelli di ospedalizzazione, e scarsa attenzione alla prevenzione, alla promozione della salute, e alla riabilitazione.

Una risposta importante a queste problematiche arriva dal Partenariato europeo per l'innovazione a favore dell'invecchiamento attivo e sano (EIP-AHA), lanciato dalla Commissione europea nel luglio del 2011. L'EIP-AHA è finalizzato a:

- i) migliorare la salute e la qualità della vita della popolazione europea, con particolare attenzione per gli anziani;
- ii) coadiuvare la sostenibilità di lungo termine e l'efficienza dei sistemi sanitari e di assistenza sociale;
- iii) aumentare la competitività del settore industriale europeo attraverso l'espansione delle attività in nuovi mercati.

Il Piano di attuazione strategico dell'EIP-AHA² rappresenta un primo tentativo di integrare, all'interno di un singolo documento, i pilastri, le aree d'azione prioritarie e le azioni specifiche che devono essere portate avanti per promuovere l'invecchiamento attivo dei Paesi europei *partner*. I pilastri identificati nel Piano sono: prevenzione, indagine e diagnosi precoce; assistenza e cure; invecchiamento attivo e vita indipendente; questioni trasversali (ad esempio, innovazione a favore di edifici, città e ambienti a misura di anziano). Vale la pena ricordare che gli Stati membri e le autorità regionali sono incoraggiati a considerare, all'interno dei loro Programmi operativi per il periodo 2014-2020, delle misure per l'invecchiamento attivo e in buona salute.

I Principi guida per l'invecchiamento attivo e la solidarietà fra le generazioni³ rappresentano un ulteriore passo in avanti nella promozione dell'invecchiamento attivo in Europa, dal momento che danno coerenza ai numerosi risultati positivi dell'AE2012. Sono suddivisi nelle tre aree di cui si è parlato sopra, ma nella Dichiarazione acclusa⁴ si afferma chiaramente l'importanza dell'integrazione fra di essi: *"L'invecchiamento attivo richiede l'adozione di misure in diversi ambiti politici da parte di molte parti interessate. Queste includono gli enti pubblici a livelli differenti, le imprese e le parti sociali, le organizzazioni della società civile, i fornitori di servizi e i media"*.

Infatti, analizzando i Principi guida, è chiaro come essi siano interconnessi l'uno all'altro. Per esempio, *Condizioni di lavoro salutari*, che costituisce uno dei principi della dimensione Occupazione, ha implicazioni ovvie sulla dimensione Vita indipendente, ma anche sulla dimensione Partecipazione nella società, dal momento che un ambiente di lavoro salutare e sicuro influenza positivamente il modo in cui un individuo si pone all'interno della società in senso ampio. *Apprendimento lungo tutto l'arco della vita*, un principio appartenente alla dimensione Partecipazione nella società, è fon-

2 Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute" (COM/2012/083 final).

3 <http://europa.eu/ey2012/BlobServlet?docId=9231&langId=en>

4 Dichiarazione del Consiglio sull'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni (2012): prospettive per il futuro, Consiglio dell'Unione europea, 7 dicembre 2012

damentale per aumentare l'occupabilità di una persona anziana (quest'ultimo è un principio che afferisce alla dimensione Occupazione), e ciò a sua volta produrrà più verosimilmente effetti positivi sulla salute mentale (principio che afferisce alla dimensione Vita indipendente).

L'Indice dell'invecchiamento attivo⁵ aggiunge un altro elemento che permette di analizzare il grado di interazione tra i vari elementi dell'invecchiamento attivo in modo più scientifico e, sulla base di ciò, sostenere le riforme politiche sull'invecchiamento attivo e in buona salute. L'Indice dell'invecchiamento attivo è stato costruito sulla base delle stesse dimensioni nelle quali si suddividono i Principi guida, con l'aggiunta di una quarta: Capacità e ambiente favorevole all'invecchiamento attivo. Tale dimensione è determinata dalle caratteristiche individuali e da fattori ambientali.

Pertanto, l'integrazione fra le politiche può essere considerata come prioritaria nella promozione dell'approccio in un'ottica di invecchiamento attivo: considerare ciascuna dimensione singolarmente non permette di ottenere un'immagine nitida e dettagliata del potenziale inutilizzato per la partecipazione più attiva degli anziani nel mondo del lavoro e nella vita di società, nonché per la loro vita indipendente.

Per questo motivo, molti Stati ed enti locali stanno lavorando all'elaborazione di strategie di promozione dell'invecchiamento attivo nei loro territori. Un'immagine chiara di quanto sta effettivamente accadendo in Europa in questo ambito viene offerta dalla lista dei siti di riferimento⁶ stilata nel quadro dell'EIP-AHA. Tra i 32 siti di riferimento individuati, ci sono molti esempi di strategie integrate e globali sull'invecchiamento attivo e in buona salute, come ad esempio la Strategia andalusa sull'invecchiamento attivo (ASAA), che include iniziative programmatiche per promuovere l'attività fisica, la carta "Andalucía Junta 65" (che prevede sconti e agevolazioni sui trasporti e le attività culturali e di svago), il Programma universitario per gli anziani, e una visita di controllo annuale per le persone anziane.

Sulla base dei dati dell'NHS e di EuroHealthNet sono state individuate a livello europeo le buone pratiche riportate qui di seguito.

L'NHS britannico e il focus sull'invecchiamento attivo

Nel Regno Unito, il **Sistema sanitario nazionale** (NHS) gestisce attualmente un grande progetto di sostegno all'invecchiamento attivo, in partenariato con il Dipartimento Salute (DH), il Dipartimento Lavoro e pensioni (DWP), l'Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza nelle cure sanitarie (NICE), Public Health England (PHE) Health Education England (HEE), e NHS England (NHS E).

Il progetto si suddivide nelle seguenti azioni:

1- "Valutazione sul prolungamento dell'età lavorativa nell'NHS" (DH) – pubblicazione in uscita a breve

Si tratta di un gruppo di valutazione tripartito tra i sindacati dell'NHS riconosciuti a livello nazionale, i datori di lavoro dell'NHS e i rappresentanti del Dipartimento Salute. Questo gruppo di lavoro sta sviluppando degli orientamenti comuni per le divisioni dell'NHS su come fornire un sostegno ad una manodopera sempre più vecchia, fenomeno, questo, dovuto a un cambiamento nell'età di pensionamento. Si prevede che tali orientamenti specifici per questo settore

⁵ European Centre Vienna (2013), Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology, and Final Results, (autori: Asghar Zaidi / Coordinatore del progetto, Katrin Gasior, Maria M. Hofmarcher, Orsolya Lelkes, Bernd Marin, Ricardo Rodrigues, Andrea Schmidt, Pieter Vanhuyse e Eszter Zolyomi), Rapporto metodologico, Vienna, Marzo 2013, disponibile al seguente link: http://www.euro.centre.org/data/aai/1220536245_72192.pdf

⁶ Per ulteriori informazioni: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=2337

usciranno nell'estate/autunno 2014.

<http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/NHSPensionSchemeReview/ImpactofWorkingLongerReview/Pages/NHSWorkingLongerReview.aspx>

2 - "Vite lavorative più piene – Un quadro d'azione" (DWP) – pubblicato nel giugno 2014

'Vite lavorative più piene – Un quadro d'azione' spiega come il prolungamento dell'età lavorativa arreca benefici agli individui, alle imprese, alla società e all'economia. Afferma che le persone che lasciano il mercato del lavoro all'età di 50 anni o appena dopo aver compiuto 60 anni, potrebbero trovarsi di fronte a difficoltà economiche durante l'età della pensione. Evidenzia inoltre che il pensionamento precoce potrebbe influire negativamente sul loro stato di salute e sul loro benessere in senso ampio.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/319872/fuller-working-lives.pdf

3 - "La salute sul posto di lavoro – Orientamenti sulla salute dei lavoratori anziani" (NICE)

Il DH ha richiesto al NICE di sviluppare delle linee guida sulla salute pubblica, riguardanti le politiche e gli approcci da adottare sul luogo di lavoro, al fine di promuovere e proteggere la salute dei lavoratori anziani. È necessario condurre una serie di analisi dei dati e un'analisi economica per rispondere alle questioni inserite nell'[obiettivo finale](#).

4 - "Bando per la presentazione di contributi riguardanti la salute dei lavoratori anziani nel luogo di lavoro" – aperto fino al 10 luglio 2014

Il NICE è interessato a un'ampia gamma di dati relativi agli orientamenti di cui sopra, che includono:

la protezione e la promozione della salute e del benessere dei lavoratori anziani;

il sostegno ai lavoratori che desiderano continuare a lavorare fino e oltre l'età di pensionamento stabilita dalla legge;

il supporto ai lavoratori anziani nel pianificare il pensionamento e nel prepararsi ad esso.

Nello specifico, il NICE è alla ricerca di informazioni per condurre un'analisi dei dati sugli aspetti evidenziati del bando che è disponibile al seguente link:

<http://guidance.nice.org.uk/PHG/59/CallForEvidence>

5 - "Invecchiare bene lavorando" (PHE e Greater Manchester Public Health Network) – il lancio della strategia è previsto per ottobre 2015

Questo progetto, finanziato con fondi europei, sarà incentrato sulle azioni richieste per aiutare gli individui a rinviare il pensionamento e/o a rimanere attivi all'interno delle comunità locali di cui fanno parte. Il progetto si baserà su attività di ricerca a livello internazionale in diversi campi, con una serie di sessioni in loco e di sessioni finalizzate allo sviluppo delle politiche. Tali sessioni saranno svolte al fine di acquisire competenze tecniche in relazione ad alcuni aspetti chiave dell'invecchiamento e dell'occupazione.

Rinnovo del mandato di Health Education England (HEE) – pubblicato a maggio 2014 (sezione 6.32)

6-Rinnovo del mandato di Health Education England (HEE) – pubblicato a maggio 2014 (sezione 6.32)

<https://www.gov.uk/government/publications/health-education-england-mandate-april-2014-to-march-2015>

7-Controlli medici dell'NHS

In quanto facenti parte degli orientamenti e della strategia di sviluppo, i Controlli medici dell'NHS rappresentano un meccanismo potenziale per aiutare le persone a prepararsi all'invecchiamento attivo – sia a livello nazionale sia a livello locale.

Orientamenti del NICE facenti riferimento ai Controlli medici

A febbraio 2014 il NICE ha pubblicato "Incoraggiare le persone a sottoporsi ai Controlli medici dell'NHS e aiutarli a ridurre i fattori di rischio".

Prolungamento della vita lavorativa del DWP facente riferimento ai Controlli medici

Il programma "Prolungamento della vita lavorativa" si basa su incentivi di tipo economico. Tale Dipartimento potrebbe essere coinvolto nei Controlli medici in quanto punto universale di

contatto.

8-Progetti di partenariato a favore degli anziani (POPPs)

I progetti di partenariato a favore degli anziani (POPPs) sono stati finanziati dal DH al fine di sviluppare servizi per gli anziani finalizzati a promuoverne la salute, il benessere e l'indipendenza, nonché a prevenire o procrastinare la necessità di un'assistenza maggiore o di natura pubblica. La valutazione ha rilevato che un'ampia gamma di progetti ha portato ad una maggiore qualità di vita dei partecipanti, e a risparmi significativi, nonché ad un miglioramento dei rapporti di lavoro a livello locale. (<http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf>)

Enti filantropici e del Terzo settore, e relativi progetti

Age UK – “Age UK” (Età UK) è l'iniziativa filantropica più grande del Regno Unito dedicata ad aiutare ciascuno a sfruttare al massimo l'età della vecchiaia.

<http://www.ageuk.org.uk>

The Silver Line – “The Silver Line” (La linea argentata) è un servizio informazioni telefonico per gli anziani, attivo 24 ore al giorno, tutto l'anno.

<http://www.thesilverline.org.uk>

Titolo del progetto **“Un tempo supplementare per stare in piedi”**

Riprendersi dagli effetti fisici e psicologici di una caduta quando si è anziani, può rappresentare un'esperienza traumatica, che spesso viene affrontata in completa solitudine. Il progetto “Un tempo supplementare per stare in piedi” dell'associazione “Albion in the Community” aiuta coloro che hanno subito una caduta a migliorarne la mobilità e ad aumentarne la fiducia in se stessi. Il progetto viene uniformemente implementato nel distretto di Brighton e Hove.

Maggiori informazioni: stuart.christie@albioninthecommunity.org.uk

Titolo del progetto: **“Winter Intervention Support Kent” (“Supporto agli interventi durante l'inverno in Kent”, WISK)**

Enti/attori coinvolti: Consiglio provinciale del Kent, NHS Kent e Medway, Age UK, Agenzia per il miglioramento delle soluzioni abitative “In Touch”, Consiglio distrettuale di Swale (Agenzia per il miglioramento delle soluzioni abitative “Staying Put”).

Durata: Novembre 2012 - Marzo 2013

Il programma si rivolge a persone anziane vulnerabili (ultrasettantenni con problemi cardiaci o polmonari) che sono esposti al rischio di malattie a causa delle basse temperature, e offre un sostegno mirato a mitigare tale rischio. Il sostegno consiste in una gamma di interventi ivi incluse le visite a domicilio alle persone vulnerabili, con l'obiettivo di fornire consulenza sulle misure di efficienza energetica.

<http://www.healthyageing.eu/action/healthy-ageing-action>

1. IROHLA (POLITICHE INNOVATIVE PER UN INVECCHIAMENTO IN BUONA SALUTE)

Capofila: Centro medico universitario di Groninga (UMCG), Dipartimento di Scienze Sanitarie
Partner

Istituto olandese per il miglioramento delle cure sanitarie (CBO); Università di Groninga (RUG); Università JACOBS – Centro dell'Università JACOBS per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita e lo sviluppo istituzionale (JCLL); Associazione delle città salutari della regione baltica; Centro di ricerca per la promozione della sanità (HPRC) presso l'Università statale di Galway, Irlanda (NUIG); Scuola medica di Norwich, Università dell'East Anglia; Országos Egészségfejlesztési Intézet – Istituto nazionale per lo sviluppo sanitario; EuroHealthNet; Istituto di medicina preventiva e per la salute ambientale e sul luogo di lavoro (PROLEPSIS); Istituto nazionale di riposo e cura per anziani (INRCA); Centro federale per l'educazione sanitaria (BZgA); AGE Platform Europe; Piattaforma europea per l'assicurazione previdenziale (ESIP); Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Regione Marche; Università Hanze per le scienze applicate (HUAS); Cambo Industries;

Liveonline coaching; ETV.nl; Noordhoff; VitalinQ Lifestyle Support; Associazione federale AOK.

Fondi

Settimo Programma quadro dell'Unione europea (FP7/2007-2013) nell'ambito dell'accordo di sovvenzione n° 305831

Obiettivi

Il sito web IROHLA descrive l'obiettivo del progetto nei seguenti termini: "L'obiettivo principale del progetto IROHLA è quello di introdurre negli Stati membri dell'UE delle linee guida, basate sui dati empirici, riguardanti le politiche e le pratiche per un approccio globale che migliori l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione sempre più vecchia".

Il progetto IROHLA mira a:

- responsabilizzare la popolazione sempre più vecchia;
- migliorare la comunicazione riguardo l'alfabetizzazione sanitaria nel medesimo settore.

Si fonda sulla convinzione che si può avere un impatto maggiore se si va a intervenire su entrambe le estremità dello spettro nello stesso momento.

Tale scopo può essere raggiunto attraverso:

- la sostituzione delle azioni isolate con un programma globale che combini strategie polivalenti che richiedono, contemporaneamente, dei cambiamenti *top-down* e *bottom-up*;
- cambiamenti a livello politico e legislativo che accompagnino tale trasformazione;
- un maggiore coinvolgimento dei pazienti e dei gruppi di consumatori nel processo decisionale riguardante le questioni sanitarie;
- una spinta più forte, da parte dei lavoratori del settore sanitario, a che i pazienti partecipino nel processo decisionale.

Azioni realizzate fino ad ora

- Ha contribuito alla comprensione dell'alfabetizzazione sanitaria in diversi contesti europei e ha sviluppato un modello globale per rispondere ai bisogni di alfabetizzazione sanitaria degli anziani in vari contesti (WP2).
- Ha portato allo sviluppo di un manuale per la valutazione della qualità e della fattibilità degli interventi e delle attività di alfabetizzazione sanitaria a favore della popolazione che invecchia. Il manuale presenta degli strumenti di valutazione concreti da utilizzare nei 3 settori coinvolti (sanitario, privato e sociale) (WP3)
- In riferimento al settore sanitario, valuta la qualità e fattibilità degli interventi di alfabetizzazione sanitaria e le buone pratiche rivolte ai fabbisogni del gruppo di riferimento sia in termini di responsabilizzazione, sia di attività di comunicazione/alfabetizzazione sanitaria nella pratica degli operatori sanitari e in attività di formazione dedicate agli operatori (WP4).
- in riferimento al settore del commercio/privato, valuta le buone pratiche che mirano alla responsabilizzazione della popolazione sempre più vecchia, e al potenziamento della comunicazione verso di essa (WP5).
- in riferimento al settore sociale, valuta le buone pratiche per una migliore accessibilità e utilizzo dei servizi da parte degli anziani con bassi livelli di scolarizzazione (WP6).

Azioni pianificate

Il progetto:

- Selezionerà da una lunga lista un massimo di 20 interventi che rappresentino insieme un approccio globale che venga incontro alle necessità di alfabetizzazione sanitaria di una popolazione che invecchia progressivamente (WP7).
- Svilupperà delle linee guida basate sui dati empirici, che riguardano le politiche e le pratiche per gli Stati membri e le regioni dell'UE
- Convalida e, se necessario, corregge gli interventi selezionati basati su dati empirici, finaliz-

zati a migliorare la capacità della popolazione sempre più vecchia nell'ottenere, processare e comprendere le informazioni del settore sanitario, così come gli interventi di comunicazione sull'alfabetizzazione sanitaria nel medesimo settore;

- Presenta delle linee guida per le politiche e le pratiche a livello nazionale, regionale e locale, che mostrino ai decisori quali specifiche misure importanti possono adottare; inoltre, dà inizio a interventi concreti (WP8);
- Divulga attivamente i risultati attraverso i media e i canali dell'informazione, in collaborazione con i partner, al fine di sensibilizzare le parti interessate e promuovere l'adozione e l'attuazione di linee guida per le politiche e le pratiche. Il progetto fornisce informazioni alle parti interessate nell'ambito dell'invecchiamento in buona salute per integrare i risultati della ricerca all'interno dei programmi europei in vari contesti (WP9).

Durata

Il progetto verrà realizzato da dicembre 2012 a novembre 2015.

Al seguente link sono disponibili maggiori informazioni e i risultati del progetto: <http://www.irohla.eu/home/>

2. “GRUPPO D’AZIONE SULL’INNOVAZIONE PER EDIFICI; CITTÀ E AMBIENTI A MISURA D’ANZIANO (GRUPPO D’AZIONE D4)” – “PARTENARIATO EUROPEO PER L’INNOVAZIONE A FAVORE DELL’INVECCHIAMENTO ATTIVO E SANNO” (EIP-AHA)

L’EIP-AHA è una collaborazione che mette insieme le parti interessate per migliorare la salute e la qualità della vita degli anziani, trovare soluzioni sostenibili nell’erogazione dell’assistenza, e accrescere la competitività europea. Il lavoro del partenariato è organizzato all’interno di sei gruppi di azione, ciascuno dei quali si occupa di un aspetto dell’invecchiamento attivo e sano. Il Gruppo d’azione per l’innovazione a favore di edifici, città e ambienti a misura di anziano costituisce uno di questi sei gruppi di azione.

Fondi

L’EIP-AHA non è un nuovo strumento di finanziamento. Ha come obiettivo riunire le parte interessate al fine dare luogo ad uno scambio di idee, nonché dare vita e partecipare a progetti che producano risultati concreti. Qui di seguito è riportata una lista di fonti di finanziamento potenziali suggerite dal sito EIP-AHA, cui i soggetti interessati possono rivolgersi per richiedere finanziamenti:

Programma	Durata	Ammontare
Programma AAL (Active and Assisted Living Research and Development)	2014-2020	Contributo massimo UE: 175 milioni di euro
Programma per la competitività delle imprese e delle PMI 2014-2020 (COSME)	2014-2020	2,3 miliardi di euro
Erasmus +	2014-2020	14,7 miliardi di euro
Fondo europeo di sviluppo regionale	2014-2020	L’intero <i>budget</i> destinato alla politica regionale ammonta a 351,8 miliardi di euro
Fondo sociale europeo	2014-2020	L’intero <i>budget</i> destinato alla politica regionale ammonta a 351,8 miliardi di euro.
Programma per la salute	2014-2020	449,4 milioni di euro
Horizon 2020	2014-2020	Totale: 77.028,3 milioni di euro
Iniziativa per la medicina innovativa 2 (IMI2)	2014-2020	L’UE fornirà un contributo fino a 1638 milioni di euro dal Programma <i>Horizon 2020</i> .
Iniziativa di programmazione congiunta intitolata “Vivere di più, vivere meglio” – Potenzialità e sfide del cambiamento demografico	Iniziativa in corso iniziata nel 2011	Impegni di bilancio da parte di tutti i Paesi che partecipano ai bandi
Programma di ricerca dell’UE sulle patologie neuro degenerative (JPND)	Iniziativa in corso iniziata nel 2008	Il finanziamento del JPND è basato su un fondo comune virtuale, costituito dagli impegni di bilancio di tutti i Paesi che partecipano al bando. Ciascun Paese finanzia i partecipanti ai suoi progetti nazionali.
Comunità della conoscenza e dell’innovazione (CCI)	2014-2020	2,7 miliardi di euro dal Programma <i>Horizon 2020</i>
Programma PROGRESS	2014-2020	L’ammontare totale per il programma EaSI è di 919,5 miliardi di euro.

Partner

L'attuale Gruppo d'azione riunisce dei *partner* che rappresentano circa 70 portatori di interessi plurimi, costituiti dalle autorità regionali e locali provenienti da tutta l'UE, le ONG europee, i fornitori di tecnologia, i centri di ricerca e le PMI.

Il database è disponibile al seguente link:

<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/partners>

Obiettivi

Il Gruppo d'azione si occupa di:

- stabilire meccanismi per coinvolgere le persone anziane e assicurare la loro partecipazione;
- adattare e sviluppare principi e linee guida sugli ambienti a misura d'anziano per il contesto UE;
- comprendere come l'informatica e le innovazioni in termini di servizi possono aiutare a creare ambienti adatti agli anziani e come queste innovazioni funzionano nel contesto fisico e sociale;
- esplorare nuove strade per promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute attraverso la creazione di ambienti a misura d'anziano;
- gestire progetti pilota per analizzare gli approcci integrati alla progettazione urbana, alla domotica, ai servizi sanitari e sociali, ai luoghi di lavoro a misura d'anziano, all'informatica e agli ambienti "intelligenti".

Azioni

Queste attività riguardano specificamente le seguenti aree:

- Attuazione di politiche e pratiche per regioni, città e comunità: i partner condividono le loro esperienze locali per promuovere un maggiore coinvolgimento degli anziani, un approccio plurilaterale e nuove pratiche.
- Reti che promuovano un'alleanza europea sul cambiamento demografico: sensibilizzazione a livello europeo e creazione di un archivio di buone pratiche per la promozione, in tutta Europa, di un ambiente veramente a misura d'anziano.
- Contesto spaziale: collaborazione fra i centri di ricerca e i programmi per comprendere meglio i collegamenti tra il benessere degli anziani e il loro ambiente urbano.
- Informatica e ambiente "intelligente": promozione di prodotti e servizi informatici adattati alle esigenze degli anziani, attraverso la promozione di un migliore accesso ai servizi urbani, di una maggiore indipendenza e dei servizi a domicilio.

Durata

Il programma risulta essere stato avviato nel 2012 e non si fa menzione di una data di fine; tuttavia, la maggior parte delle fonti di finanziamento suggerite scade nel 2010.

Al seguente link sono disponibili maggiori informazioni e i risultati del progetto:

<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/index/faq>

<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/actiongroup/index/d4>

3. PROGETTO OMS: CITTÀ VIVIBILI

Partner

Il progetto OMS prevede la seguente lista di partner sul sito web. La lista originale è disponibile al seguente link:

<http://www.who.int/ageing/links/external/en/>

Age Concern ("Emergenza età"), Regno Unito; Age Action ("Azione età"), Irlanda; Age Concern, Nuova Zelanda; Age & Opportunity ("Età e opportunità"), Irlanda; BAGSO, Germania (sito esclusivamente in tedesco); Comitati sull'invecchiamento, Australia; Federazione europea degli anziani (EURAG); Help the Aged ("Aiuta gli anziani"), Canada; HelpAge International; Associazione internazionale di gerontologia e geriatria; Federazione internazionale sull'invecchiamento; Centro internazionale sulla longevità, Regno Unito; Network internazionale per la prevenzione degli abusi sugli anziani; Istituto di geriatria e gerontologia della Pontificia Università cattolica del Rio Grande do Sul (Brasile) Istituto nazionale per l'invecchiamento attivo, USA; Federazione mondiale sulle malattie cardiovascolari.

Fondi

Secondo un documento pubblicato dal Distretto di Saanich, British Columbia, Canada, riguardante il Progetto sulle città globali a misura d'anziano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il programma viene finanziato parzialmente dall'Agenzia sanitaria del Canada (PHAC).

Oltre a ciò, vi sono finanziamenti di natura governativa e locale provenienti dalla maggior parte delle 33 città partecipanti, secondo la Guida dell'OMS sul programma.

Obiettivi

"La Rete globale dell'OMS sulle città e le comunità a misura d'anziano (GNAFCC) è stata istituita per incoraggiare lo scambio di esperienze e l'apprendimento reciproco tra le città e le comunità a livello mondiale. Qualsiasi città o comunità impegnata a creare ambienti urbani inclusivi e accessibili a beneficio delle loro popolazioni sempre più vecchie, è invitata a partecipare al programma." – OMS

"Attraverso la Rete, l'OMS fornisce una piattaforma globale per lo scambio di informazioni e il sostegno reciproco per mezzo della condivisione delle esperienze. Inoltre, l'OMS fornisce degli orientamenti e promuove la creazione di conoscenza su come valutare quanto una città o una comunità sia a misura di anziano, come integrare nella pianificazione urbana una prospettiva che tenga conto dell'invecchiamento, e come creare degli ambienti urbani a misura d'anziano." – OMS

Durata

Il progetto è iniziato nel 2006 quando l'OMS ha preso contatti con i potenziali collaboratori all'interno del Progetto sulle città globali a misura d'anziano. Ha preso avvio come uno studio; "lo studio avrebbe dovuto portare all'individuazione di indicatori concreti per definire una città a misura d'anziano, nonché alla stesura di una guida pratica per stimolare e orientare le attività di promozione e difesa, sviluppo comunitario e cambiamento a livello di politiche, il tutto finalizzato a rendere le comunità urbane in tutto il mondo a misura d'anziano. Questo progetto sembra essere su base continua piuttosto che vincolato a dei termini temporali ben precisi.

"Una città o una comunità può restare a far parte della Rete fintantoché riesce a dimostrare il continuo miglioramento alla luce degli indicatori sviluppati. In altre parole, una volta che una città/comunità dimostra segni di progresso rispetto al suo piano d'azione iniziale (solitamente cinque anni dopo essere divenuta parte della Rete), si prevede che essa sviluppi un nuovo piano d'azione con durata fino a cinque anni, insieme ai relativi indicatori". – OMS

Al seguente link sono disponibili maggiori informazioni e i risultati del progetto:

http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_programme/en/

<http://www.saanich.ca/parkrec/community/pdf/SaanichWHOAgeFriendlyCitiesReport.pdf>

4. PARTENARIATO EUROPEO PER L'INNOVAZIONE A FAVORE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO E SANO (EIP-AHA)

Il secondo programma discusso in questa sede, il Gruppo d'azione sull'innovazione per edifici, città e ambienti a misura d'anziano (Gruppo d'azione D4) è uno dei sei gruppi d'azione, tutti rientranti nel programma EIP-AHA.

Gli altri cinque programmi sono:

- prescrizioni di farmaci più accurate e maggiore aderenza ai piani terapeutici per i pazienti anziani (Gruppo d'azione A1);
- gestione sanitaria personalizzata, a partire da un'iniziativa di prevenzione delle cadute (Gruppo d'azione A2);
- prevenzione e diagnosi precoce delle fragilità e del declino funzionale sia fisico che cognitivo negli anziani (Gruppo d'azione A3);
- riproposta e tutoraggio del sistema di cura integrato per le malattie croniche, incluso il telecontrollo a livello regionale (Gruppo d'azione B3);
- sviluppo di soluzioni interoperabili per una vita indipendente, ivi incluse le linee guida per i modelli d'impresa (Gruppo d'azione C2).

A1: Prescrizioni di farmaci più accurate e maggiore aderenza ai piani terapeutici per i pazienti anziani

Questo programma è finalizzato a migliorare i risultati in termini sanitari delle persone anziane affette da malattie croniche; tale obiettivo viene perseguito migliorando l'etichettatura dei farmaci, responsabilizzando i medici e i pazienti, nonché migliorando e utilizzando i database.

A2: Gestione sanitaria personalizzata, a partire da un'iniziativa di prevenzione delle cadute

Le cadute sono una delle cause più comuni di infortunio per le persone anziane, e spesso portano gli anziani a scegliere di entrare nelle case di riposo piuttosto che prendersi cura di se stessi in modo autonomo. Questa iniziativa è stata pensata con l'obiettivo di prevenire le cadute e prendersi cura di coloro che ne sono vittima così da minimizzarne gli effetti negativi. L'applicazione del principio di "prevenzione e diagnosi precoce della fragilità e del declino funzionale, sia fisico sia cognitivo, negli anziani" mostra notevoli differenze nelle 30 regioni coinvolte. Un esempio è la Regione basca. Il Paese basco ha attuato un modello assistenziale incentrato sulla persona umana, che promuove uno stile di vita attivo nella propria casa, basato sul coordinamento degli attori del settore sanitario.

A3: Prevenzione e diagnosi precoce delle fragilità e del declino funzionale sia fisico che cognitivo negli anziani

Questo programma è volto a prevenire e neutralizzare l'impatto negativo della fragilità e del declino cognitivo negli anziani. Tale obiettivo viene perseguito attraverso la diagnosi precoce, servizi sociali più integrati, esami medici sistematici, un aumento delle attività di ricerca, e la lotta contro l'isolamento sociale mediante il sostegno reciproco. La rete multidisciplinare è composta da 160 partner, inclusi i prestatori di servizi sanitari e assistenziali, le grandi imprese e le PMI, i gruppi di sensibilizzazione, gli istituti di ricerca, l'UE e le organizzazioni internazionali.

B3: Riproposta e tutoraggio del sistema di cura integrato per le malattie croniche, incluso il telecontrollo a livello regionale

Si tratta di un programma progettato per integrare l'assistenza sociale con i servizi sanitari, al fine di fornire un approccio più integrato alla gestione delle malattie croniche e ridurre i ricoveri in ospedale non necessari. Il periodo di attuazione di questo progetto si estende dal 2015 al 2020; esso mira a coprire almeno il 10% della popolazione di riferimento in 50 regioni.

C2: Sviluppo di soluzioni interoperabili per una vita indipendente, ivi incluse le linee guida per i modelli d'impresa

Questo programma ha come obiettivo la promozione della creazione di soluzioni innovative per facilitare la vita indipendente, con particolare attenzione alle soluzioni di tipo informatico. Questo Gruppo d'azione è composto da partner che includono gli istituti di ricerca, i prestatori dei servizi sanitari e assistenziali e il relativo comparto industriale. I partner provengono da tutta l'Unione europea, appartengono a vari livelli, dal locale al nazionale, e coprono 59 organizzazioni. Una delle attività che è stata realizzata fino ad ora è stata l'organizzazione di una serie di *workshop* riguardanti, tra gli altri argomenti, l'assistenza sanitaria online, la responsabilizzazione degli utenti, e le forniture innovative. I *workshop* si sono svolti nell'autunno del 2013.

5. INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN BUONA SALUTE IN SLOVENIA

Rappresenta una delle risposte a livello nazionale all'invito a presentare proposte a sostegno dello sviluppo di strategie globali per l'invecchiamento attivo nei Paesi europei, pubblicato dalla Commissione europea nel 2014.

Partner

Altri Paesi che hanno risposto a questo invito: Lettonia, Bulgaria, Italia, Regno Unito e Irlanda.

A Lubiana si è svolta una conferenza per discutere della strategia, e i partecipanti includevano il Ministero del lavoro, della famiglia, degli affari sociali e delle pari opportunità, il Ministero della sanità, il Ministero delle finanze, numerosi istituti professionali e di ricerca, organizzazioni della società civile e altri portatori di interessi.

Fondi

Questo progetto è finanziato nell'ambito del Programma di sostegno alla politica in materia di tecnologie della comunicazione o dell'informazione (ICT PSP), accordo di sovvenzione n° 620978.

Obiettivi e azioni

Lo scopo di questo invito a presentare proposte era quello di fornire un sostegno finanziario ai Paesi UE desiderosi di impegnarsi nello sviluppo e attuazione di strategie globali per l'invecchiamento attivo. Si è dovuto dedicare particolare attenzione alla collaborazione dei differenti livelli di *governance* e di portatori di interesse nelle diverse aree di *policy*. L'obiettivo è quello di incrementare la loro capacità di adottare azioni concrete per risolvere le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione.

“La Slovenia analizzerà le sfide esistenti nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute, considerando l'importanza di modelli, buone pratiche e soluzioni normative esistenti per affrontare tali sfide. Il risultato di questa analisi darà forma ad una serie di misure e riforme nell'ambito dell'occupazione, dell'invecchiamento attivo e in buona salute, della vita indipendente assistita, e dell'assistenza a lungo termine”. – AFE-INNOVNET

Maggiori informazioni sono disponibili al seguente link:

<http://www.afeinnovnet.eu/news/european-commission-publishes-results-call-active-ageing-strategies>

<http://www.afeinnovnet.eu/about/FAQ>

1.2 Il contesto regolativo italiano sull'invecchiamento attivo

In Italia⁷, **il 20% della popolazione ha più di sessantacinque anni**, e in 12 su 20 capoluoghi regionali la percentuale di anziani supera perfino il 25%, come ad es. a Venezia e a Trieste. Considerando i dati disaggregati per genere, le donne sono in netta maggioranza: 41,8% di uomini contro il 58,2% di donne. A Trieste, Aosta, Bologna, Milano, Firenze, Cagliari, Trento, Venezia e Napoli la percentuale di **donne** anziane supera il 60%. Gli ultrasessantacinquenni costituiscono quasi il 10% della popolazione, con una percentuale più alta per le donne (62,8%, contro il 37,2% degli uomini). Considerando le differenze socio-demografiche a livello regionale, la percentuale di anziani è più bassa nelle Regioni del Sud.

Nel quadro dell'Anno europeo per l'invecchiamento attivo 2012, il **Governo italiano**⁸ ha presentato la "Carta di intenti e strumenti di azione per l'Invecchiamento attivo e la Solidarietà tra le generazioni" con lo scopo di mettere in evidenza aspetti, esperienze, azioni, buone pratiche e raccomandazioni che sono emerse dalle azioni realizzate a livello nazionale⁹ nel 2012. Il documento sottolinea gli obiettivi generali che è necessario sviluppare a livello regionale, e suggerisce alcune riforme del quadro normativo nazionale per quanto riguarda l'età lavorativa, il sostegno alle organizzazioni della società civile, e la politica fiscale.

Nella graduatoria degli Stati membri UE stabilita in base all'**Indice dell'invecchiamento attivo**, l'Italia riporta un punteggio di 33,3, collocandosi al **quindicesimo posto**, tra le due estremità costituite da Svezia e Danimarca, da un lato (con un punteggio pari a 44), e da Polonia e Slovacchia dall'altro (con un punteggio pari a 27,3)¹⁰.

L'attenzione che viene prestata a livello regionale all'invecchiamento attivo varia molto. La maggior parte delle **Regioni** non ha ancora progettato politiche specificamente indirizzate all'invecchiamento attivo. Le politiche regionali riguardano principalmente i servizi sociali e sanitari per l'assistenza di lungo termine. L'Emilia-Romagna ha elaborato un approccio integrato per promuovere gli obiettivi delle politiche specificamente rivolte agli anziani¹¹ nel quadro di un approccio mirato all'invecchiamento attivo; la Regione Puglia ha elaborato la Carta regionale per l'invecchiamento attivo¹², che evidenzia i principi delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo.

Negli ultimi due decenni, il sistema di *welfare* italiano si è contraddistinto per dei processi di riforma¹³ che hanno riguardato nello specifico due dimensioni: i livelli di governo coinvolti nelle politiche di *welfare* – il cosiddetto "**rescaling**" (revisione della classificazione) delle politiche¹⁴ – e gli attori coinvolti nella progettazione, attuazione e valutazione delle politiche – la **governance** delle politiche¹⁵.

7 Rapporto http://www.sciencesystemfvg.it/upload/file/Sintesi_Rapporto_2009.pdf

8 <http://www.invecchiamentoattivo.politichefamiglia.it/>

9 Programma Nazionale di lavoro per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale <http://www.invecchiamentoattivo.politicheperlafamiglia.it/wp-content/uploads/2012/02/Anno-invecchiamento-2012-Programma-nazionale-lavoro.pdf>

10 Progetto "Indice dell'invecchiamento attivo (AAI)", sovvenzione UNECE n. ECE/GC/2012/003, Indice dell'invecchiamento europeo 2012, Concetti, metodologia e risultati finali, p. 23, <http://www.euro.centre.org/aai>

11 <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par/il-par>

12 <http://www.regione.puglia.it/index.php?page=pressregione&id=14716&opz=display>

13 Genova A, Kazepov Y. (2006) From Government Fragmentation to Local Governance: welfare reforms and lost opportunities in Italy, in P. Henman and M. Fenner. (eds.), Administering welfare reform: International transformations in welfare governance, Policy Press, Bristol, pp. 233–255.

14 Kazepov. Y. (2010) Rescaling Social Policies towards Multilevel Governance in Europe Social Assistance, Activation and Care for Older People. Ashgate.

15 Brenner, N. (2004), New State Spaces – Urban Governance and the Rescaling of Statehood, Oxford: Oxford University Press.

Riguardo al *rescaling* delle politiche di *welfare*, il quadro normativo italiano è stato caratterizzato da un processo di **decentramento**¹⁶. Le Regioni hanno ora competenze in materia di politiche sanitarie, di assistenza sociale e per l'occupazione.

Le **Regioni** sono state previste nella Costituzione italiana sin dal 1948, tuttavia presentavano condizioni socio-economiche molto diverse; l'attuazione dell'autonomia regionale è stata procrastinata per promuovere lo sviluppo del Paese e dell'identità nazionale dopo la Seconda Guerra Mondiale. Le Regioni hanno acquisito un limitato potere legislativo e l'autonomia in materia fiscale¹⁷ negli anni Settanta.

Le principali riforme in direzione del decentramento sono state approvate negli anni Novanta. Il decentramento ha coinvolto le **procedure amministrative**, con le cosiddette "Riforme Bassanini" (1997-1998) volte a razionalizzare la pubblica amministrazione e ad aumentare l'autonomia regionale, ai sensi della Costituzione, nell'attuazione delle politiche.

Negli anni Novanta le riforme del **sistema sanitario** hanno significativamente aumentato le competenze e l'autonomia delle Regioni (Decreto legislativo 502/1992, Decreto legislativo 517/1993, Decreto legislativo 299/1999): la gestione del sistema sanitario è stata così trasferita dallo Stato ai governi regionali¹⁸. Il processo di riforma ha messo in discussione il principio organizzativo cardine del Sistema sanitario nazionale istituito nel 1978: l'isomorfismo istituzionale. Durante gli anni Settanta, per superare le differenze regionali nella gestione dei sistemi sanitari, il Sistema sanitario nazionale ha promosso l'attuazione dello stesso modello gestionale in tutte le Regioni con l'obiettivo di raggiungere lo stesso risultato in termini di servizi sanitari. Nonostante ciò, alla fine degli anni Ottanta i limiti dell'isomorfismo istituzionale si sono palesati in tutta la loro evidenza, e le differenze fra Regioni erano ancora forti in termini di servizi offerti e di efficienza. Il processo di riforma degli anni Novanta, che ha ampliato le competenze del governo regionale, ha promosso la ricerca di nuovi modelli gestionali a livello regionale. Pertanto, dalla fine degli anni Novanta, il Sistema sanitario nazionale è stato rimpiazzato dai sistemi sanitari regionali, con forti differenze a livello di esperienza gestionale. La regionalizzazione dei sistemi sanitari ha trasferito tutte le attività di pianificazione a livello regionale, mentre il governo nazionale esercita un controllo sui bilanci regionali e sull'allocazione delle risorse fra Regioni¹⁹.

Sin dagli anni Novanta, le **politiche del lavoro** hanno fatto parte del processo di riforma che ha portato alla regionalizzazione. Per aumentare l'efficienza dei servizi per l'impiego e per promuovere le politiche di attivazione²⁰, il sistema nazionale è stato sostituito dai servizi regionali che sono stati erogati in modo diverso (Decreto legislativo 469/1997). La regionalizzazione dell'occupazione e i servizi di formazione hanno portato a strategie regionali molto diverse a sostegno dell'occupazione²¹.

In Italia le politiche riguardanti l'**assistenza sociale** sono state gestite principalmente

16 Palermo Francesco, Wilson Alex (2013) The Dynamics of Decentralization in Italy: Towards a Federal Solution? http://aei.pitt.edu/41705/4/2013_edap04.pdf

17 David Hine D, "Federalism, Regionalism, and the Unitary State: Contemporary Regional Pressures in Historical Perspective" (1996). In Italian Regionalism: History, Identity & Politics, Carl Levy (ed.) Oxford Berg; Martino Mazzoleni, "The Italian regionalisation: a story of partisan logic in Modern Italy", Volume 14, Issue 2, 2009

18 Franca Maino, "The restructuring of the health service: The Bindi reform and fiscal federalism" in Mario Caciagli and Alan S. Zuckerman (eds.), Italian Politics: A Review (Berghahn, Oxford, 2000).

19 Genova A. (2010) 'De l'universalisme au régionalisme: niveaux essentiels et différences territoriales', in Revue Sociologie Santé, No. 32 : "Décentralisation système de santé: l'exemple italien", pp. 143-159.

20 Genova A., (2008) 'Integrated services in activation policies in Finland and in Italy: a critical appraisal', in Social Policy and Society, 7, 3, pp. 379-92.

21 Ferrera M., Gualimini E. (2004) Rescued by Europe? Social and Labour Market Reforms in Italy from Maastricht to Berlusconi. Amsterdam University Press.

a livello comunale, all'interno di un quadro nazionale caratterizzato, fino alla fine degli anni Novanta, dalla mancanza di un sostegno normativo adeguato. Per superare la frammentazione della normativa istituzionale, nonché le differenze regionali, la prima legge nazionale sull'assistenza sociale è stata approvata nel 2000. Essa ha introdotto principi innovativi come, ad esempio, il ruolo che le organizzazioni della società civile, in collaborazione con il governo locale, giocano nel soddisfacimento dei bisogni sociali. Nonostante ciò, la legge nazionale è stata messa in discussione dalla riforma costituzionale che ha attribuito alle Regioni il potere di legiferare in materia di politiche sociali²². Il decentramento ha caratterizzato non solo il potere legislativo ma anche il flusso di risorse. L'ammontare totale di risorse per le politiche sociali è sceso da 1.844 miliardi nel 2004 a 344.17 milioni nel 2013²³.

La **riforma costituzionale** del 2001 ha ridefinito completamente il rapporto e le competenze tra Stato e Regioni, ponendo l'accento sull'eguaglianza di tutti gli elementi costitutivi della "Repubblica" nonché il concetto di rapporti funzionali piuttosto che gerarchici, in essere fra di essi. La riforma costituzionale ha rimodellato la distribuzione dei poteri amministrativi e legislativi tra Stato e Regioni, verso un sistema federale. Il processo di riforma ha anche comportato un processo di federalismo fiscale, che ha aumentato le competenze regionali in materia fiscale, anche se il processo di riforma non è ancora stato portato a termine. La gestione della sanità e le competenze in questo ambito, come pure l'assistenza sociale e le politiche del lavoro sono state interamente attribuite ai governi regionali. Più del 70% dei bilanci regionali viene oggi allocato per la gestione sanitaria.

La riforma costituzionale del 2001 ha legittimato il processo di *rescaling* delle politiche di *welfare* attraverso l'introduzione della **sussidiarietà verticale**, mentre la **sussidiarietà orizzontale** ha sostenuto i processi di riforma della *governance*: la sussidiarietà verticale regola i rapporti tra i livelli di governo nazionale, regionale e comunale, promuovendo una maggiore vicinanza dell'ente ai cittadini nel rispondere ai loro bisogni; d'altro canto, la sussidiarietà orizzontale pone l'accento sul ruolo del settore privato nel promuovere gli interessi pubblici e il benessere della collettività.

Per quanto riguarda il processo di riforma della **governance**, differenti organizzazioni della società civile, pubbliche e private, hanno svolto ruoli diversi in ambito regionale sulla base dei contesti politici e dei diversi *background* riguardanti il capitale sociale e la storia. Le Regioni hanno sperimentato diversi modelli di *governance*, riguardanti tutte le fasi dei processi di elaborazione delle politiche. Le organizzazioni della società civile hanno giocato un ruolo di prim'ordine nel pianificare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro in alcune Regioni, mentre in altre tali organizzazioni sono state coinvolte solo nella fase di attuazione delle politiche.

Per riassumere, il *rescaling* e le riforme delle politiche di *welfare* in Italia sono stati caratterizzati dal trasferimento del potere normativo dallo Stato alle Regioni, e dal passaggio dal ruolo centrale del governo alla *governance* locale. Inoltre, all'interno di questo quadro istituzionale regionale eterogeneo, le politiche locali di *welfare* si sono trovate di fronte alla sfida di rimodulare i rapporti tra le aree delle politiche di *welfare* per offrire risposte più efficaci ai bisogni sociali e assistenziali, promuovendo l'inclusione nella società e nel mondo del lavoro. I sistemi di *welfare* regionali rappresentano il contesto nel quale vengono gestite le sfide di una società sempre più vecchia, della solidarietà fra le generazioni, e della coesione sociale.

22 Ferrera M. (ed. by) (2005) *Welfare State Reform in Southern Europe. Fighting poverty and social exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece*. Routledge.

23 Quotidiano Sanità.it Dossier La fine delle politiche sociali. In dieci anni il Fondo nazionale si è ridotto dell'80%. 5 giugno 2013, http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=15330

Il processo di regionalizzazione dei principali contesti delle politiche sociali, sanitarie e del lavoro

All'interno di questo contesto si contraddistinguono le esperienze nazionali del progetto Passi D'Argento e quelle delle Regioni Emilia Romagna e Puglia che hanno adottato specifici strumenti di promozione dell'invecchiamento attivo.

Passi d'Argento

Passi d'Argento (PdA) è un sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza "Passi sulla popolazione con 18-69 anni" cominciata nel 2007. Per la prima volta Passi d'Argento "misura" il contributo che gli anziani offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.

Tra marzo 2012 e gennaio 2013 in 18 Regioni italiane e nella Provincia Autonoma di Trento sono state raccolte oltre 24.000 interviste che hanno permesso a responsabili e operatori del sistema socio-sanitario, agli ultra 64enni stessi e alle loro famiglie di produrre informazioni utili ed elementi importanti per la valutazione delle attività di prevenzione. Le interviste, telefoniche o faccia a faccia, sono state effettuate attraverso un questionario standardizzato, da operatori appositamente formati. Il campione è estratto con campionamento casuale semplice stratificato o a *cluster* dalle liste anagrafe degli assistiti della Asl. Al momento sono in fase di elaborazione e analisi i dati aggiornati dell'ultima indagine, che dovrebbero nei prossimi mesi essere presentati.

Passi d'Argento nelle Marche

Per quanto riguarda la Regione Marche sono state già realizzate due indagini: la prima nell'ex zona territoriale di Jesi e la seconda nell'Area Vasta 2 di Ancona. Il 1° ottobre 2014 è partita la rilevazione su tutto il territorio regionale (circa 1600 interviste in un anno).

Nel 2010 è stato intervistato un campione di 321 ultra 64enni e sono state raccolte informazioni sui "pilastri" dell'invecchiamento attivo: Partecipazione, Salute e Sicurezza. La popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in 4 sottogruppi: in buona salute a basso rischio di malattia (53%); in buona salute ma a rischio (13%); con segni di fragilità (21%); con disabilità (13%). Dalle indagini condotte fino ad adesso nelle Marche sono emersi i seguenti principali risultati:

1. essere risorsa per la famiglia e la collettività e partecipare alla vita sociale

Circa un terzo (29%) degli ultra 64enni è una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Gli ultra 64enni che, in una settimana tipo partecipano ad attività con altre persone, sono il 29%. Solo il 2% partecipa a corsi di cultura, (esempio inglese o computer).

2. rimanere in buona salute

Il 36% degli ultra 64enni giudica positivamente il proprio stato di salute. Il 61% è in eccesso ponderale. Dal punto di vista dei fattori comportamentali di rischio, l'8% fuma, il 47% consuma alcol, e tra questi, il 35% più di 1 unità alcolica al giorno, il 26% è meno attivo fisicamente e solo il 6% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno. Il 15% degli intervistati ha problemi di vista. Gli ultra 64enni che hanno problemi di masticazione sono il 10%, tra questi solo il 38% è andato dal dentista. Il 20% ha riferito sintomi di depressione e l'8% è a rischio di isolamento sociale. Le persone ultra 64enni che non possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 36%.

3. usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

Il 78% delle persone ultra 64enni ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani, e tra questi, il 23 % vi si è recato. Il 90% assume dei farmaci; fra costoro il

40% 4 o più tipi diversi ogni giorno; fra coloro che prendono farmaci (90%), solo il 29% ha controllato l'uso delle medicine con il medico di medicina generale, e fra questi, solo la metà (56%) in un periodo di 30 giorni. Quasi il 69% ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale. Il 13% è disabile ovvero presenta limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana (es. lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi); di questi può disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo dai familiari nell'83% dei casi, da persone a pagamento nel 42% e nel 10% da volontari. Il 60% degli intervistati ultra 64enni arriva a fine mese con alcune o con molte difficoltà.

<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2012/report%20passi%20argentoMarche.pdf>

Passi d'Argento nella Regione del Veneto

La Regione Veneto ha partecipato alla sperimentazione relativa al progetto Passi d'Argento nel biennio 2008-2010 con l'Azienda ULSS 15; nel 2012 la sorveglianza è stata estesa a tutte le Aziende Ulss del Veneto, e hanno aderito 19 delle 21 Aziende Ulss del Veneto. Il Veneto ha aderito alla messa a regime del sistema partecipando alla realizzazione dell'indagine 2012-2013. Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati con formazione regionale 64 operatori, e di questi, 54 (84%) impiegati presso servizi socio-sanitari delle Ulss. Il restante 16% era costituito da volontari/personale in formazione. Questi operatori a loro volta hanno formato nelle proprie Aziende altri operatori, raggiungendo così un totale di circa 90 operatori formati.

Attualmente è in fase di pubblicazione il rapporto regionale "Passi d'Argento 2012-2013", attraverso il quale verranno presentati i risultati dell'ultima indagine svolta in Veneto e per la quale sono state intervistate 1060 persone. I destinatari principali del rapporto sono gli operatori che, a vario livello, sono coinvolti nella messa a regime del sistema di sorveglianza.

Il rapporto ha l'obiettivo di:

- fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento, in modo da favorire la comprensione di obiettivi, metodi e principali aspetti innovativi del sistema;
- mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un documento di consultazione dei risultati dell'indagine Passi d'Argento 2012-2013 condotta a livello regionale/locale.

I risultati della sorveglianza PASSI d'Argento sono presentati all'interno di 4 capitoli:

- Benessere e indipendenza
- Fattori di rischio, condizioni di salute e cure
- Partecipazione ed essere risorsa
- Ambiente di vita

Le pubblicazioni – elaborate dagli operatori che a livello regionale coordinano il sistema PASSI d'Argento – terranno conto di caratteristiche, bisogni informativi e ruolo dei destinatari. In questo modo, sarà possibile tradurre i dati di sorveglianza in messaggi efficaci per i potenziali utilizzatori. I risultati delle precedenti indagini PASSI d'Argento e i risultati dell'indagine 2012-2013 saranno disponibili online all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento> e <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/passi-dargento>

PAR Una società per tutte le età: azioni regionali per la popolazione anziana

Il Piano è essenzialmente uno strumento integrato e, quindi, non appartiene ad alcuna area specifica della programmazione regionale (ad esempio il Piano Sociale e Sanitario o i Piani di Zona) ma delinea obiettivi e sinergie per lo sviluppo integrato di tutte le politiche. Non è una legge, non ha fondi e non è un intervento diretto. È stato concepito come una novità d'approccio intersettoriale che aiutasse tutti gli attori (Assessorato, OO.SS. e Terzo Settore) a comprendere meglio come migliorare le politiche pubbliche e del privato sociale verso la popolazione anziana e garantire a tutti la fruizione dei diritti in tutte le fasi della vita, realizzando l'obiettivo di "Una Società per tutte le età".

Gli **obiettivi strategici** individuati dal Piano sono:

- riconoscere il ruolo attivo della popolazione anziana;
- dare sostanza alla libertà di scelta dell'anziano;
- promuovere un atteggiamento positivo verso l'invecchiamento;
- favorire una riorganizzazione del corso della vita, realizzando una maggiore flessibilità tra formazione, lavoro e piacere nelle diverse fasi della vita;
- promozione dell'invecchiamento attivo (*active ageing*);
- favorire e sostenere il diritto a una vita indipendente;
- sostenere le persone che scelgono di prestare cura a familiari o conoscenti;
- valorizzare l'apporto delle nuove tecnologie;
- promuovere il benessere e la salute nella terza età con un approccio preventivo e assicurando universalità e equità di accesso ai servizi sanitari sociali.

Che cosa fa:

- analizza i dati e i mutamenti della società regionale, evidenziando nuovi bisogni e metodologie d'intervento;
- raccoglie e confronta interventi settoriali e buone pratiche, coordinandoli e diffondendone la conoscenza;
- interessa e interpella l'intera comunità regionale e non solo una parte di essa;
- rappresenta un nodo decisivo di ogni possibile strategia di "sviluppo sostenibile";
- richiede un profondo mutamento, anzitutto culturale, nelle attitudini, nelle politiche e nelle pratiche a tutti i livelli;
- è un punto di osservazione privilegiato per verificare l'effettiva fruizione dei diritti di cittadinanza, senza discriminazione di genere o di età, e rispetto a questo obiettivo vanno ridefinite azioni, politiche e legislazioni.

Il primo atto regolativo su questo tema è stato approvato nel 2004 (DGR 2299) per l'adozione del "Piano di Azione per la comunità regionale. Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo".

Fonte : <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par/il-par>

Regione Puglia

Attraverso la Deliberazione della Giunta regionale 14 dicembre 2012, n. 2804, avente ad oggetto "Anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni. Approvazione della Carta regionale per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale", la Regione Puglia, sul modello della Carta nazionale adottata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e al fine di celebrare l'Anno europeo per l'invecchiamento attivo, ha approvato per tutti gli attori pubblici e privati indirizzi cogenti per la programmazione e l'attuazione degli interventi in favore dell'inclusione sociale e lavorativa, dell'invecchiamento attivo e della vita indipendente per le persone anziane e per le persone con disabilità. Uno strumento che è fortemente centrato sulla promozione delle opportunità di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali, alla domotica sociale, alle prestazioni domiciliari, ai percorsi di inserimento socio-lavorativo di soggetti fragili, alla qualità della vita delle persone anziane.

PUNTI DI FORZA

Strumento di tipo opportunamente "regolatorio" e trasversale alle singole politiche settoriali, adatto dunque ad una tematica che attiene più ad un "metodo" e ad un "approccio culturale" che ad uno specifico campo amministrativo.

CRITICITÀ

Scarso potere vincolante per l'attuazione delle misure ivi previste

OPPORTUNITÀ

Il Gruppo di monitoraggio, se correntemente attivo, può rappresentare, vista la sua composizione, un elemento chiave per il successo della politica.

MINACCE

Il pregiudizio sulle età e la crisi economica (che sta generando conflitti e tensioni tra categorie sociali diverse, possono far "scivolare" in secondo piano il tema.

Con la Carta regionale la Regione Puglia si è impegnata a promuovere, in maniera trasversale a tutte le politiche regionali in campo sociale, socio-sanitario e socio-lavorativo, ogni azione utile rivolta a supportare in modo integrato la persona anziana e la persona in condizione di limitata autonomia con progetti funzionali capaci di integrare i possibili supporti alla persona e al suo nucleo familiare per la permanenza più lunga possibile nel modo del lavoro, del servizio solidale, del mutuo aiuto tra famiglie e generazioni, del contesto domiciliare in alternativa al ricovero in strutture di cura residenziali.

In particolare le politiche regionali di cui sopra stanno promuovendo:

- l'integrazione di misure di sostegno economico alla persona e alla famiglia per la vita indipendente, per l'autonomia in contesto domiciliare e la qualificata e continuativa assistenza alla persona;
- la capillarità e l'incremento dell'offerta per i centri diurni per le persone anziane e per le persone con disabilità anche temporanee, con obiettivi socio-educativi, socializzanti e riabilitativi;
- il sostegno economico alle persone anziane per la promozione della domanda di ausili informatici e domotici per la connettività sociale e per la autonomia in ambiente domestico e lavorativo delle persone anziane;
- la promozione di reti di solidarietà che abbiano il loro perno nelle associazioni familiari e nelle associazioni di tutela e rappresentanza delle persone anziane per animare iniziative di mutuo aiuto (ivi incluse le banche del tempo, le banche dei ricordi, ecc..) e di rafforzamento delle comunità solidali;
- la promozione di progetti di vita indipendente per l'inserimento nel lavoro ovvero per la permanenza nel mondo del lavoro di persone adulte e prossime all'anzianità in condizioni di disabilità;

- la promozione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sui diritti degli anziani e di promozione per la solidarietà tra le generazioni;
- la promozione di iniziative rivolte al recupero degli antichi mestieri in ottica di valorizzazione delle capacità e delle competenze delle persone anziane a supporto di una rete di opportunità formative e lavorative per i giovani che apprendono gli antichi mestieri e attivano nuove iniziative economiche.

2. Invecchiamento attivo: dati e politiche nelle Marche, Veneto e Puglia in prospettiva comparata nazionale ed europea

2.1. Occupazione

I dati comparati rilevano la presenza del noto gradiente Nord-Sud con tassi di occupazione pari quasi al doppio nel Veneto rispetto alla Puglia. Le Marche confermano la loro posizione di regione di cerniera tra Nord e Sud Italia (Genova, Palazzo 2008).

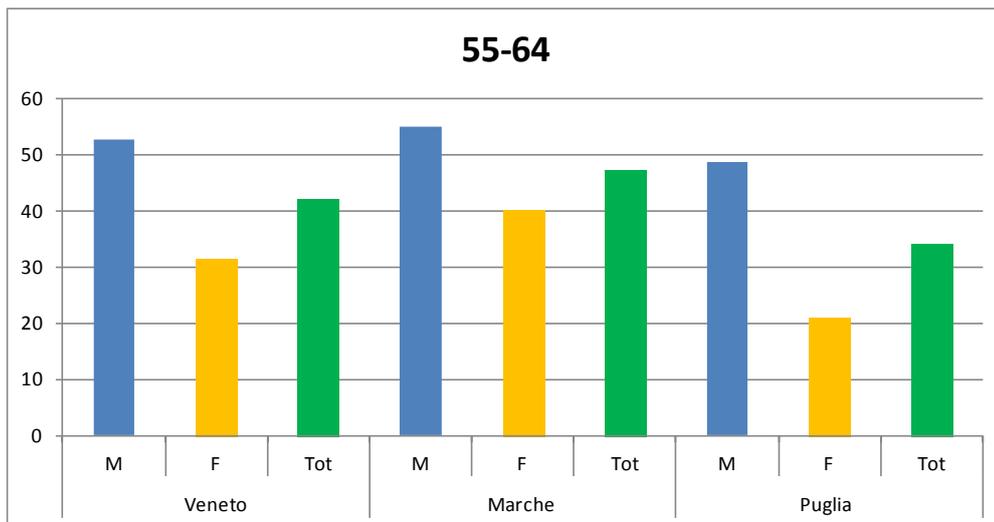
La Regione Veneto presenta inoltre i dati relativi al tasso di occupazione in funzione del titolo di studio che mettono in luce notevoli differenze: il tasso di occupazione per la popolazione 55-59 anni, con il titolo di studio fino alla licenza media, è di circa 48%, mentre sale a 71% per il diploma e a 92% per la laurea. Si conferma una maggiore occupazione per i laureati anche per le fasce di età successive, e meritevole di particolare attenzione è il dato sui laureati tra i 65 e 74 dal momento che il 23% di questi è ancora occupato, a fronte del 5% di coloro che hanno il titolo di studio fino alla licenza media e dell'11% con diploma.

Nella fascia di età, 55-59, il dato disaggregato per genere rileva un notevole divario nell'occupazione a favore degli uomini; di questi il 73% lavora, a fronte del 49% delle donne. Il tasso di occupazione si dimezza per le donne nella fascia di età 60-64 anni (14% per le donne e 33% per gli uomini), e nella fascia di età 65-74 segna un ulteriore declino, caratterizzato dall'acuirsi delle differenze per genere: 19% degli uomini a fronte del 2,5% delle donne.

L'analisi diacronica rileva un aumento del tasso di occupazione della fascia di età 55-64 per le tre le regioni, anche se più marcata al Centro-Nord. Per quanto concerne il Veneto e le Marche, si rileva un aumento del tasso percentuale complessivo di circa il 14%, con un incremento in particolare del tasso occupazionale delle donne di circa 15 punti percentuali in Veneto – dal 17% nel 2004 al 32% nel 2013 (dal 40% del 2004 al 54% del 2013 nei maschi) – e di circa 18 punti percentuali nelle Marche – dal 21% nel 2004 a quasi il 40% nel 2013 (dal 45% del 2004 al 55% del 2013 nei maschi). Per quanto concerne la Puglia si rileva un aumento del tasso percentuale di occupazione di circa 7 punti percentuali: dal 41% del 2004 al 47% del 2013 per i maschi e da 16% a 21% per le femmine. La marcata differenza tra i generi viene confermata in tutte e tre le Regioni.

La comparazione regionale mette in luce che le Marche sono la regione con tasso di occupazione della popolazione 55-64 superiore non solo alla Puglia, ma anche al Veneto. Questo dato viene confermato anche in relazione alle differenze di genere, sebbene anche in questa regione si rilevi un notevole divario nell'occupazione a favore degli uomini.

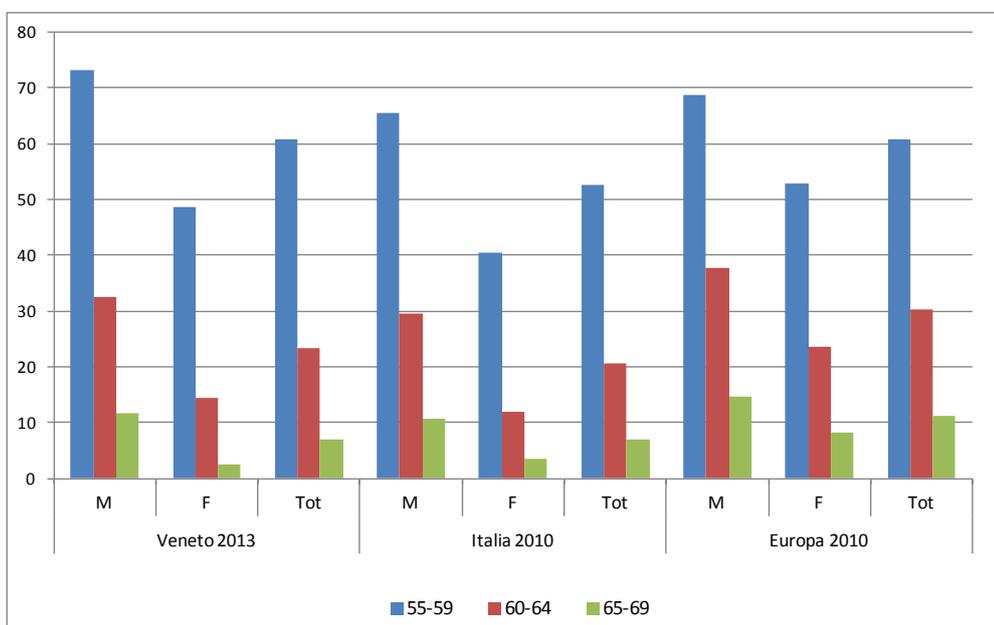
Figura 2. Percentuali di occupati 55-64 e genere in Veneto, Marche, Puglia. Anno 2013



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto – Sezione Sistema Statistico Regionale su dati ISTAT; Sistema Informativo Statistico – Regione Marche su dati ISTAT; ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro

L'analisi comparata con il dato medio nazionale ed europeo rileva che complessivamente i tassi di occupazione italiani sono inferiori a quelli della media europea, e marcatamente inferiori per le donne, come ampiamente noto²⁴. Per un'analisi approfondita si rimanda all'analisi comparata europea²⁵.

Figura 3. Percentuale di occupati per fasce di età in Veneto, Italia e dato medio europeo



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto – Sezione Sistema Statistico Regionale su dati ISTAT; Sistema Informativo Statistico – Regione Marche su dati ISTAT; ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro

24 La deviazione standard per le rispettive fasce di età aggregate per sesso è: 9,3; 11,7; 6,1.

25 Vedi il rapporto su Indice dell'invecchiamento attivo, disponibile al seguente link: <http://www.euro.centre.org/aa>

Il tasso di occupazione è strettamente legato anche alle politiche pensionistiche, regolate a livello nazionale. A fronte di questi dati le politiche messe in atto nei diversi contesti regionali si caratterizzano complessivamente per un'assenza specifica di politiche a livello regionale. La promozione dell'invecchiamento attivo, infatti, si stempera all'interno di politiche per l'occupazione orientate alla popolazione svantaggiata nel caso delle Marche²⁶ e della Puglia²⁷ o in risposta alla generale situazione di crisi economica nel Veneto²⁸. Meritevole di nota è tuttavia l'attenzione posta in Veneto con le duplici esperienze del progetto "Silver City" per l'occupazione degli over 60, e "Senior Capital" per gli over 50. Inoltre, a livello provinciale si rileva, a Treviso, il progetto "Senior Capital"²⁹; nella Provincia di Venezia i progetti "Talentaged"³⁰ e "Age in tandem"; nella Provincia di Belluno e Vicenza progetti specifici per la riqualificazione degli over 45. In Veneto spicca anche una specifica iniziativa di policy per la valorizzazione dell'esperienza lavorativa per l'*age management*³¹.

Regione Veneto

Nome del progetto: Senior Capital

Attori: Provincia di Treviso

Budget: 1.661.306,40 EUR

Tempi: 09/2012 — 12/2014

Finalità e obiettivi

Il progetto "Senior Capital" rappresenta una continuazione del progetto "Q Ageing", e pone l'obiettivo di promuovere l'invecchiamento attivo attraverso una più specifica azione di rafforzamento del potenziale economico e sociale delle persone senior, sia supportando la crescita e l'aggiornamento delle loro competenze, sia canalizzando tali esperienze verso le nuove generazioni. Questo obiettivo è realizzato attraverso una maggiore partecipazione dei senior al mercato del lavoro o nel settore dell'erogazione di servizi sociali a livello locale. Il progetto intende trovare soluzioni efficaci per il bilanciamento degli effetti negativi dell'invecchiamento della popolazione attraverso il rafforzamento del peso economico dei *senior* (over 50) che rappresentano un target in costante crescita e nel contempo "prezioso capitale di riserva" per la società europea. Per fare questo, il progetto si basa sui seguenti punti chiave:

- equipaggiare i *senior* con capacità e competenze che li rendano in grado di competere;
- promuovere la loro integrazione attraverso il lavoro e la partecipazione ad altre attività;
- preparare le autorità locali/regionali a giocare un ruolo chiave nella gestione di nuove forme di cooperazione tra i sistemi educativo, produttivo e della società civile nell'affrontare il problema del *target*.

Ulteriori informazioni: www.seniorcapital.it
www.progettiinternazionali.provincia.treviso.it

26 vedi: DGR 992 del 21/07/2008 POR Marche FSE ob. 2 2007-2013 – Asse III inclusione sociale: obiettivo specifico g) – categoria di spesa n. 71. Linee guida per la promozione di misure di accompagnamento ed occupabilità finalizzate ad agevolare l'inserimento nel mercato del lavoro di soggetti svantaggiati.

27 vedi Avviso pubblico n. 6/2011 PO. PUGLIA FSE 2007–2013 - ASSE III Inclusione Sociale – "PROGETTI INNOVATIVI INTEGRATI PER L'INCLUSIONE SOCIALE DI PERSONE SVANTAGGIATE"

28 Decreto n. 740 del 05/07/2012: Interventi di politica attiva per il reinserimento, la riqualificazione, il reimpiego dei lavoratori del sistema produttivo colpito dalla crisi economica.

29 Provvedimento dell'Amministrazione provinciale: Fondo disagio professionale 418/111799 of 08/10/2012

30 Per maggiori dettagli si veda Regione Veneto DDR 1497/2008 in merito al progetto "Talentaged: prolungamento della vita lavorativa degli over 45 e sostegno ai disoccupati per il rientro nel mondo del lavoro" e si consulti il sito: <http://pariopportunita.provincia.venezia.it/html/Area.asp?IDMenuP=30&IDMenu=78&isF=1&IDMenuPPr=23&IDMenuPr=30&liv=1&IDInfo=1006&TipoLayout=4&AliasP=NotizieedOpinioni&Alias=ArchivioNotizieedOpinioni>

31 'DGR 1023 del 06/05/2008 (linea 2) rete per la Valorizzazione dell'Esperienza Lavorativa per l'Age Management.

Regione Veneto

Nome del progetto: Silver City

Attori: Provincia di Treviso, Consorzio Intesa-Cca, società cooperativa consortile, Provincia di Treviso, Cisl, CNA, UGC Treviso, Coop Agri

Budget: 1.645.781,85 EUR

Finalità e obiettivi:

- occasioni di impiego per almeno 15 soggetti designati;
- la valorizzazione del bagaglio di competenze esprimibili e lo sviluppo dell'auto-imprenditorialità dei destinatari diretti;
- la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti nell'ottica dello sviluppo di una visione di partenariato.

Un nuovo modo di agire entro il territorio di Treviso nella gestione dell'attuale configurazione d'emergenza lavorativa per la fascia degli over 50 attraverso la costruzione di un modello di architettura del lavoro che sia in grado di rispondere non solo alle esigenze lavorative dei soggetti coinvolti, ma anche di promuovere modalità di gestione delle criticità connesse alla perdita del lavoro.

A fronte di quanto sopra descritto l'obiettivo del progetto qui rappresentato è quello di generare le condizioni per uno sviluppo delle occasioni di impiego delle risorse residenti nel territorio della Provincia di Treviso, passando da una condizione di marginalità sociale ad una partecipazione attiva all'interno del contesto di vita di riferimento.

La declinazione operativa di tale obiettivo parte dalla costruzione di una Rete Territoriale, la cui scelta dei componenti avviene in virtù del valore che essi rappresentano nella filiera della governance del lavoro, nel monitorare e analizzare le esigenze del territorio, e nella formazione e qualificazione delle risorse umane.

Ulteriori informazioni:

<http://www.intesaconsorzio.it/Contenuti/progetti/download/progetto-silver-city.pdf>

Tabella 1. Tavola sinottica del livello di attenzione per la promozione dell'invecchiamento attivo nelle politiche regionali

Ambito delle politiche sull'invecchiamento attivo	Grado di sviluppo a livello regionale		
	Veneto	Marche	Puglia
1 Occupazione			
1.1. Istruzione e formazione professionale continua: offrire alle donne e agli uomini di tutte le età l'accesso e la possibilità di partecipare all'istruzione, formazione e sviluppo delle competenze, che permettano loro di reinserirsi nel mercato del lavoro e di parteciparvi appieno, occupando posti di lavoro di qualità.	Medio	Medio	Medio
1.2. Condizioni di lavoro salutarie: promuovere condizioni di lavoro e ambienti di lavoro che mantengano la salute e il benessere dei lavoratori, in questo modo assicurando loro l'occupabilità lungo l'intero arco della vita.	Medio	Medio	Medio
1.3. Strategie per la gestione del fattore età: adattare i percorsi di carriera e le condizioni di lavoro alle nuove necessità dei lavoratori man mano che invecchiano, evitando così il loro pensionamento precoce.	Medio	Basso	Basso
1.4. Servizi per l'impiego per i lavoratori anziani: fornire ai lavoratori anziani che desiderano restare sul mercato del lavoro, consulenza e sostegno al collocamento e al reinserimento.	Medio	Basso	Basso
1.5. Impedire la discriminazione basata sul fattore età: assicurare uguaglianza nei diritti ai lavoratori anziani sul mercato del lavoro, evitando che il fattore età venga utilizzato come un criterio decisivo per valutare se un lavoratore è adatto o meno per un determinato lavoro; impedire gli stereotipi negativi legati al fattore età, e i comportamenti discriminatori verso i lavoratori anziani sul luogo di lavoro; portare alla luce il contributo fornito dai lavoratori anziani.	Medio	Medio	Medio
1.6. Sistemi fiscali e previdenziali a favore dell'occupazione: rivedere i sistemi fiscali e previdenziali per rendere proficua l'attività lavorativa per i lavoratori anziani, assicurando al tempo stesso un adeguato livello di prestazioni previdenziali.	Basso	Basso	Basso
1.7. Trasferimento dell'esperienza: capitalizzare le conoscenze e le competenze dei lavoratori anziani attraverso attività di <i>mentoring</i> e la costruzione di <i>team</i> composti da persone con età differenti.	Alto	Basso	Basso
1.8. Riconciliazione tra lavoro e carichi di cura: adattare le condizioni di lavoro e offrire regimi di congedo per donne e uomini, permettendo loro, in quanto <i>carers</i> informali, di continuare a lavorare o di reinserirsi nel mercato del lavoro.	Basso	Basso	Medio

- BASSO: no specifiche politiche a livello regionale o sub-regionale

- MEDIO: no specifiche politiche regionali, ma il tema è presente in altre politiche a livello regionale o sub-regionale

- ALTO: politiche a livello regionale di supporto esplicito all'invecchiamento attivo.

2.2. Partecipazione nella società

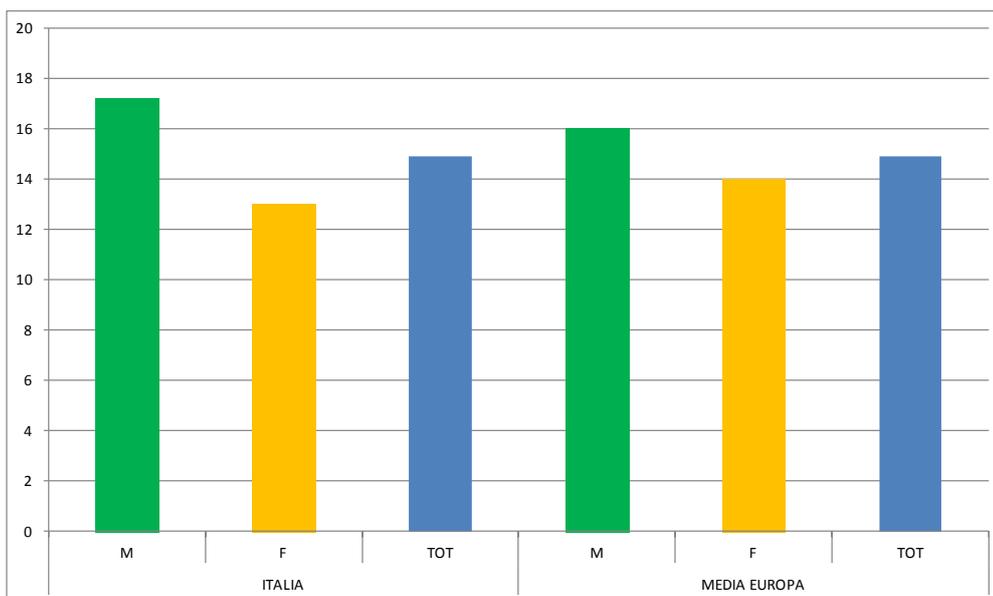
2.2.1. Attività di volontariato

Il dato percentuale delle persone anziane impegnate in attività di volontariato a livello nazionale è in sintonia con il valore medio europeo³². La differenza tra i generi in Italia è più marcata rispetto a quanto rilevato a livello di media europea.

La percentuale di persone che hanno svolto attività di volontariato in Italia si caratterizza per una marcata differenza tra le principali ripartizioni geografiche. In particolare nelle Regioni del Nord (13%) la percentuale è doppia rispetto alle Regioni del Sud (6%), con le Regioni del Centro che si attestano su valori medi intorno all'8%³³. Questo dato nazionale è inferiore a quello raccolto tramite ELSQ nel 2011, che rappresenta la fonte per l'Indice dell'invecchiamento attivo europeo.

Secondo i dati ISTAT 2013, la fascia di età 60-64 si conferma quella con una più elevata percentuale di persone anziane impegnate in attività di volontariato. Il dato a livello regionale non presenta però disaggregazioni per fasce di età o genere in tutte le regioni. Solo la Regione Veneto ha presentato il dato della percentuale di persone oltre 55 anni che hanno svolto attività di volontariato nel 2012, che è pari all'11,5%, superiore alla media nazionale dell'8,5%³⁴.

Figura 4. Percentuale di anziani di 55 anni e più che forniscono lavoro non retribuito volontario tramite organizzazioni



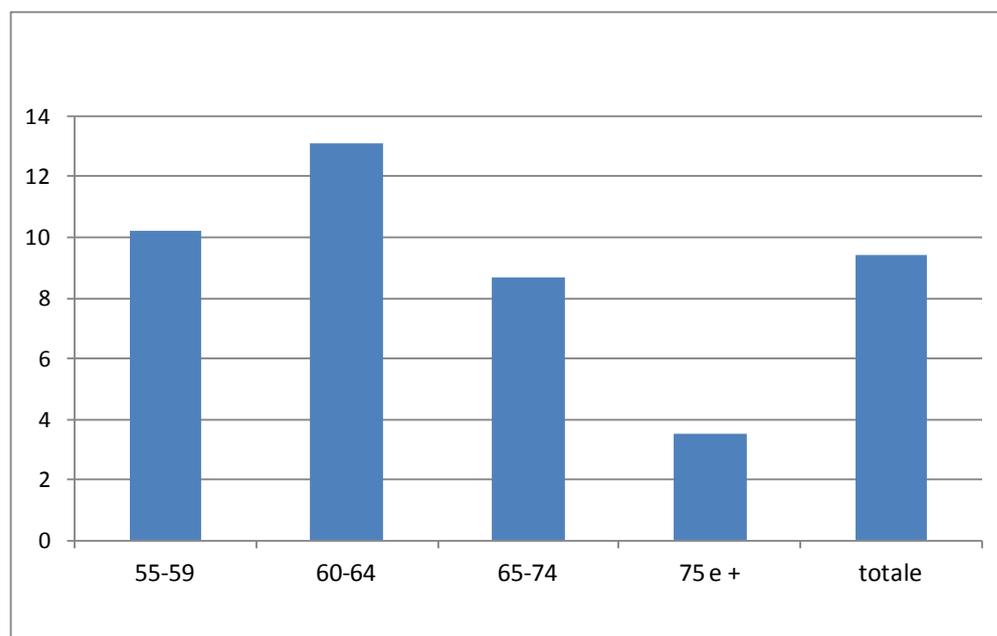
Fonte: *Indice dell'invecchiamento attivo; ELSQ 2011*

32 STDV 9,9. Valore massimo Austria 32,7; valore minimo Bulgaria.

33 Dato nazionale ISTAT, La rilevazione sulle istituzioni non profit: un settore in crescita.

34 Fonte: *Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati ISTAT*

Figura 5. Percentuale di persone di 55 anni e più che hanno svolto alcune attività sociali nei 12 mesi precedenti l'intervista



Fonte: ISTAT – Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana – parte generale (2013)

I dati disponibili a livello regionale non sono facilmente comparabili perché provengono da fonti eterogenee e fanno riferimento ad anni diversi. Tuttavia si confermano le differenze regionali anche se non così evidenti nel dato aggregato per ripartizione geografica. La Puglia si attesta su valori percentuali superiori alla media del Sud.

Nelle Marche, la rilevazione del Centro servizi volontariato del 2008, mette in luce la presenza di un totale di circa 40.000 volontari, principalmente concentrati nella fascia di età tra i 30 e i 54 anni (50%), mentre nel totale dei volontari, quelli nella fascia di età tra i 55 e 64 rappresentano il 19%, e nella fascia oltre 64 anni il 14%³⁵.

A fronte di questi dati, le Marche sono l'unica regione che presenta specifiche politiche a livello regionale per la promozione dell'invecchiamento attivo nell'ambito della partecipazione alle attività di volontariato tramite uno specifico progetto per la valorizzazione della cittadinanza attiva delle persone anziane e favorire l'inclusione delle persone anziane nelle reti di partecipazione sociale³⁶. In Veneto sono presenti alcune progettazioni nella Provincia di Rovigo³⁷, a Padova il progetto europeo W.I.S.E.-WE³⁸, e a Verona il progetto "Anziani protagonisti". In Puglia sono invece in corso azioni di sistema per favorire l'associazionismo familiare.

35 Volontari per classi di età – 31/12/2008 (Fonte: Csv Marche)

36 DGR 1701 del 19/12/2011 L.R. n. 43/1988, art. 50 comma 3 bis. Iniziative regionali a supporto delle Politiche Sociali - Individuazione di ulteriori interventi da realizzare Le singole proposte progettuali sono finalizzate a valorizzare la cittadinanza attiva delle persone anziane; promuovere il "sapere sociale" e i "saperi della vita quotidiana"; favorire l'inclusione delle persone anziane nelle reti di partecipazione sociale; supportare telefonicamente le persone anziane, orientandole e fornendo informazioni che favoriscano la continuità delle relazioni sociali e agevolino le attività della vita quotidiana, prevenendo o riducendo il rischio di isolamento e di emarginazione sociale.

37 Progetto Coprogettazione anziani-Invecchiamento attivo.

38 Integration Solidarity experience (Lpp), , Azione Vivere: Vitalità, Vita Sana, Volontariato, Valori

2.2.2. Cura di figli, nipoti e altri anziani; partecipazione politica

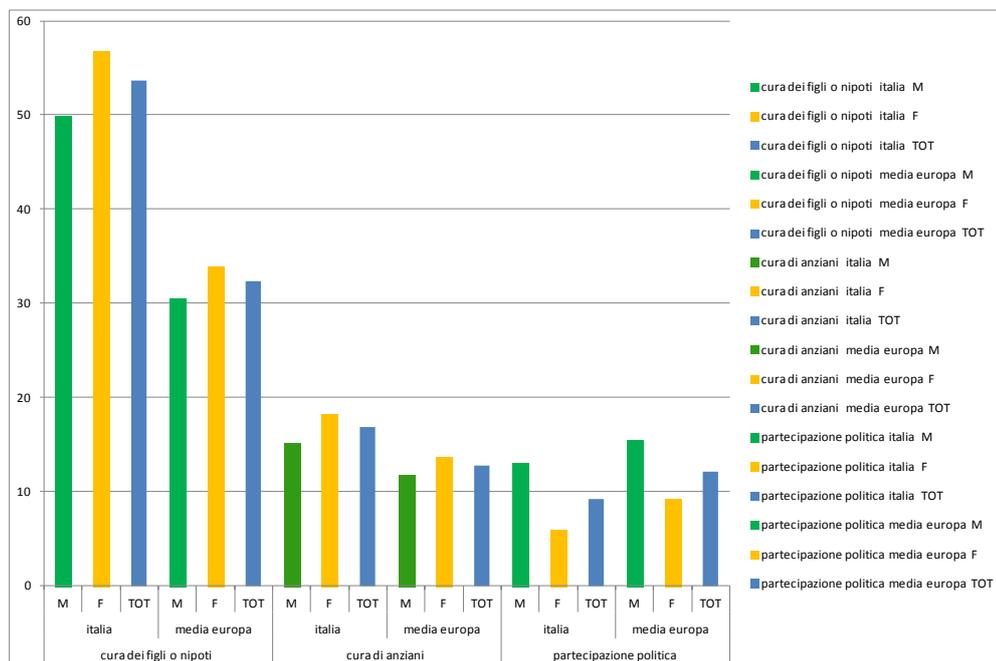
In Italia, la popolazione al di sopra dei 55 anni svolge attività di **cura nei confronti dei figli e dei nipoti** in percentuale marcatamente superiore a quanto avviene in tutti gli altri Paesi di Europa³⁹. L'Italia ha, infatti, il primato in questo indicatore, che rispecchia le debolezze di un sistema di *welfare* familistico che ripone una grande responsabilità di cura nelle mani dei genitori o dei nonni. Superiore alla media europea è anche l'impegno degli anziani in Italia nella **cura delle persone anziane**⁴⁰.

Il dato è disponibile a livello regionale, ma non disaggregato per classi di età; tuttavia il dato italiano mostra che è fondamentalmente la **popolazione femminile** ad occuparsi della cura dei figli e dei nipoti.

Il dato aggregato per genere relativo alla **partecipazione politica** è notevolmente inferiore alla media europea⁴¹; tuttavia il divario netto interessa le donne anziane italiane che hanno un dato di partecipazione politica molto inferiore, a fronte di un impegno molto più evidente nella cura dei figli e nipoti, ma anche di altri anziani. L'Italia ha la percentuale più alta di tutti i Paesi europei di anziani impegnati in queste attività di cura rivolte ai familiari.

La percentuale di persone di 55 anni e più che hanno svolto alcune **attività sociali** nei 12 mesi precedenti l'intervista (attività gratuita per sindacati), mostra un costante aumento nel periodo di tempo 2005-2013 ed è prevalentemente concentrata nelle fasce di età 55-59 e 60-64. Tuttavia, non sono disponibili dati disaggregati a livello regionale.

Figura 6. Percentuale di persone di 55 anni e oltre che forniscono cura a figli e/o nipoti, altri anziani, e partecipazione politica



Fonte: *Indice dell'invecchiamento attivo, ELSQ 2011*

39 STDV è 7,4. Valore massimo 53,7 Italia; valore minimo 17,9 Germania.

40 Italia: 16,9%. STDV è 6,3. Valore massimo 17,1% Finlandia; valore minimo 6,3% Danimarca.

41 Italia: 9,2%. STDV è 6,4. Valore massimo 26,5% Svezia; valore minimo 3,5% Slovenia.

2.2.3. Supporto al reddito, contrasto esclusione sociale

Politiche finalizzate a garantire un **supporto al reddito** delle persone anziane sono regolate a livello nazionale e non sono quindi oggetto di specifica analisi regionale; tuttavia a livello regionale sono implementate misure di sostegno alla cura tramite gli assegni di cura, la cui trattazione rientra a maggior titolo nell'area di analisi delle politiche successiva, quella relativa alla vita indipendente.

Politiche invece orientate al **contrasto dell'esclusione sociale** rientrano a pieno titolo nelle politiche sociali promosse a livello regionale e sub-regionale. La Regione **Veneto** presenta diverse progettazioni a livello provinciale. Ricordiamo Belluno con il progetto "Grigio brillante" e "Pranzo sociale"; Rovigo con "Adotta nonni"; Padova con "In compagnia si sta meglio con noi!"; Verona con "Riannodare i fili della memoria" e "La memoria sulle Mura l'esperienza si mostra", e il progetto "S.A.G.G.I. sinergie, anziani, giovani, giovanissimi, insieme".

Le **Marche** hanno promosso la realizzazione di progetti a favore della longevità attiva degli anziani e più recentemente con uno specifico bando su "La longevità attiva in ambito rurale"⁴². Inoltre, sono state finanziate delle iniziative a supporto della cittadinanza attiva delle persone anziane⁴³.

In Puglia il tema rientra nelle politiche più ampie per la promozione dei centri di connettività sociale e il progetto SAX-B per i contributi economici alle famiglie in funzione dei progetti per la connettività sociale⁴⁴.

Regione Puglia

Nome: i progetti finanziati per i centri di connettività sociale e il Progetto SAX-B per i contributi economici alle famiglie per la connettività sociale (Misura 6.3 del POR Puglia 2000-2006)

Attori: Regione Puglia, Assessorato al *welfare*; organizzazioni sindacali

Fondi: € 25.000.000 circa

Tempo: 2005-2012

Finalità e obiettivi:

Potenziare i progetti esistenti per avvicinare le persone diversamente abili, residenti nella Regione Puglia, alle tecnologie dell'informazione e ridurre così il rischio di esclusione sociale, attraverso:

- assegnazione di incentivi per l'acquisto di personal computer e di tecnologie assistive;
- diffusione della CNS (Carta nazionale dei servizi) per facilitare l'accesso ai servizi *e-government* erogati dalle Pubbliche Amministrazioni;
- finanziamento di Centri di Connettività Sociale, progetti in grado di diffondere l'uso degli strumenti informatici e delle tecnologie assistive per le persone diversamente abili e per i loro nuclei familiari;
- telefonia mobile per soggetti ipovedenti.

Ulteriori informazioni: http://www.arti.puglia.it/fileadmin/user_files/download/ITALIANO_Brochure_Regione_per_Forum_AAI_4OTT.pdf

42 DGR 1283/2013 – Approvazione bando – concorso di idee "La Longevità attiva in ambito rurale". CAP 30907152 - 30907160 - 30908220. € 270.000,00.

43 DGR 1701 L.R. n. 43/1988, art. 50 comma 3 bis. Iniziative regionali a supporto delle Politiche Sociali - Individuazione di ulteriori interventi da realizzare

44 Misura 6.3 del POR Puglia 2000-2006

2.2.4. Life-long learning

Nell'area delle politiche di **life-long learning** le Marche si contraddistinguono per il progetto europeo AGES 2.0 e l'attivazione di specifici progetti territoriali da parte dei sindacati, mentre il Veneto presenta i seguenti progetti realizzati a Padova: "Gli anziani comunicano anche usando Internet", "Dare vita agli anni con la musica", "Amico: corso di formazione all'uso del pc", e "Il viaggio della vita: vivere è andare sempre avanti".

Regione Marche

Nome: Ages, Activating and Guiding the Engagement of Seniors through social media

Attori: Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) – Regione Marche (Italia) (coordinatore); Fondazione Giacomo Brodolini (Italia); Cooperativa Labirinto (Italia); Università di Exeter (Regno Unito); Somerset Care (Regno Unito), Torbay Health Trust (Regno Unito).

Fondi: 928.661,56 EUR in totale per tutti i partner

Tempi: ottobre 2012-novembre 2014

Finalità e obiettivi

Il progetto ha lo scopo di sviluppare e testare approcci innovativi per promuovere una migliore qualità della vita e migliorare le interazioni sociali per la popolazione anziana in due Paesi europei: Italia e Regno Unito.

In particolare, il progetto avrà come oggetto di ricerca le nuove tecnologie di comunicazione e i social media e la loro capacità di soddisfare i bisogni sociali e di aggregazione degli anziani e di favorire nuove relazioni sociali all'interno di questa categoria di persone.

Questione centrale nel progetto è: l'utilizzo di Easy PC ("PC Facile"), una piattaforma innovativa sviluppata appositamente per la popolazione anziana vulnerabile, può migliorarne le capacità cognitive e accrescerne il benessere?

Ulteriori informazioni:

<http://www.ages2.eu/>

2.2.5. Partecipazione nei processi decisionali

Per quanto attiene le politiche per **favorire la partecipazione degli anziani nei processi decisionali** in particolare quelli relativi alle aree di intervento che li coinvolgono direttamente, in Veneto si evidenzia l'esperienza di Padova con l'attivazione di uno specifico tavolo per l'invecchiamento attivo. Nelle Marche "Italia Longeva" rappresenta un'esperienza particolarmente significativa.

Regione Marche

Nome: Italia longeva

Attori: INRCA – Regione Marche, Ministero della salute

Fondi: 300.000.00 EUR

Finalità e obiettivi:

Promuovere la costituzione dell'associazione "Italia Longeva – Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva" che opererà quale network tra i punti di eccellenza italiani per raccogliere, elaborare e fornire consulenza, banche dati, indirizzi di politiche (socio-)sanitarie e di protocolli di cura in tema di invecchiamento e longevità attiva, coordinando expertise scientifiche, sanitarie, sociali, economiche, tecnologiche e umanistiche.

Ulteriori informazioni:

http://www.norme.marche.it/Delibere/2010/DGR1566_10.pdf

2.2.6. Supporto ai *carers* informali

Politiche di **supporto ai *carers* informali** per evitarne l'esclusione sociale e favorirne il supporto professionale sono presenti in tutte le Regioni analizzate. In particolare sono gli assegni di cura che hanno un ruolo centrale nell'ambito di queste politiche, anche se domina il supporto economico e non sempre un'attenzione specifica viene prestata alla promozione di azioni per contrastare l'esclusione sociale. Su questo aspetto il confronto con le esperienze sviluppate nel Regno Unito potrebbe essere di estremo interesse. Le azioni di sistema messe in campo in Puglia a favore dell'associazionismo familiare coinvolgono anche se non sempre in maniera direttamente gli anziani, mentre gli interventi "PugliaCapitaleSociale" rappresentano un'interessante esperienza di carattere innovativo, specialmente per la portata del progetto a livello regionale.

Regione Puglia,

Nome: assegno di cura

Attori: Comuni associati in ambiti territoriali sociali, Aziende sanitarie.

Fondi: 63.000.000 EUR

Tempi: 2010-in corso

Finalità e obiettivi

Misure di sostegno economico alle famiglie per i servizi di cura per le non autosufficienti, che mirano a potenziare la domiciliarità, promuovere percorsi di de-istituzionalizzazione e sostenere il carico derivante dal lavoro di cura della famiglia. Si distinguono per la tipologia di destinatari (grado di gravità della non autosufficienza): sollievo del carico di cura e maggiore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche in un'ottica di invecchiamento attivo dei *care givers* ed emersione del lavoro nero di assistenti familiari.

Ulteriori informazioni: http://www.arti.puglia.it/fileadmin/user_files/download/ITALIANO_Brochure_Regione_per_Forum_AAI_4OTT.pdf

Regione Puglia

Nome: Azioni di sistema a favore dell'associazionismo familiare

Attori: Regione Puglia, Assessorato al *welfare*; organizzazioni del terzo settore

Fondi: 532.828,47 EUR

Tempi: 2009-2013

Finalità e obiettivi:

Iniziativa prevista nell'ambito del Piano di azione per le famiglie "Famiglie al futuro", è articolata in una serie di interventi a sostegno della famiglia, con la finalità di contribuire a progetti di associazioni (di promozione sociale e/o di volontariato) sui temi delle responsabilità familiari, pari opportunità, disabilità, minori, contrasto alla povertà, e immigrazione.

Ulteriori informazioni:

<http://www.regione.puglia.it/index.php?page=curp&id=3279&opz=display>

Nome del progetto: PugliaCapitaleSociale

Attori: Regione Puglia, Assessorato al *welfare*; Centri Servizi Volontariato.

Fondi: 560.000 EUR

Tempi: 2013-in corso

Finalità e obiettivi

È un programma finalizzato alla promozione del capitale sociale delle comunità locali nell'ambito dei sistemi territoriali di *welfare*. I destinatari delle risorse sono comitati locali ad ampia base di partecipazione, già esistenti o appositamente costituiti, formati da soggetti pubblici, soggetti privati, organizzazioni non-profit, organizzazioni datoriali. Gli ambiti specifici di attività sono:

- la promozione della cittadinanza attiva, della legalità, della tutela dei diritti e della dignità della persona (*advocacy*);
- la promozione dei processi di inclusione sociale, di rafforzamento della coesione sociale e delle capacità inclusive di una comunità locale;
- l'*empowerment* dei destinatari dei servizi sociali e socio-sanitari;
- la promozione del volontariato attraverso il sostegno e la diffusione di buone pratiche;
- il supporto alla gestione (non imprenditoriale) di interventi e servizi territoriali.

Ulteriori informazioni:

<http://www.regione.puglia.it/index.php?page=curp&opz=display&id=8243>

Tabella 2. Tavola sinottica del livello di attenzione per la promozione dell'active ageing nelle politiche regionali per la partecipazione nella società

2. Partecipazione nella società	Veneto	Marche	Puglia
2.1. Sicurezza del reddito: introdurre sistemi che forniscono redditi adeguati in età avanzata, preservando l'autonomia economica delle persone anziane e permettendo loro di vivere con dignità.	Medio	Alto	Medium
2.2. Inclusione sociale: combattere l'esclusione e l'isolamento sociale delle persone anziane, offrendo loro le stesse possibilità di partecipare nella società attraverso attività culturali, politiche e sociali.	Medio	Alto	Alto
2.3. Attività di volontariato in età avanzata: creare un ambiente migliore per le attività di volontariato delle persone anziane ed eliminare gli ostacoli esistenti cosicché le persone anziane possano arrecare un contributo alla società, facendo uso delle loro competenze, capacità ed esperienze.	Medio	Alto	Medio
2.4. Apprendimento lungo tutto l'arco della vita: fornire agli anziani opportunità di apprendimento, soprattutto in ambiti come le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC), l'autogestione delle cure sanitarie e le finanze personali, rendendoli in grado di partecipare attivamente nella società e di gestire la loro vita.	Medio	Medio	Alto
2.5. Partecipazione al processo decisionale: mantenere il coinvolgimento di uomini e donne anziani nel processo decisionale, particolarmente nelle aree che li riguardano direttamente.	Medio	Alto	Basso
2.6. Sostegno ai <i>carers</i> informali: rendere disponibili il sostegno lavorativo e la formazione per i <i>carers</i> informali; assicurare l'assistenza "di sollievo" e un'adeguata protezione sociale per impedire l'esclusione sociale dei <i>carers</i> .	Medio	Alto	Alto

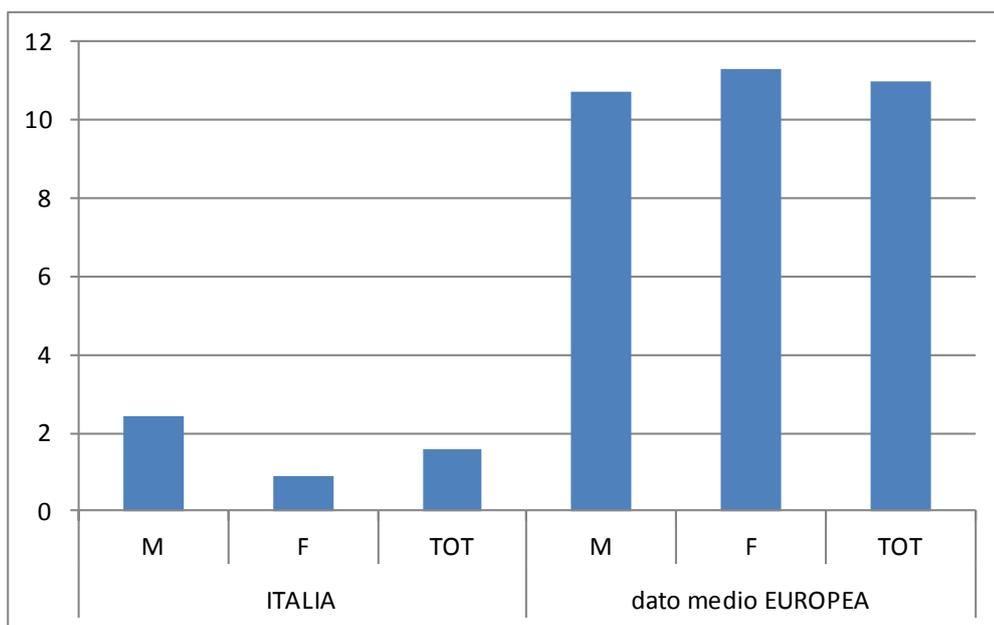
- BASSO: no specifiche politiche regionali o a livello subregionale
- MEDIO: no specifiche politiche regionali, ma il tema è presente in altre politiche regionali o a livello subregionale.
- ALTO: politiche a livello regionale di supporto esplicito all'invecchiamento attivo

2.3. Vita indipendente

2.3.1. Attività fisica

Nell'area Vita indipendente, il primo indicatore analizzato riguarda la percentuale di persone al di sopra di 55 anni che svolgono attività fisica o sport almeno 5 volte alla settimana. Il dato comparato nazionale con la media europea segna un evidente ritardo dell'Italia su questo fronte⁴⁵.

Figura 7. Percentuale di persone 55 e + che svolgono regolarmente attività fisica

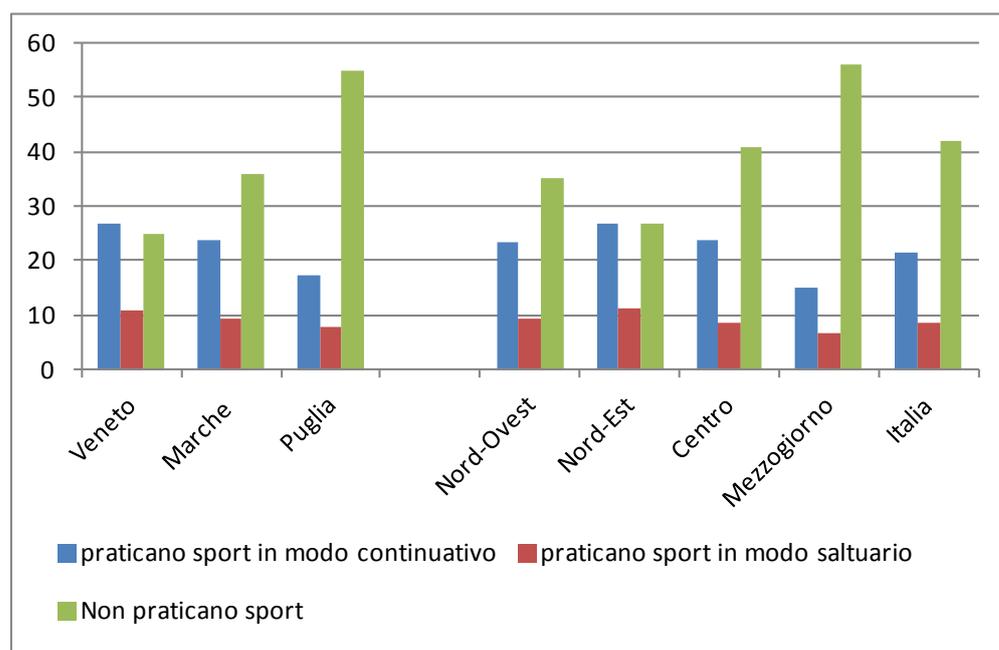


Fonte: ELSQ 2011

A livello regionale è presente solo il dato aggregato per età e genere relativo alle persone al di sopra dei 3 anni e alla frequenza con cui praticano sport. Il dato, pur non riguardando in maniera specifica la fascia di età al di sopra dei 55 anni, rileva comunque la presenza di marcate differenze regionali e per aree geografiche. La Puglia, in sintonia con i dati del mezzogiorno, presenta i valori percentuali più elevati di persone che non praticano sport, mentre le Marche e il Veneto confermano la presenza del gradiente Sud-Nord, con comportamenti più virtuosi per il Veneto rispetto alla Puglia. Le Marche confermano la loro posizione di regione di cerniera, con valori a metà tra le altre due Regioni. La differenza tra Veneto e Puglia è di poco superiore ai 12 punti percentuali.

⁴⁵ Media europea 11%. STDV è 7,2. Valore massimo 28,9% in Svezia, valore minimo 1,3% in Bulgaria. L'Italia 1,6%, molto vicina al valore minimo.

Figura 8. Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone sedentarie per Regione. Anno 2013 (valori percentuali)



Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

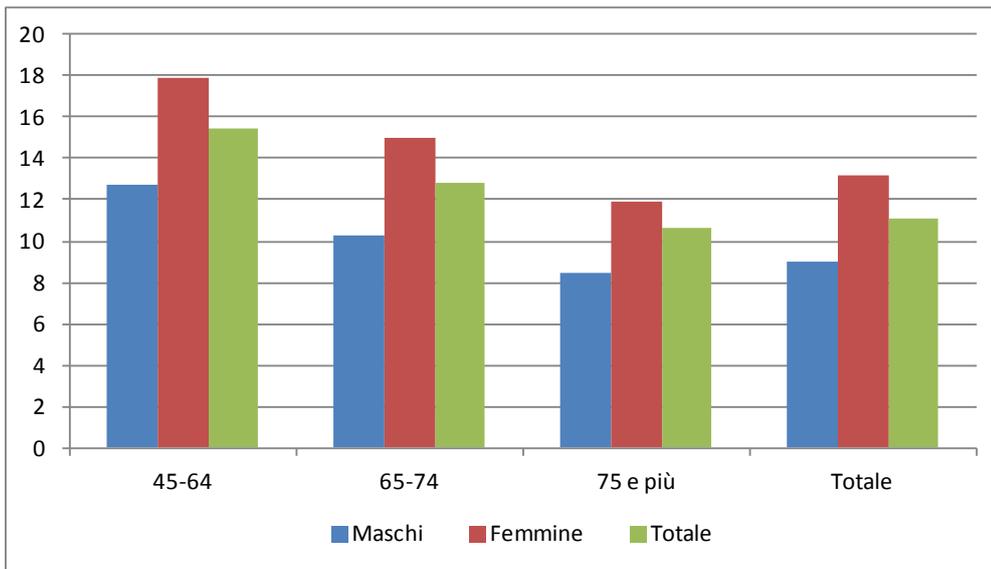
2.3.2. Accesso alle cure mediche

I dati italiani relativi all'accesso alle cure sanitarie e odontoiatriche (89,9%) non evidenziano marcate differenze dal dato medio europeo (91,5%)⁴⁶. Tuttavia, se le donne presentano maggiori barriere nell'accesso alle cure nel dato europeo medio, in Italia questo è ancora più marcato, confermando la posizione di svantaggio nella quale le donne si trovano in Italia.

Non sono disponibili dati a livello regionale per fasce di età, ma quelli aggregati per zone territoriali mostrano marcate differenze. Il Nord-Est con il 9,5% si configura tra le zone in cui è minore la rinuncia alle cure mediche pur avendone necessità, il Centro e il Sud superano notevolmente i 10 punti percentuali con rispettivamente 11,3% e 14,7% (dati standardizzati). Di rilievo l'accesso a tali servizi distinto per genere, che in ogni area geografica del Paese registra circa 4,5 punti percentuali a sfavore del genere femminile.

⁴⁶ STDV è 5,8. Valore massimo 99% di Slovenia; valore minimo 76,9 di Lettonia.

Figura 9. Percentuale di persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie* o all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno negli ultimi 12 mesi, per sesso e classe di età in Italia (2012).



* Visite mediche, accertamenti specialistici, interventi chirurgici
Fonte: ISTAT

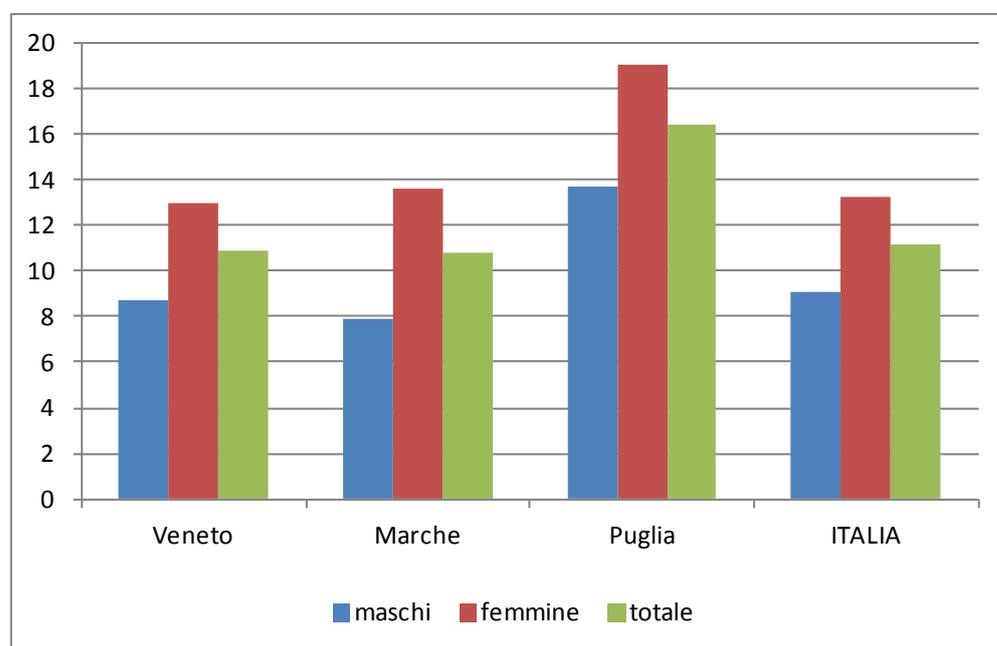
Tabella 3. Percentuale persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno negli ultimi 12 mesi per sesso, ripartizione geografica e classe di età (2012).

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	NORD-OVEST			NORD-EST			CENTRO		
45-64	8,3	11,8	10,1	10,5	13,5	12,0	12,0	20,5	16,4
65-74	5,5	9,5	7,7	6,3	13,9	10,3	9,8	15,1	12,6
75 e più	3,8	7,6	6,1	6,4	9,3	8,2	8,2	10,7	9,8
Totale	5,9	9,1	7,6	7,8	11,2	9,5	8,3	14,2	11,3
	ISOLE			SUD			ITALIA		
45-64	18,9	26,5	22,9	17,8	22,3	20,1	12,7	17,9	15,4
65-74	18,4	19,4	19,0	17,1	21,4	19,4	10,3	15,0	12,8
75 e più	12,8	18,3	16,1	14,9	18,6	17,1	8,5	11,9	10,6
Totale	12,7	17,9	15,4	12,2	16,5	14,4	9,0	13,2	11,1

Fonte: ISTAT

Il dato regionale, anche se non diviso per fasce di età, conferma la posizione di svantaggio della Puglia.

Figura 10. Percentuale di persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno negli ultimi 12 mesi, per sesso e Regione (2012).



Fonte: ISTAT – stime provvisorie dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

I dati ISTAT, recentemente pubblicati⁴⁷, confrontano le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari nel 2012-13 con quelli del 2005, mettendo in luce l'influenza della crisi economica e dei processi di riorganizzazione e riforma del sistema sanitario. Maggiore è la percentuale di persone al di sopra dei 65 anni con risorse economiche scarse o insufficienti che dichiarano di stare male o molto male: 30,2% a confronto con il 28,6% del 2005; mentre solo il 15% circa con risorse ottime o adeguate, che nel 2005 era il 16,5%. Sono quindi gli anziani in condizioni di maggiore svantaggio economico a risentire in modo più pronunciato delle cambiate condizioni economiche complessive, con una marcata superiore vulnerabilità per gli anziani del Sud. Le riforme del sistema sanitario hanno inoltre aumentato le prestazioni a pagamento che passano dal 21% del 2005 al 25% circa del 2012-2013 per le visite specialistiche, e dall'8% al 14% per le analisi del sangue. Le visite odontoiatriche rappresentano quelle più numerose, essendo poco più del 16% delle visite specialistiche. Le visite specialistiche geriatriche sono aumentate rispetto al 2005 del 64% circa, quelle psichiatriche del 54%, e quelle neurologiche e ginecologiche del 48%. Le visite odontoiatriche sono invece calate del 23% rispetto al 2005. L'85% delle persone di 14 anni e più hanno rinunciato a una visita odontoiatrica, pur avendone bisogno, nell'ultimo anno, per motivi economici. Ricordiamo, infatti, che circa l'83% delle visite odontoiatriche è a pagamento.

Sono le persone con risorse familiari scarse o insufficienti che riducono del 25% le visite odontoiatriche, che passano da 5,6 per 100 persone nel 2005 a 4,2 nel 2012-2013. La riduzione è quasi pari per le famiglie con risorse ottime o adeguate che passano da 6,8 visite per 100 persone nel 2005 a 5,2 nel 2012-2013.

⁴⁷ Ricerca ISTAT, 2014, 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari'.

La riduzione delle visite a pagamento è comune in tutte le ripartizioni geografiche, ma è più marcata nelle Regioni del Sud dove è passata dal 91% al 79%.

2.3.3. Condizioni di vita indipendente

La percentuale di persone al di sopra dei 75 anni che vivono in casa da soli o in coppia in Italia (84%) è in sintonia con il dato medio europeo (84,3%)⁴⁸. L'analisi disaggregata per genere mostra, però, che sono le donne a vivere da sole in Italia in percentuale maggiore rispetto al dato medio europeo.

Il dato non è disponibile a livello regionale in maniera comparabile, tuttavia la percentuale di famiglie singole al di sopra dei 65 anni rappresenta un dato comparabile a livello regionale di notevole interesse. L'analisi comparata regionale mette in luce che nelle Marche il numero di famiglie composto unicamente da una persona di età 65 e più anni è superiore a quello sia della Puglia che del Veneto, e superiore al dato medio nazionale.

In Puglia le persone al di sopra dei 75 anni che vivono da sole o in coppia rappresentano quasi il 6% dell'intera popolazione.

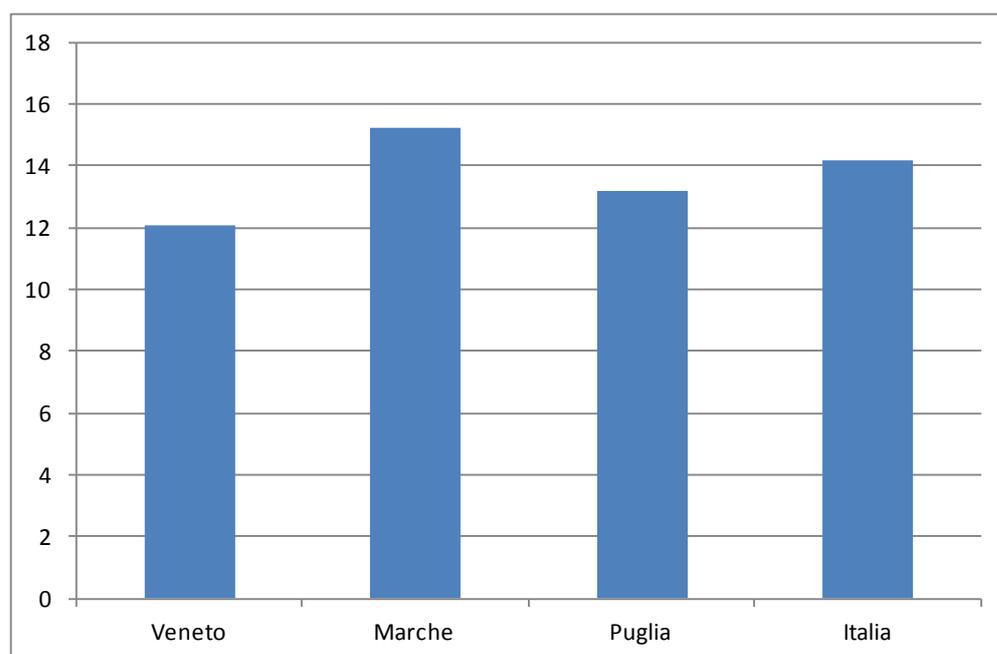
Tabella 4. Persone di 75 anni e più che vivono sole o in coppia in Puglia per tipologia di nucleo familiare e classi d'età. Valori percentuali sul totale della popolazione di 238.279

Tipologia	Incidenza % sul totale della popolazione pugliese
Persone che vivono in coppia entrambe di età compresa fra 75 e 84 anni	1,77%
Persone che vivono in coppia aventi un'età compresa fra 75 e 84 anni e l'altra più di 85 anni	0,54%
Persone che vivono in coppia entrambe con più di 85 anni	0,25%
Persone che vivono da sole di età compresa fra 75 e 84 anni	2,15%
Persone che vivono da sole con più di 85 anni	1,17%
TOTALE: n. 238.279	5,88%

Fonte: ISTAT – Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Anno 2011.

⁴⁸ STDV9,3. Valore massimo 99,3% in Svezia; valore minimo 70% in Polonia.

Figura 11. Percentuale di famiglie single di 65 anni e più (dati 2012)



Fonte: ISTAT, Health for all

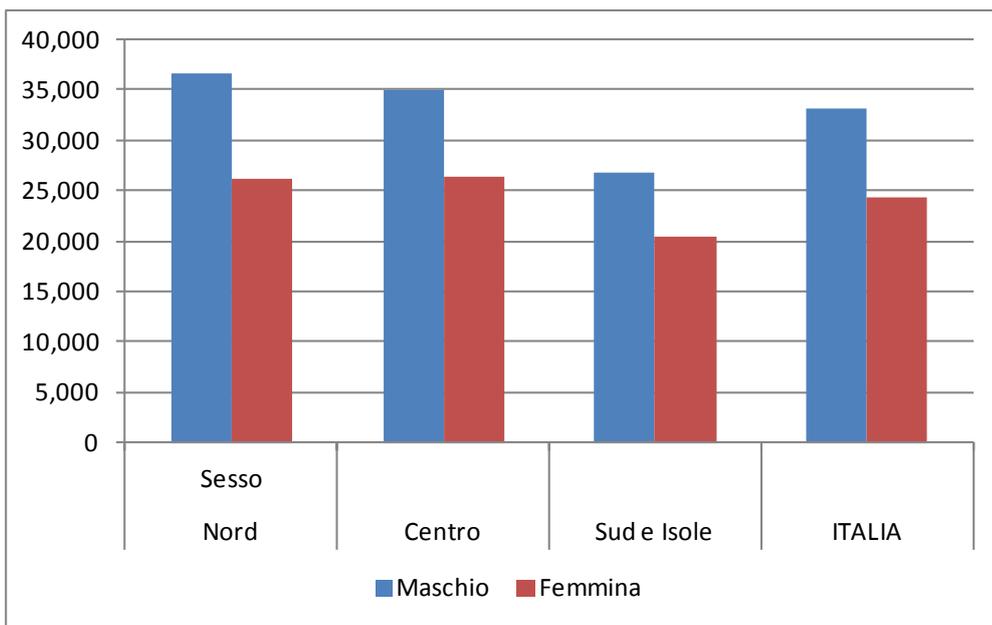
2.3.4. Reddito relativo mediano

L'analisi comparata del valore mediano del reddito relativo mette in luce che l'Italia presenta valori al di sopra della media europea⁴⁹, confermando però la posizione di svantaggio delle donne rispetto agli uomini.

La carenza di dati regionale rende non possibile una comparazione tra Regioni, tuttavia i dati mostrano che nella fascia di età considerata (65 e più) il reddito familiare netto decresce, presumibilmente dovuto all'uscita del mercato del lavoro. Il titolo di studio più elevato corrisponde mediamente ad un reddito netto più alto, trend che si osserva in tutte le aree geografiche osservate. Se si considera il reddito familiare netto percepito da maschi e femmine si notano marcate differenze sia di zona territoriale (mediana Nord-Centro-Sud-Isole), sia di genere (mediana maschi-femmine), in questo caso, infatti, il reddito percepito dalle donne si aggira intorno ai 20 mila euro mentre gli uomini superano abbondantemente questo dato fino a superare i 30 mila del Nord; il Sud e Isole si configurano comunque al di sotto di questi dati.

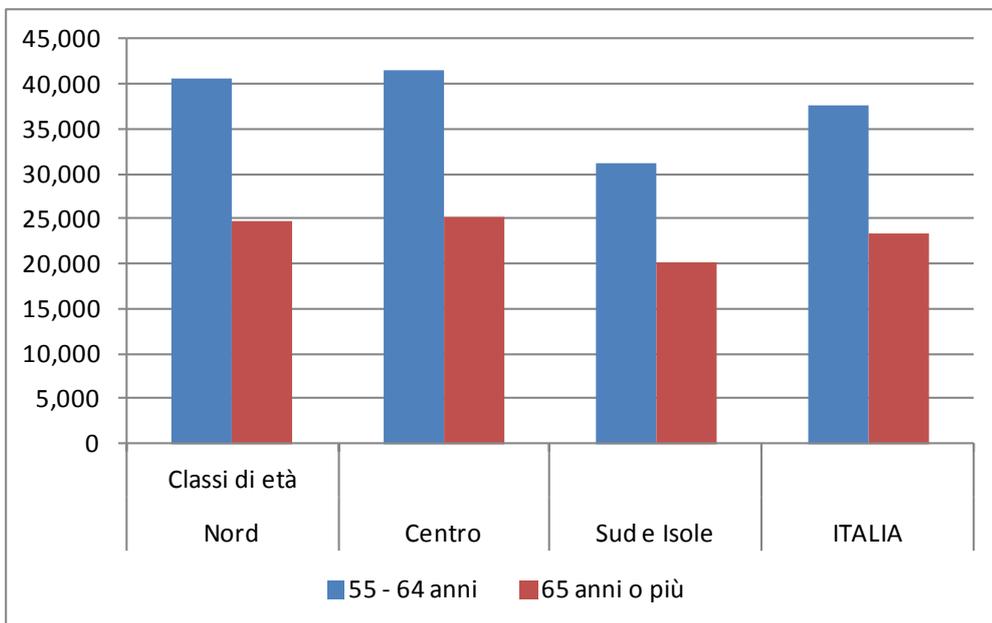
⁴⁹ Valore medio europeo 84,4%; STDV 9,2. Valore massimo 100 in Lussemburgo e Ungheria; valore minimo Cipro. Per dettagli metodologici di calcolo, vedere AAI, 2012.

Figura 12. Reddito familiare netto (esclusi i fitti imputati) per sesso del principale percettore e ripartizione geografica. Anno 2011, media in euro



Fonte: ISTAT, Reddito e condizioni di vita

Figura 13. Reddito familiare netto (esclusi i fitti imputati) per classe di età del principale percettore e ripartizione geografica. Anno 2011, media in euro



Fonte: ISTAT, Reddito e condizioni di vita

Tabella 5. Reddito familiare netto (esclusi i fitti imputati) per titolo di studio e condizione professionale del principale percettore e ripartizione geografica. Anno 2011, media in euro

	MEDIA			
	Nord	Centro	Sud e isole	ITALIA
Titolo di studio				
Nessuno, elementare	21.722	22.686	17.052	20.141
Media inferiore	30.178	28.788	21.704	26.964
Laurea	47.179	46.760	40.319	45.150
Condizione professionale				
Dipendenti	36.200	35.184	29.368	34.048
Autonomi	46.197	39.736	27.283	39.061
Disoccupati	22.786	23.170	14.805	18.735
Altri non occupati	20.325	19.405	15.516	18.106
Ritirati dal lavoro	26,902	28.904	24.136	26.484
TOTALE	32.803	31.784	24.492	29.956

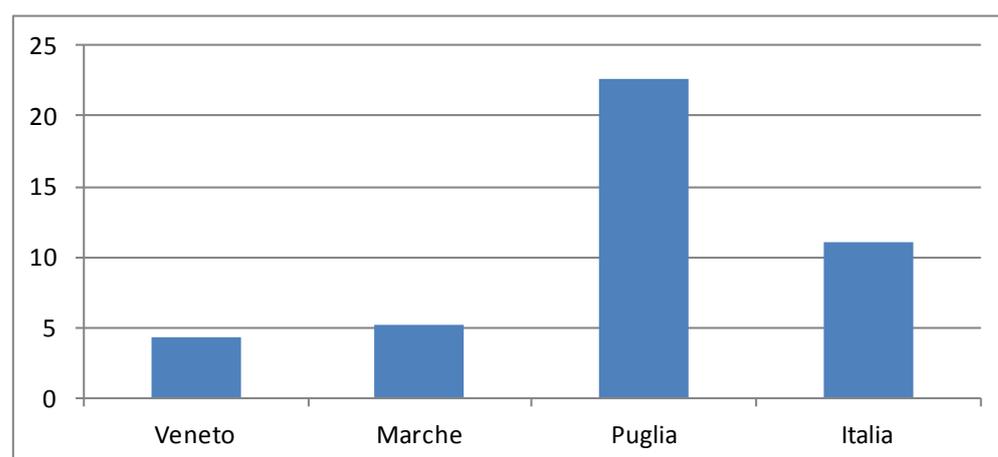
Fonte: ISTAT, Reddito e condizioni di vita

2.3.5. Rischio di povertà

La percentuale di popolazione al di sopra dei 65 che non sono a rischio di povertà in Italia non si discosta dal dato medio europeo⁵⁰ (92,5%). Non sono però disponibili dati a livello regionale disaggregati per fasce di età.

Il dato aggregato regionale mostra le persistenti differenze regionali che pongono la Puglia in una posizione di netto svantaggio.

Figura 14. Incidenza di povertà relativa Veneto, Marche, Puglia, Italia. Anni 2011-2012, valori percentuali⁵¹.



Fonte: ISTAT-La povertà in Italia. Luglio 2012

Elaborazione: Sistema Informativo Statistico-Regione Marche

⁵⁰ STDV 5,3. Valore massimo 98,7% in Repubblica Ceca; valore minimo 76,8% a Cipro.

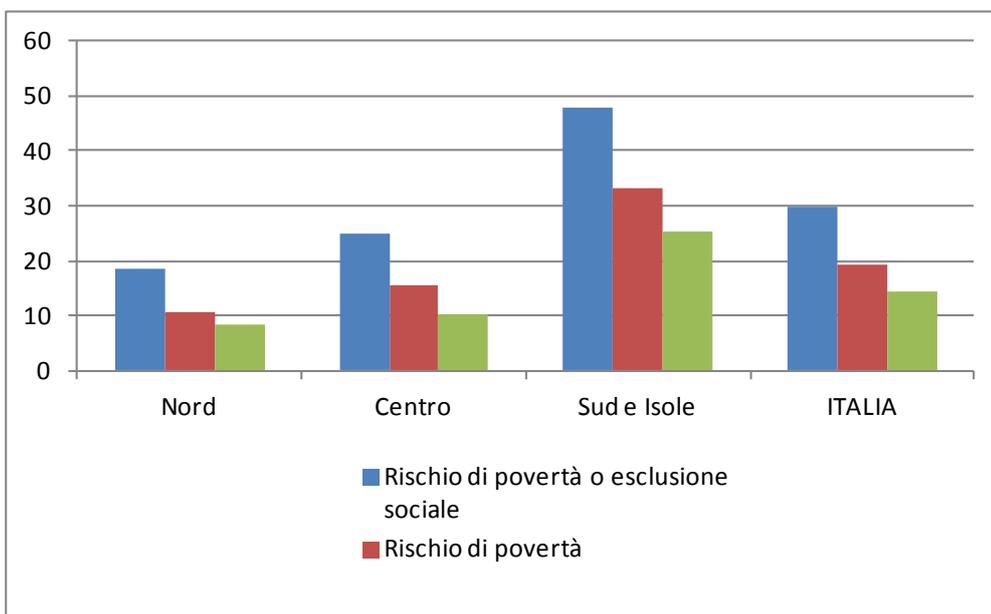
⁵¹ La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile nel Paese, che nel 2011 è risultata di 1.011,03 euro.

2.3.6. Deprivazione materiale marcata

La percentuale di popolazione al di sopra dei 65 anni che non verte in condizioni di marcata deprivazione materiale⁵² in Italia (93,7%) è superiore alla media europea⁵³ (90,8%).

Non sono disponibili dati disaggregati a livello regionale, né per fasce di età né genere. Tuttavia, le differenze per ripartizione geografica sono molto evidenti, con un marcato svantaggio per le Regioni del Sud. Quasi il 20% delle famiglie del Sud vivono in condizione di severa deprivazione. Nel Sud, quasi il 19% di tutte le famiglie con anziani al di sopra dei 65 anni sono in condizione di severa deprivazione e il 38% sono a rischio di povertà o esclusione sociale. Mentre nel Nord quasi il 3% è in condizione di severa deprivazione materiale e il 18% a rischio di povertà o esclusione sociale.

Figura 15. Indicatori di povertà o esclusione sociale delle famiglie, per ripartizione geografica

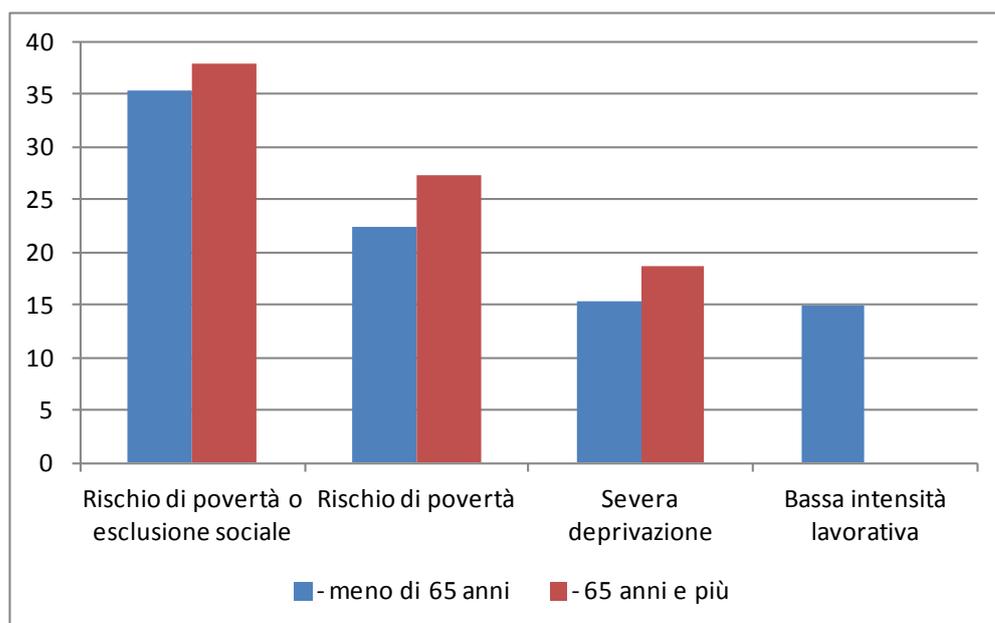


Fonte: Eu-Silc dato disponibile a livello regionale, ma non per classi di età

52 La marcata deprivazione materiale si riferisce ad uno stato di difficoltà economica duratura, definito come impossibilità forzata di potersi permettere (e non come scelta di fare a meno di) almeno quattro delle nove attività seguenti: 1. pagare l'affitto, il mutuo o le bollette; 2. mantenere la casa adeguatamente riscaldata; 3. fare fronte alle spese impreviste; 4. consumare regolarmente carne o proteine; 5. andare in vacanza; 6. avere un televisore; 7. avere una lavatrice; 8. avere un'automobile; 9. avere un telefono.

53 STDV è 11. Valore massimo 99,9% in Lussemburgo; valore minimo 55,7% in Bulgaria.

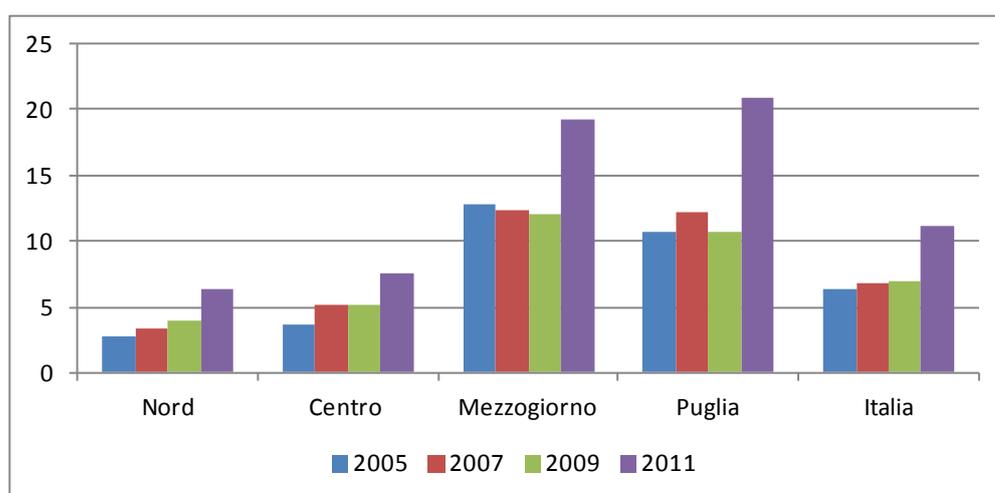
Figura 16. Indicatori di povertà o esclusione sociale delle famiglie, per età



Fonte: Eu-Silc dato disponibile a livello regionale, ma non per classi di età

L'indicatore di non grave deprivazione materiale per la fascia di età considerata non mostra dati regionali. I dati aggregati per zona geografica mostrano che il rischio di povertà e di esclusione sociale nell'anno 2012 è minore al Nord (18,5%), seguito dal Centro (24,8%). Con più del doppio del dato del Centro Italia si inseriscono invece il Sud e le Isole, qui le persone che vivono in famiglia sono caratterizzate da bassa intensità lavorativa (17,1%) e da severe deprivazioni materiali (25,2%), contro i dati del Centro (10,1%) e del Nord (8,3%). La fascia di età oggetto di indagine è la più penalizzata e colpisce in particolare coloro che vivono soli.

Figura 17. Percentuale di persone che vivono in famiglie con grave deprivazione materiale per ripartizione geografica



Fonte: ISTAT, Indagine Eu-Silc

Il *trend* si ripete considerando indicatori (2012), come le spese impreviste, che incidono marcatamente sulla persona sola con di 65 anni e più. Le stesse caratteristiche si presentano anche negli altri indicatori come riscaldare adeguatamente la casa, pagare il mutuo, ecc.

Nel 2011 in Puglia le persone che vivono in famiglie con grave deprivazione materiale sono il 20,9%, quasi il doppio rispetto all'anno precedente, circa +10% rispetto al dato nazionale e +1,6% del dato del Mezzogiorno. La Puglia, come il resto del Mezzogiorno, fa rilevare una situazione di grave criticità rispetto alla deprivazione materiale. Le persone che vivono in condizioni di grave deprivazione residenti in Puglia sono più del triplo di quelle residenti al Nord e al Centro. A vivere in famiglie in situazione di grave deprivazione sono ancora una volta per lo più minori e giovani fino ai 24 anni.

A quanto già analizzato, si aggiunge il dato relativo al numero di persone che vivono in famiglie in cui nessun componente lavora o percepisce una pensione che in Puglia nel 2011 è l'11%, a fronte del dato nazionale del 7,2%.

2.3.7. Sicurezza fisica

La percentuale di persone di età pari o superiore ai 55 anni che non teme di essere vittima di azioni criminali violente, costituisce uno degli indicatori europei dell'Indice dell'Invecchiamento attivo che, però, non ha dati corrispondenti né a livello italiano nazionale, né a livello regionale. Il dato medio europeo complessivo è del 79%, con una differenza di genere sostanziale, 83% per gli uomini⁵⁴.

2.3.8. Formazione continua

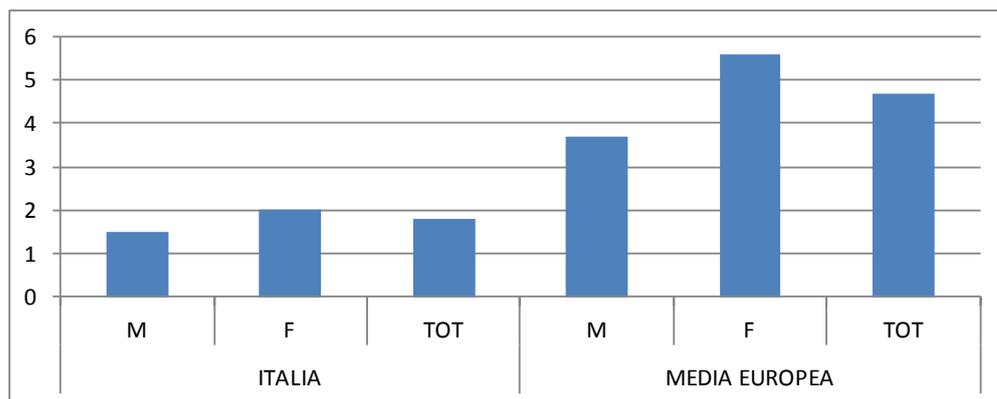
La percentuale di persone di età compresa tra i 55 e i 74 anni che dichiara di aver partecipato ad attività formative nelle 4 settimane precedenti l'indagine è l'indicatore presente nell'Indice dell'Invecchiamento attivo. Il dato italiano si caratterizza per valori nettamente inferiori a quelli della media europea⁵⁵. Non sono disponibili dati regionali disaggregati.

Gli unici dati regionali disponibili riguardano specifici corsi di formazione organizzati dai sindacati, rivolti agli anziani iscritti.

⁵⁴ Indice dell'invecchiamento attivo. Fonte: ESS 2010 2010

⁵⁵ STDV 5,1. Valore massimo 22,3% in Danimarca; valore minimo 0,3% in Ungheria.

Figura 18. Percentuale di persone tra i 55 e i 74 anni d'età, che ha affermato di aver ricevuto istruzione o formazione nelle quattro settimane prima dell'indagine



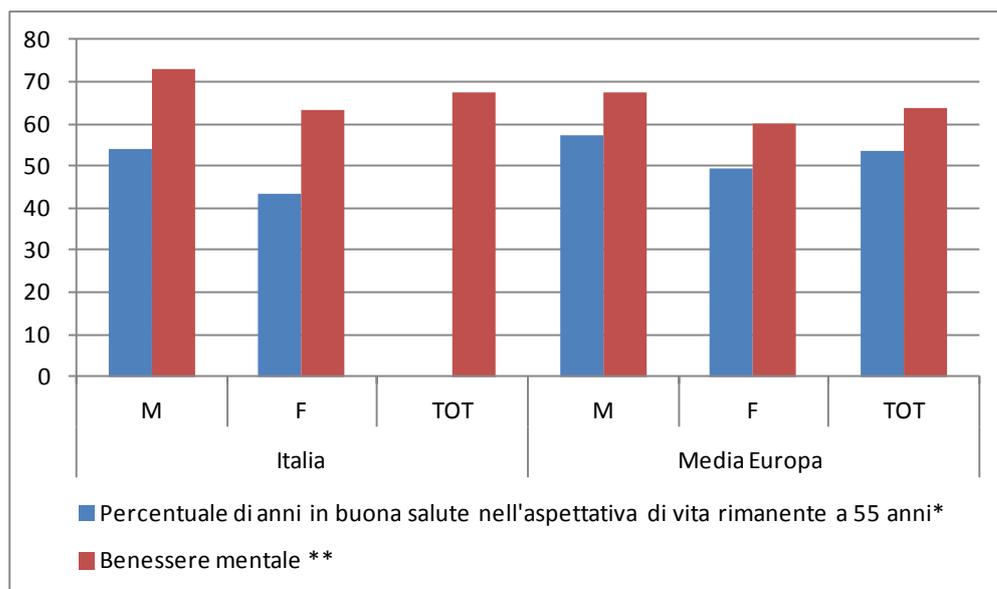
Fonte: EU-LFS 2011

2.3.9. Aspettative di vita

L'aspettativa di vita a 55 anni è l'indicatore selezionato nell'Indice dell'Invecchiamento attivo. Il dato italiano si caratterizza per valori superiori alla media europea. Il dato disaggregato regionale non è comparabile con quello nazionale. L'aspettativa di vita priva da disabilità a livello italiano è, invece, inferiore alla media europea, e presenta notevoli differenze regionali.

Per la salute mentale, i dati italiani presentano un quadro leggermente migliore rispetto alla media europea.

Figura 19. Anni di vita in salute (HLY) rappresenta una misura dell'aspettativa di vita senza disabilità; combina le informazioni sulla qualità e la quantità della vita e misura il numero restante di anni passati senza impedimenti nelle attività.



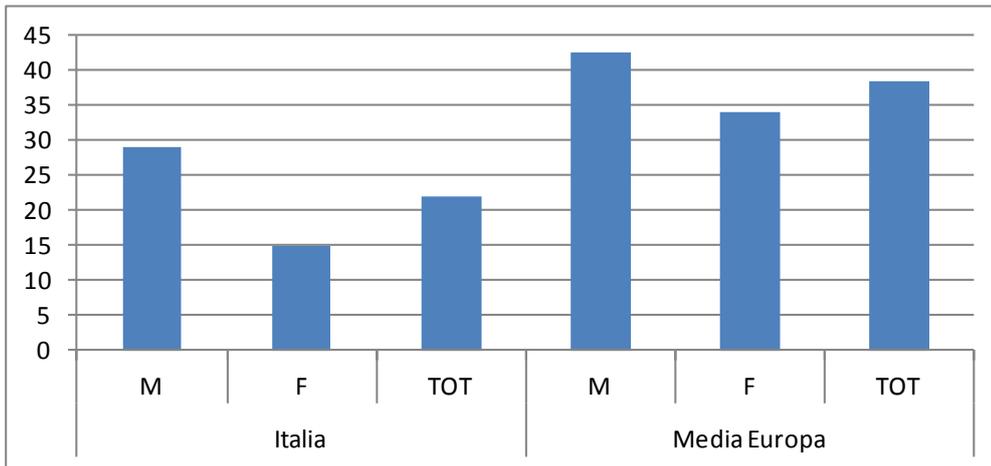
*Fonte: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS)
http://www.eurohex.eu/index.php?option=ehleisproject_2009/2010

** Fonte: EQLS 2011

2.3.10. Utilizzo di TIC, legami sociali e titolo di studio

La percentuale di persone tra 55 e 74 anni che utilizza internet almeno una volta alla settimana in Italia è notevolmente inferiore alla media europea⁵⁶. I dati disponibili subnazionali non permettono un'analisi comparata regionale per fasce di età, ma delineano differenze meritevoli di attenzione.

Figura 20. Quota di persone tra i 55 e i 74 anni che usano internet almeno una volta alla settimana

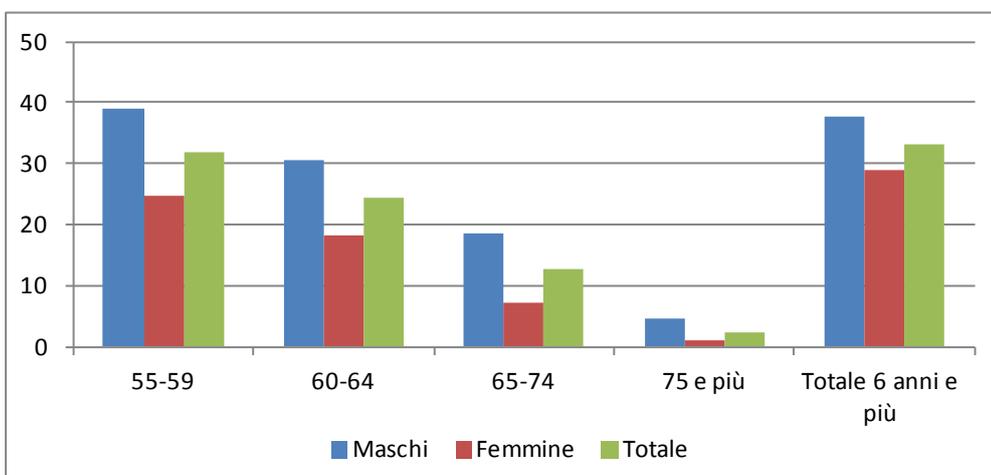


Fonte: Eurostat, ICT Survey

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database_2010

Non è disponibile la combinazione per fasce di età e ripartizione geografica, ma il dato aggregato nazionale per fasce di età segna un calo nell'utilizzo di internet particolarmente netto al di sopra dei 64 anni dove la percentuale di chi utilizza internet (età 65-74) è dimezzata rispetto alla fascia di età precedente (60-64).

Figura 21. Persone di 6 anni e più che hanno utilizzato internet negli ultimi 3 mesi per leggere giornali, news, riviste in Italia per sesso e classe di età. Valore percentuale

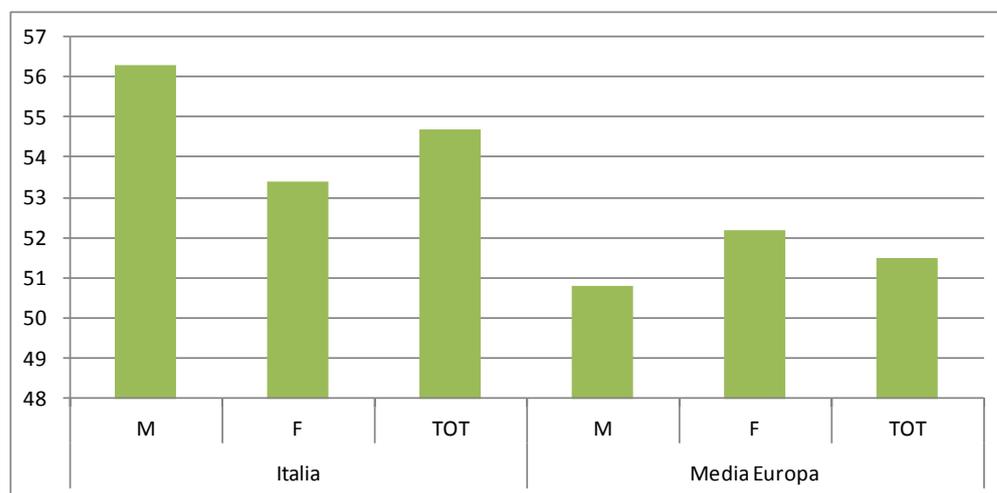


Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

⁵⁶ STDV è 19,8. Valore massimo 75% in Svezia; valore minimo 9% in Romania.

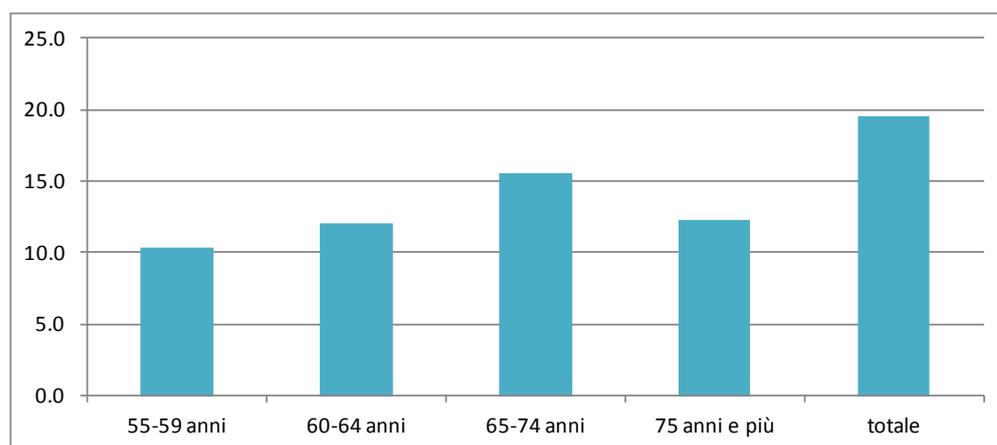
L'indicatore di socialità si riferisce alla percentuale di persone di 55 e più anni che si incontrano con amici, parenti o colleghi diverse volte alla settimana o al giorno. Il dato italiano presenta un quadro nettamente più favorevole a quello della media europea⁵⁷. Non è disponibile il dato disaggregato a livello regionale e per fasce di età. Tuttavia, il dato aggregato nazionale per fasce di età rileva un andamento positivo in crescita fino alla fascia di età 65-74 anni; dai 75 anni invece si rileva un declino nelle relazioni.

Figura 22. Legami sociali⁵⁸



Fonte: European Social Survey (core questionnaire) 2010 / 2008 (for LV and RO) / 2006 (for AT) / 2004 (for LU) / 2002 (for IT)

Figura 23. Frequenza di incontro con gli amici, persone di 6 anni e più per 100 persone con le stesse caratteristiche – sì tutti i giorni Italia



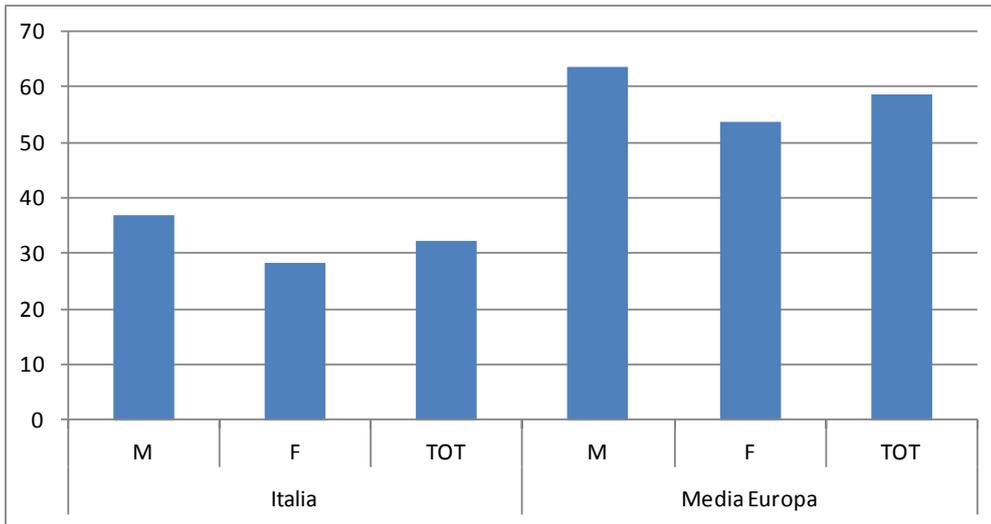
Fonte: ISTAT, Coesione Sociale Capitale Sociale

⁵⁷ STDV è 15,9. Valore massimo 75,6% in Portogallo; valore minimo 22,9% in Ungheria.

⁵⁸ I "legami sociali" implicano degli incontri su base volontaria, piuttosto che per motivi di lavoro o di mero obbligo. L'indicatore misura i contatti al di fuori della famiglia.

L'analisi del titolo di studio delle persone nella fascia di età 55-74 presenta un quadro con valori decisamente inferiori alla media europea. Sarà opportuno interrogarsi sull'impatto che questo ha e avrà sulla popolazione anziana italiana. È possibile ipotizzare che questo rappresenti uno svantaggio in termini di reddito, ma forse, in senso più ampio, di potenzialità da investire in formazione ulteriore, per esempio, a favore dell'informatica.

Figura 24. Percentuale di anziani tra i 55 e i 74 anni con un titolo di studio di media superiore o di livello universitario



Fonte: EU-Labour Force Survey 2010

Le politiche a favore della vita indipendente

A fronte di questi dati, nel campo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie, la Regione Veneto si contraddistingue per politiche consolidate di supporto e monitoraggio alla salute degli anziani. Ricordiamo in particolare la presenza sul territorio regionale del servizio di telesoccorso e telecontrollo domiciliare, attivo dal 1987; e più recentemente il progetto HELPS. A livello provinciale si ricordano diversi progetti.

Nella **Provincia di Belluno** ricordiamo:

- “Promuovi la tua salute con un... corso di ginnastica e non solo” e “Progetto Vita attiva”, con il coordinamento del Comune di Limana e la ULSS1; l'obiettivo è promuovere la qualità della vita delle persone over 55 per un invecchiamento sano e attivo attraverso iniziative di attività motoria. Il progetto integrato prevede lo svolgimento di corsi di attività motoria over 55 in palestra e in ambiente naturale, convegni informativi di sensibilizzazione su tematiche inerenti alla salute, l'organizzazione di gruppi di cammino, gite, escursioni, soggiorni attivi al mare e laboratori manuali e creativi.

“Vita Attiva” è inserito nel più ampio progetto “Promuovi la tua salute con un ... corso di ginnastica e non solo”. L'iniziativa è rivolta a persone che non possono

partecipare ai corsi di attività motoria generici per motivi di età, limitazioni funzionali, patologie invalidanti o situazioni di temporanea inabilità. È un'attività specifica per prevenire il peggioramento della patologia, migliorare le capacità funzionali residue e la qualità della vita, incrementando il grado di mobilità e autonomia personale. Consiste in un protocollo di esercizi adatti alle diminuite capacità funzionali conseguenti a condizioni mediche croniche o all'avanzare dell'età, svolto attraverso un'attività individualizzata per gruppi omogenei. L'attività fisica adattata ricopre un ruolo di fondamentale importanza anche attraverso l'opportunità di socializzare, creare momenti di aggregazione ed evitare così l'isolamento sociale; inoltre apporta benefici in tutte le aree del soggetto, motoria, psicologica e affettiva;

- Il progetto 'Frazioni vive' nella Provincia di Belluno, che si connota come progetto sperimentale, è rivolto a persone anziane sole, o con reti familiari in difficoltà, residenti in frazioni isolate caratterizzate da un progressivo spopolamento e che necessitano di un supporto finalizzato al mantenimento presso il proprio domicilio. L'iniziativa nasce quale prosieguo dell'indagine "Gli anziani nelle frazioni montane: come vivono" e del progetto "Monitoraggio Grandi Anziani" realizzati nell'Agordino dal 2007 al 2010. Entrambe le iniziative hanno evidenziato una percentuale molto alta di anziani ultraottantenni che vivono soli, una percentuale bassa di bisogni afferenti alle ADL (bagno, igiene personale) mentre più alta per le IADL (pulire la casa, fare la spesa) così come le richieste di spalo neve e di compagnia. Concretamente saranno promosse nelle realtà locali delle risorse lavorative, in grado di garantire agli anziani interventi quali: lavori domestici, acquisizione e gestione della legna, spalo neve, compagnia, commissioni e trasporti per esercizi commerciali;
- "Grigio Brillante" ha il fine di mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone anziane nel territorio dell'Alpago, con l'attivazione di 4 centri di aggregazione nel medesimo territorio;
- Il progetto "Anna Vienna" nella Provincia di Belluno ha il fine di promuovere il benessere psico-fisico e sociale delle persone anziane, attraverso la proposta, settimanalmente, di attività di carattere ludico-culturale cercando di motivare gli anziani ad una partecipazione sociale attiva;
- Il "Progetto Penelope" si propone di coordinare una rete fra associazioni ed enti che si occupano di anziani autosufficienti nel territorio dei Comuni di Belluno e Ponte nelle Alpi, e di promuovere il benessere delle persone ultrasessantacinquenni, attraverso interventi a sostegno dei gruppi frazionali e delle realtà associative-istituzionali esistenti;
- "Settembre con noi" con il fine di favorire la socializzazione, il protagonismo e l'aggregazione, dando sempre maggiore rappresentatività ai soggetti anziani;
- "Pranzo sociale" con il fine di favorire e potenziare le relazioni sociali tra i cittadini over 70.

Nella **Provincia di Padova** ricordiamo diversi progetti per la socializzazione informatica degli anziani e la promozione delle relazioni sociali, promossi dalle organizzazioni di volontariato con il supporto degli enti locali. Tra questi ricordiamo in particolare:

- il progetto "CHIAMA CHI AMA", con due principali obiettivi: 1. realizzazione di momenti di formazione e confronto con quanti stanno andando in pensione o che si sono ritirati da poco, per fornire informazioni sulla vita post-lavorativa e istruire sulla possibilità che tale vita sia felice solo se impegnata ("Scopri i tuoi talenti"); 2. P.U.R.A. (Punto unico risposta anziani): costruzione di un punto unico di chiamata per servizi alla persona anziana in difficoltà (servizio "Pronto an-

ziani”) con l’attivazione di un centralino unico di risposta a varie problematiche (emergenze, telefonata amica, ecc.), coordinamento di azioni quali il trasporto (per visite mediche, ricovero, dimissioni, altro), supporto alle necessità domiciliari (spesa, piccole manutenzioni, ecc.), azioni di supporto durante l’eventuale fase di ospedalizzazione.

- “In compagnia si sta meglio con noi” che ha lo scopo di offrire agli anziani un luogo animato dove passare in compagnia due pomeriggi la settimana. Le attività sono molteplici e vanno dal semplice chiacchierare al raccontare il proprio vissuto, dal giocare a carte al lavoro di cucito, dal corso di informatica a quello di inglese, dal laboratorio espressivo a quello dei giochi di un tempo.

Nella Provincia di Verona si ricordano i progetti di socializzazione intergenerazionale come “Riannodare i fili della memoria”, “Nonno mi racconti?”, “La memoria sulle Mura, l’esperienza si mostra”, “S.A.G.G.I.: sinergie, anziani, giovani, giovanissimi, insieme”.

Nella Provincia di Rovigo il progetto “Adotta un nonno” e i progetti di promozione delle relazioni intergenerazionali tramite il coinvolgimento dell’associazione AGESCI da parte del Circolo Auser di volontariato di Melara.

Nella Provincia di Treviso ricordiamo il progetto “Q-Ageing”.

Regione: Veneto

Atto o nome progetto: **Q-Ageing – Quality Ageing in Urban Environment**

Attori: Municipalità di Ujbuda (Ungheria), Provincia di Treviso (capofila)

Finalità e obiettivi: creare le migliori condizioni al fine di garantire un invecchiamento di qualità alla popolazione anziana, attraverso azioni innovative coordinate a livello europeo e promosse localmente dalla Provincia di Treviso in collaborazione con soggetti pubblici e privati del territorio. Tali azioni sono state condotte lungo due direttive principali. In primo luogo, migliorando la qualità dei servizi pubblici attraverso l’adattamento degli stessi ai bisogni della popolazione anziana. In secondo luogo, creando un “nuovo sistema urbano” maggiormente compatibile con le necessità di una popolazione percentualmente sempre più vecchia. Il punto cardine, che ha ispirato l’azione dell’ente in questi anni di lavoro, è stato considerare l’anziano come risorsa da valorizzare.

Ulteriori informazioni: <http://over60.provincia.treviso.it/Engine/RAServePG.php/P/250410280312/T/Progetto>

Si ricordano inoltre i progetti innovativi come:

- **“Q Ageing Toolbox”**, uno strumento di supporto alle decisioni per i politici locali nel campo delle politiche per gli anziani (2011);
- **ELDBicycle:** 2 prototipi di veicolo a pedali eco-sostenibile e a misura di anziano, alimentati da energia elettrica (pannelli fotovoltaici) e testati da più di 100 anziani residenti di due case di riposo trevigiane;
- **TREVOR&ERMES:** 2 azioni formative per cittadini over 60, atte a valorizzare le competenze da loro possedute e a insegnare loro come trasferirle. I corsi hanno coinvolto circa 40 partecipanti over 60 in più di 80 ore complessive di formazione. Alcuni dei partecipanti al corso hanno poi autonomamente dato vita ad un gruppo (Gruppo +60), che ha promosso e realizzato lo Sportello +60 e la Banca delle Competenze presso la Provincia di Treviso;
- **TVBus:** un servizio innovativo di trasporto a chiamata (numero verde), implementato sui territori di 15 comuni della Pedemontana Trevigiana per circa 4 mesi, da Ottobre 2010 a Gennaio 2011. Ha servito più di 270 anziani.

Regione: **Veneto**

Atto o nome progetto: Legge Regionale: LR 26 del 4.06.1987 **Provvidenze straordinarie a favore delle persone anziane**, Deliberazione della Giunta Regionale n. 3655 del 19 ottobre 1999

L.R. 26/87. **Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo domiciliare**. Integrazioni alla Circolare n.14 del 21/07/1997

Attori: Direzione dei Servizi Sociali, Area Non Autosufficienza

Budget: non disponibile

Tempi: non disponibile

Finalità e obiettivi: consiste in un sistema attivato dalla Regione del Veneto, in accordo con i Comuni e le A.ULSS. Il servizio è di tipo telefonico (una sorta di centralino) e il Centro operativo è attivo 24 ore su 24. Il telecontrollo, funziona secondo questa modalità: il Centro si mette in contatto con l'utente, anche più volte alla settimana, per conoscere le sue condizioni e per collaudare il sistema di telecontrollo, soprattutto per verificare un corretto utilizzo da parte dell'anziano. Il Centro operativo risponde a qualsiasi necessità dell'utente. Ad ogni chiamata, previo controllo, il Centro provvede, con immediatezza, a segnalare la richiesta alla struttura competente, sia che si tratti di necessità mediche, infermieristiche, domestiche o sociali.

Con il telesoccorso ogni utente è dotato di un mini-apparecchio provvisto di un pulsante che, se premuto, fa scattare un segnale d'allarme al Centro operativo. Il Centro, in questo caso, è in grado di agire immediatamente e attivare tempestivamente un intervento urgente.

Il Centro, in questo caso, è in grado di agire immediatamente e attivare tempestivamente un intervento urgente.

Ulteriori informazioni:

<http://www.regione.veneto.it/web/sociale/telesoccorso-e-telecontrollo>

<http://www.regione.veneto.it/web/sociale/telesoccorso-e-telecontrollo>

Regione: **Veneto**

Atto o nome progetto: Progetto **Helps**

Attori: Regione Veneto, Trieste, Budapest, Lubiana

Budget: totale 2.234.929 euro

Budget Regione Veneto 214.049 euro

Tempi: in corso

Finalità e obiettivi: Helps promuove l'autonomia delle persone anziane nelle proprie abitazioni e nel proprio ambiente attraverso formule di *social housing* e *co-housing*. Nel progetto viene perseguita la domiciliarità. L'obiettivo è quello di promuovere lo sviluppo di soluzioni abitative e di cura innovative per anziani e persone con disabilità residenti nelle aree urbane dell'Europa Centrale.

Regione: Marche

Nome Progetto **UP TECH**

Attori: INRCA, Regione Marche

Fondi: 1.500.000 EUR

Tempi: 2010-2012

Finalità e obiettivi: Sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale - Il supporto delle nuove tecnologie nella dimissione protetta del paziente anziano con Alzheimer

Ulteriori informazioni:

http://www.norme.marche.it/Delibere/2010/DGR1727_10.pdf

Regione: Puglia

Nome: **Qualify-Care Puglia - Progetti di vita indipendente**

Attori: Comuni associati in Ambiti territoriali per i Piani sociali di Zona, Centri di domotica sociale

Fondi: 5.000.000 EUR

Tempi: 2011 in corso

Finalità e obiettivi: progetto specifico per la qualità della vita delle persone non autosufficienti e per l'autonomia in ambiente domestico, declinando questa finalità nella direzione di accrescere il livello dell'integrazione della presa in carico delle persone non autosufficienti, sia rispetto all'analisi dei bisogni complessi di salute, di cura e di qualità della vita che le stesse esprimono, sia rispetto all'articolazione delle risorse elaborate in un progetto assistenziale individualizzato (PAI).

Ulteriori informazioni: http://www.arti.puglia.it/fileadmin/user_files/download/ITALIA-NO_Brochure_Regione_per_Forum_AAI_4OTT.pdf

Le Marche presentano alcune politiche specifiche a livello regionale. In particolare un progetto di promozione della valutazione multidimensionale della salute del paziente ultrasessantacinquenne che riceve Assistenza domiciliare integrata di tipo infermieristico⁵⁹. I servizi di assistenza domiciliare tramite il fondo per la non autosufficienza nazionale.

A livello della Regione Marche ricordiamo i seguenti progetti:

- "La longevità attiva in ambito rurale"⁶⁰ con il fine di sviluppare servizi rivolti agli anziani in ambito rurale per prevenire l'isolamento sociale o la non autosufficienza in aree periurbane e svantaggiate dove questa tipologia di servizi non è attualmente sufficiente o è assente;
- agevolazioni tariffarie sugli autoservizi di trasporto pubblico locale regionale e locale⁶¹;
- il progetto "I-Live – Marche region cluster on ambient intelligence technologies for independent LIVING and Eco-sustainability" ("Cluster regionale marchigiano per le tecnologie domotiche per la vita indipendente e la sostenibilità ambientale") per

59 Piano di prevenzione – DGR 1856 del 23/12/2010: gente in gamba, per anziani >65.

60 DGR 1283 del 16/09/2013, Disposizioni di indirizzo per il bando-concorso di idee di attuazione della sperimentazione "La longevità attiva in ambito rurale" e determinazione risorse disponibili

61 DGR 1155 LR n. 45/98 art. 24 comma 1, lett. e) - Agevolazioni tariffarie sugli autoservizi di T.P.L. regionale e locale - Determinazione dei criteri e modalità di concessione dei benefici.

la promozione e sviluppo di tecnologie innovative per la promozione della vita indipendente dell'anziano;

- il progetto "INNOVAge" è finalizzato ad aiutare le persone anziane a vivere più a lungo nelle loro case in modo indipendente, aumentando la loro autonomia e portando alla luce nuove "filieri tecnologiche" associate con i nuovi sviluppi come la vita indipendente e le innovazioni ecologiche, con un contributo prezioso per minimizzare l'impatto sull'ambiente delle attività quotidiane degli anziani;
- IROHLA – "Intervention Research On Health Literacy among Ageing population" ("Ricerca-intervento sull'alfabetizzazione sanitaria nella popolazione anziana") – si concentra sull'aumento dell'alfabetizzazione sanitaria degli anziani in Europa. Ha come obiettivo di fare il punto dei programmi e dei progetti in corso riguardanti l'alfabetizzazione sanitaria. Fa uso delle conoscenze e delle esperienze sviluppate dai programmi in altri settori (ad esempio, il settore privato e il settore sociale), che possono essere applicate al settore sanitario;
- il programma "WIDER – MED" per contribuire all'identificazione e al rafforzamento delle capacità innovative, di gestione della conoscenza e di *networking* delle PMI mediterranee che operano o intendono operare nel settore della domotica assistiva sostenibile;
- "NETage – IPA ADRIATIC CBC": progetto finalizzato al miglioramento del coordinamento tra i soggetti del pubblico e del privato sociale (ONG e associazioni di volontariato), sia a livello locale che transfrontaliero, al fine di superare le difficoltà nell'assistenza agli anziani, incoraggiando la creazione di partenariati per la produzione di servizi socio-sanitari innovativi rivolti agli stessi, garantendone l'invecchiamento attivo, indipendente e in buona salute.

Vale la pena ricordare anche i progetti in cui è partner o coordinatore l'**INRCA**:

- ROBOT-ERA – L'obiettivo del progetto "Robot Era" è quello di sviluppare, implementare e dimostrare la fattibilità a livello generale, l'efficacia scientifico/tecnica e la plausibilità e accettabilità sociale/giuridica da parte degli utenti finali di una moltitudine di servizi robotici completi avanzati, integrati negli ambienti intelligenti, che funzioneranno in condizioni reali e interagiranno con persone fisiche e fra di loro per favorire la vita indipendente, migliorare la qualità della vita e l'efficienza dell'assistenza agli anziani;
- il progetto "WIISEL – Wireless Insole for Independent & Safe Elderly Living" ("Soletta wireless per una vita indipendente e sicura degli anziani") per la prevenzione delle cadute ha come obiettivo lo sviluppo di uno strumento di ricerca flessibile per raccogliere e analizzare i dati sull'andatura, provenienti dagli utenti reali, e correlare i parametri legati con il rischio di cadute, provenienti dalla popolazione anziana;
- "SENATOR" sta per "Development and clinical trials of a new Software ENgine for the Assessment & optimization of drug and non-drug Therapy in Older peRsons" ("Sviluppo e test clinici di un nuovo motore software per la valutazione e l'ottimizzazione delle terapie farmacologiche e non farmacologiche negli anziani");
- MOPACT ha come obiettivo fornire ricerche e dati effettivi sulla base dei quali l'Europa possa iniziare a fare della longevità una risorsa per lo sviluppo economico e sociale. Per raggiungere tale scopo, MOPACT concentra la più alta qualità possibile delle analisi scientifiche sullo sviluppo di politiche e approcci innovativi che possano sostenere gli enti pubblici e altri attori chiave, a tutti i livelli in Europa;
- ProFouND (Prevention of Falls Network for Dissemination) è finalizzato a esercitare influenza sulle politiche e a svolgere attività di sensibilizzazione sul problema delle

cadute e sui programmi innovativi di prevenzione fra tutti i settori e le organizzazioni che lavorano con le persone anziane.

Specifiche politiche per favorire l'accessibilità ai trasporti e promuovere l'autonomia delle persone anziane sono presenti in Veneto con i servizi di telesoccorso, telecontrollo domiciliare e trasporto sociale⁶². Nelle Marche invece sono state sviluppate politiche orientate a fornire agevolazioni tariffarie sui servizi pubblici⁶³

In Puglia, invece, i progetti per la connettività sociale e il progetto "Qualify-Care Puglia - Progetti di vita indipendente".

Regione: Marche

Atto o nome progetto: **Casa intelligente**, DGR 298 del 10/03/2014

Attori: INRCA, Regione Marche, Italia longeva, aziende

Budget: 200.000,00 EUR

Tempi: 2011

Finalità e obiettivi: progetto di fattibilità per la realizzazione di un prototipo di "casa intelligente per una longevità attiva e indipendente dell'anziano" che divenga un dimostratore efficace sia per la concreta commercializzazione delle singole tecnologie che lo comporranno, sia per il sostegno integrato che costruirà.

Ulteriori informazioni:

http://www.norme.marche.it/Delibere/2011/DGR0649_11.pdf

Regione Marche

Atto o nome progetto: SEE, Progetto SEE/D/0267/1.3/X **SEE_INNOVA** "Una *governance* transnazionale innovativa per il coordinamento regionale dei principali attori chiave nel campo delle tecnologie ambientali intelligenti per la vita indipendente dell'anziano"

Attori: non disponibile

Budget: 1.510.488,77 EUR in totale, 323.421,00 EUR (per la Regione Marche)

Tempi: 2013-2014

Finalità e obiettivi:

- stimolare l'innovazione tecnologica basata sull'innovazione sociale in cui l'utente finale abbia un ruolo attivo e primario nella progettazione di nuovi prodotti/servizi diventando esso stesso promotore di innovazione che orienta la ricerca, le imprese e i decisori, favorendo così la produzione di tecnologie assistite effettivamente utilizzabili dall'anziano;
- fornire strumenti di supporto ai decisori regionali per l'implementazione di strategie locali multidisciplinari e integrate per la vita indipendente dell'anziano basate sul concetto di partenariati strategici locali gestiti attraverso il Metodo di Coordinamento Aperto e sul coinvolgimento dei rappresentanti degli utilizzatori finali;
- sensibilizzare l'opinione pubblica sulle principali conclusioni, i comuni approcci ed esperienze in materia di vita indipendente per l'anziano, aumentare le conoscenze del ruolo strategico dell'innovazione con particolare attenzione ai decisori delle politiche al fine di adottare azioni efficaci tali da mettere i bisogni degli anziani e le tecnologie ambientali assistite all'interno della loro agenda politica.

Ulteriori informazioni: http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR0390_13.pdf

62 LR 26 del 4.06.1987 Provvidenze straordinarie a favore delle persone anziane, L.R. 26/87. Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo domiciliare, Telesoccorso e Trasporto sociale.

63 DGR 1155 del 19/07/2010 L.R. n. 45/98, art 24, comma 1, lett. e) – Agevolazioni tariffarie sugli autoservizi di T.P.L. Regionale e locale – Determinazione dei criteri e modalità di concessione dei benefici

Tabella 6. Tavola sinottica del livello di attenzione per la promozione dell'active ageing**Ageing nelle politiche regionali per la vita indipendente**

3. Vita indipendente	Veneto	Marche	Puglia
3.1. Promozione della salute e prevenzione delle malattie: adottare misure per aumentare quanto più possibile il numero di anni in cui uomini e donne godono di buona salute, nonché ridurre il rischio di dipendenza attraverso l'attuazione della promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Fornire occasioni per lo svolgimento di attività fisiche e mentali adatte alle capacità degli anziani.	Medio	Medio	Medio
3.2. Alloggio e servizi adeguati: adeguare l'alloggio e fornire servizi che permettano agli anziani con problemi di salute di vivere con il più alto grado possibile di autonomia.	Medio	Alto	Alto
3.3. Trasporto accessibile e a un prezzo abbordabile: adattare i sistemi di trasporto per renderli accessibili, a prezzi abbordabili, e sicuri per gli anziani, permettendo loro di vivere autonomamente e partecipare attivamente nella società.	Alto	Medio	Basso
3.4. Ambienti, beni e servizi a misura d'anziano: adattare gli ambienti locali nonché i beni e i servizi così da renderli adatti per le persone di tutte le età (approccio in un'ottica di "progettazione per tutti"), in particolare facendo uso delle nuove tecnologie, inclusa l'assistenza sanitaria on line; impedire la discriminazione basata sul fattore età nell'accesso a beni e servizi.	Medio	Alto	Basso
3.5. Massimizzazione dell'indipendenza nell'assistenza di lungo termine: per le persone bisognose di aiuto/assistenza, assicurare che la loro indipendenza e partecipazione siano accresciute, conservate o recuperate quanto più possibile, e che esse siano trattate con dignità e comprensione.	Alto	Alto	Alto

- BASSO: no specifiche politiche regionali o a livello subregionale
- MEDIO: no specifiche politiche regionali, ma il tema è presente in altre politiche regionali o a livello subregionale.
- ALTO: politiche a livello regionale di supporto esplicito all'invecchiamento attivo

3. Le esperienze di *governance* regionali

La principale sfida per la definizione di politiche regionali a favore dell'invecchiamento attivo risiede nella necessità di integrare diverse aree di *policy* e diversi attori, principalmente quelli istituzionali, del terzo settore e del settore privato. I contesti regionali di Veneto, Marche e Puglia hanno sviluppato esperienze diverse.

A livello nazionale, per motivazioni storiche e di diversa evoluzione legislativa e organizzativa, l'integrazione tra il sistema dei servizi sanitari e il sistema dei servizi sociali è condizionata da diverse asimmetrie e criticità che vanno progressivamente riequilibrare e risolte per rendere effettiva la pari dignità dei due "sistemi" e, soprattutto, per garantire una risposta unitaria ai bisogni dei cittadini che non possono essere scissi tra sociali e sanitari, o anche socio-sanitari.

Nelle **Marche** le esperienze di integrazione sociale e sanitaria risentono di questi squilibri che assumono aspetti specifici, anche se, negli ultimi anni, l'organizzazione normativa si è andata, progressivamente, orientando in una prospettiva unitaria che ha portato al primo piano socio sanitario 2012-2014.

L'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale risente di una forte "asimmetria" che si può cogliere su diversi piani⁶⁴.

L'asimmetria sul piano istituzionale riguarda, a livello nazionale, in parte il non aggiornamento dei LEA (livelli essenziali di assistenza) sanitari (presentati nell'aprile scorso e non ancora pubblicati), ma soprattutto la mancanza dei livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali (LIVEAS) previsti dalla legge 328/2000. A livello regionale, lo squilibrio è reso evidente dalla ponderosità e dal progressivo aggiornamento della normativa sanitaria cui corrisponde una sempre più inadeguata legge che riguarda i servizi sociali, che risale al 1988.

L'asimmetria amministrativa discende dalle scelte istituzionali forti, di livello nazionale, che mantengono a livello dei Comuni le competenze sociali e assegnano alle Aziende Sanitarie Locali quelle sanitarie. La scelta, di per sé accettabile, pone seri problemi in tutte le Regioni italiane (pur nelle diverse modalità di integrazione adottate) per la diversa natura di Comuni e Aziende. I problemi che derivano da questa opzione si pongono a due livelli: nel coordinamento e nella gestione delle politiche regionali nei settori sanitario e sociale in considerazione dell'asimmetrico rapporto che la Regione ha con i Comuni (che hanno responsabilità autonoma per il sociale) e le ASL (che hanno invece una "dipendenza" strutturale dalla Regione); nell'operatività dei territori dove la centralità dei Comuni (seppure in forma sempre più associata nella gestione dei servizi sociali) si scontra con l'autonomia "vincolata" delle Aree Vaste dell'ASUR.

L'asimmetria finanziaria, storicamente consolidata, è testimoniata dalla differente modalità di sostegno finanziario del sistema sociale e sanitario, assieme alla differente disponibilità finanziaria dei due sistemi e al processo di taglio dei trasferimenti nazionali da parte del Governo alle Regioni e ai Comuni che colpirà in maniera particolare la componente sociale del sistema. Ad aggravare la situazione c'è l'evidenza di una struttura della spesa sanitaria molto più rigida e stabile di quella sociale. Altra differenza che ostacola l'integrazione finanziaria è l'utilizzo di un sistema, tendenzialmente, di contabilità analitica nella sanità, rispetto ad uno sostanzialmente economico-finanziario nel sociale. La progressiva definizione di strumenti di "corresponsabilità" in questo

64 Belligoni M., Ricci S. (2010) Attività, esiti e prospettive dei lavori della Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

campo permetterà di diminuire questo squilibrio; la prospettiva è quella di: favorire il coordinamento dei bilanci dei singoli Comuni – utilizzando lo strumento della “spesa sociale” dell’ISTAT –, raccordare il bilancio “complessivo” di Ambito Territoriale Sociale con quello del Distretto Sanitario, perseguire la “tappa” dei bilanci integrati per arrivare al bilancio “unico” per le prestazioni socio-sanitarie.

Un’articolata asimmetria è quella organizzativa e riguarda da un lato i percorsi di programmazione e dall’altro la strutturazione dei servizi:

- sul versante della programmazione, il disallineamento temporale e, soprattutto, la differente metodologia di costruzione delle programmazioni ai diversi livelli territoriali ha creato problemi anche di identificazione e appropriatezza nella “giungla” degli strumenti di programmazione (Piano di Conservazione e Sviluppo – PCS, Provvedimento Attuativo di Dettaglio – PAD, Piani di Zona – PdZ, ecc.);
- sul versante dei servizi molto più strutturata, stabile e dedicata è l’organizzazione della sanità, e molto più leggera, flessibile, polifunzionale e precaria quella del sociale. Ci sono i pro e i contro di ogni modello organizzativo, ma risulta evidente che la generale fragilità del sistema dei servizi sociali viene spesso “stritolata” nei rapporti con la diffusa rigidità del sistema dei servizi sanitari.

L’asimmetria oro-geografica si manifesta per la presenza di un territorio, ricompreso fra il mare e l’Appennino, grossolanamente suddivisibile in tre fasce: costiera, collinare intermedia e appenninica. Presenta caratteristiche sufficientemente disomogenee sotto svariati aspetti: geografia, demografia, modello di sviluppo, viabilità, assetto abitativo e distribuzione di servizi socio-sanitari.

Nelle Marche, diversi atti di riforma del sistema sanitario e sociale sono stati approvati ma i nodi e le asimmetrie rimangono ancora latenti, delineando uno scenario di complessità organizzativa ancora da sviluppare per il raggiungimento di risposte pienamente integrate socio-sanitarie.

In **Puglia** tutti gli Attori istituzionali e sociali che hanno sottoscritto la Carta per l’invecchiamento attivo (Associazioni di categoria datoriali – Confindustria, Confapi, CIA, Confagricoltura, Coldiretti, Copagri, CNA, Confartigianato, Confcommercio, Confesercenti; Organizzazioni Sindacali Confederali – CGIL, CISL, UIL con le rispettive Categorie Pensionati SPI CGIOL, UIL Pensionati, FNP CISL) partecipano al Gruppo di monitoraggio delle politiche regionali in materia di invecchiamento attivo, istituito presso l’Assessorato al *Welfare*, al fine di supportare con la valutazione *in itinere* anche l’elaborazione di proposte e progetti innovativi e sperimentali da integrare nella programmazione regionale.

In **Veneto**, il Dipartimento dei servizi sociali e socio-sanitari regionali ha funzioni di programmazione e gestione delle risorse di vasto territorio e di coprogettazione tra istituzioni e terzo settore (un esempio è il progetto HELPS). Le aziende sanitarie, attraverso il piano di zona (PdZ) e attraverso un rapporto diretto con i Comuni e con le aziende locali, pianificano gli interventi e i servizi nel territorio. Alla fase di implementazione prendono parte i centri di servizio e le case di riposo soprattutto per l’ambito della valorizzazione del rapporto intergenerazionale (ad esempio il progetto HELPS). Nel processo di valutazione la Regione è il soggetto che agisce principalmente.

La Regione ha avviato un percorso di proposta di legge per l’invecchiamento attivo, ma il primo elemento di criticità si riscontra proprio nell’evoluzione e nel cambiamento dell’approccio nei confronti del soggetto anziano, di tipo assistenzialistico. Il cambiamento culturale non è ancora verificato. Nel percorso di concertazione tra i soggetti che sono coinvolti anche nell’ambito dell’invecchiamento attivo viene evidenziata la

difficoltà nell'attivare meccanismi di concertazione e nella realizzazione di percorsi innovativi che coinvolgano e attivino sinergie multilivello tra Regione e Comuni.

Il percorso avviato sull'invecchiamento attivo punta molto sulla costruzione e valorizzazione del capitale sociale e del soggetto come parte di esso. Le prime iniziative vengono individuate proprio nel servizio civile anziani, nel progetto sollievo e nel progetto HELPS. Il territorio contribuisce ad implementare il percorso e si ricevono segnali positivi, soprattutto in termini di sensibilizzazione delle amministrazioni comunali.

Discussione

L'invecchiamento attivo e le sfide regionali

I cambiamenti demografici, che comportano un aumento della percentuale di anziani nella società, rappresentano una delle sfide principali per il *welfare* regionale; nonostante ciò, la questione non è stata ancora affrontata dalla maggior parte dei sistemi regionali di *welfare*. Inoltre, il decentramento Stato-Regioni ha toccato anche il **trasporto** e le **politiche abitative**: entrambi hanno un forte impatto sulle politiche per gli anziani in una società sempre più vecchia.

La frammentazione tra i servizi sociali e sanitari, i divari nella definizione di strategie comuni per l'inclusione sociale e lavorativa degli anziani, che prendono in considerazione anche i servizi sociali e quelli per l'impiego, e i sistemi di alloggio e trasporto, rappresentano criticità comuni a tutti i sistemi di *welfare* delle Regioni italiane. La sfida consiste nell'incoraggiare l'integrazione tra politiche sanitarie, sociali, del lavoro, abitative e dei trasporti per sviluppare risposte innovative per una società sempre più vecchia, sfruttando tutte le potenzialità delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione.

Per promuovere lo sviluppo di strategie globali per l'invecchiamento attivo, è necessario affrontare a livello regionale due principali sfide: l'integrazione fra differenti aree di *policy* all'interno del quadro politico regionale (integrazione tra le politiche sanitarie, sociali, del lavoro, abitative e dei trasporti) e il coinvolgimento attivo delle parti interessate provenienti dalle organizzazioni private e della società civile in tutte le fasi del processo decisionale attraverso una strategia di responsabilizzazione di tutti portatori di interesse. La più elevata percentuale di donne rende l'approccio di genere un elemento cruciale ed essenziale in tutte le fasi delle politiche.

L'analisi comparata nazionale e regionale mette in luce che sono presenti delle criticità nell'accessibilità ai dati regionali che non sempre permettono delle analisi comparate regionali.

Inoltre la scarsa attenzione posta in fase di rilevazione all'esperienza di raccolta dati e analisi sviluppata nell'ambito del progetto nazionale Passi d'Argento che ha coinvolto 18 Regioni, incluse Veneto, Marche e Puglia, rivela la complessità nell'accesso a questo progetto e la necessità di sviluppare relazioni per poter garantire uno sviluppo integrato del progetto AGL e del progetto Passi d'Argento. In particolare, questa esperienza realizzata in fase di ricerca rileva la principale sfida che caratterizza la costruzione di politiche integrate regionali per la promozione dell'invecchiamento attivo. Il progetto Passi d'Argento attiene principalmente all'area delle politiche sanitarie che dovranno essere, a tutti gli effetti, adeguatamente coinvolte nello sviluppo del progetto AGL.

L'analisi delle politiche nelle rispettive aree di interesse – Occupazione, Partecipazione nella società e Vita indipendente – ha rilevato potenzialità e i limiti in prospettiva comparata. Per la promozione di politiche regionali di invecchiamento attivo si propone di sviluppare specifiche azioni di *policy* nelle seguenti aree, in sintonia con le indicazioni europee (AAI, 2012).

1. Occupazione

Le politiche per l'invecchiamento attivo nell'area Occupazione nei tre contesti regionali si caratterizzano per una scarsa attenzione specifica al tema, con alcune esperienze meritevoli di attenzione a livello provinciale nel Veneto. L'organizzazione subregionale delle politiche e dei servizi per il lavoro sembra presentare un'ulteriore criticità nella costruzione di politiche integrate a livello regionale. Inoltre, nonostante il divario netto che si riscontra nei dati disaggregati per sesso, nessuna particolare attenzione viene posta alla promozione di politiche a favore delle donne anziane.

Sarebbe quindi opportuno promuovere specifiche politiche orientate verso:

- 1.1. una maggiore attenzione alla formazione continua specifica degli anziani, con una particolare attenzione alle donne anziane;
- 1.2. un'attenzione specifica alla salute dei lavoratori anziani per promuovere il loro mantenimento nel posto di lavoro;
- 1.3. la promozione di strategie manageriali di gestione del personale che possano adattare le carriere e le condizioni di lavoro ai bisogni della popolazione che invecchia, evitando il pensionamento precoce;
- 1.4. sviluppare servizi specifici di supporto agli anziani per la reintegrazione o il permanere nel posto di lavoro;
- 1.5. sviluppare azioni di prevenzione della discriminazione contro gli anziani contrastando stereotipi negativi e valorizzando il loro contributo;
- 1.6. promuovere una riflessione sul sistema delle tasse perché possa favorire l'occupazione degli anziani;
- 1.7. sviluppare azioni capaci di valorizzare il patrimonio di conoscenze e competenze maturato dalle persone anziane attraverso azioni di mentoring e di team di lavoro con fasce di età differenti;
- 1.8. promuovere azioni per facilitare una maggiore conciliazione tra tempi di lavoro e di cura, attraverso il riconoscimento del ruolo di carers informali svolto dagli anziani a favore di figli, nipoti e altri anziani, in particolare da parte delle donne.

2. Partecipazione nella società

Il sistema di *welfare* in Italia si caratterizza per il ruolo centrale attribuito alla famiglia nel rispondere ai bisogni sociali e di cura della popolazione. A fronte di un sistema familistico di *welfare*, i dati confermano il ruolo centrale svolto dai nonni, ma soprattutto dalle nonne italiane nei compiti di cura di figli e nipoti. L'assenza di un adeguato processo di riforma delle politiche di cura per gli anziani, soprattutto non autosufficienti, grava ulteriormente sugli anziani e, ancora una volta, sono le donne anziane che in percentuale superiore alla media europea svolgono compiti di cura nei confronti di altri anziani. Un andamento opposto si rileva invece nella partecipazione politica, specialmente delle donne che risultano particolarmente penalizzate.

Marcate sono le differenze relative all'esposizione al rischio di povertà ed esclusione nelle diverse Regioni italiane.

Sarebbe quindi opportuno promuovere specifiche politiche orientate verso le seguenti azioni:

- 2.1. consolidare il sistema di supporto al reddito per garantire un reddito adeguato all'autonomia finanziaria e dignità nelle condizioni di vita;
- 2.2. promuovere l'inclusione sociale tramite la promozione della partecipazione ad attività culturali, politiche e sociali;
- 2.3. sviluppare le azioni di volontariato da parte della popolazione anziana;
- 2.4. fornire opportunità formative continue, specialmente nell'area delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione, e sviluppare progetti per l'*empowerment* delle persone anziane;
- 2.5. promuovere la partecipazione degli anziani nei processi decisionali in particolare delle politiche che li coinvolgono direttamente;
- 2.6. supportare il lavoro di cura informale con attività di formazione e sostegno reciproco, per garantire adeguata protezione sociale e prevenire l'esclusione sociale dei *carers*.

3. Vita indipendente

La promozione della vita indipendente passa attraverso l'attenzione per uno stile di vita adeguato che pone particolare enfasi al benessere fisico e al suo mantenimento. La scarsa percentuale di persone anziane che svolgono attività fisica regolarmente rappresenta un ostacolo strutturale alla promozione del benessere della popolazione anziana. I diversi progetti portati avanti nelle Marche e in Veneto per la realizzazione di ambienti di vita che possano facilitare l'autonomia dell'anziano rappresentano esperienze importanti da condividere e mettere a sistema. Promuovere sistemi di trasporto pubblico adeguati agli anziani rappresenta un altro aspetto sul quale è necessario sviluppare politiche regionali integrate.

Sarebbe quindi opportuno sviluppare interventi di *policy* a livello regionale orientati a:

- 3.1 incoraggiare azioni di promozione della salute e prevenzione delle malattie, per ridurre e allontanare nel tempo il rischio di non autosufficienza. Fornire opportunità di partecipare ad attività per l'esercizio fisico e mentale che siano adeguate agli anziani;
- 3.2 sviluppare sistemi per l'adattamento di abitazioni e servizi per anziani non pienamente autosufficienti con limitazioni perché possano raggiungere il più alto livello di autonomia;
- 3.3 realizzare sistemi di trasporto pubblico che siano accessibili, sicuri e adatti alle esigenze degli anziani per consentire la loro autonomia e partecipazione attiva nella società;
- 3.4 costruire ambienti, beni e servizi che siano adatti alle esigenze degli anziani, adattando gli ambienti locali in modo che siano accessibili a tutti, in particolare utilizzando le nuove tecnologie, incluso l'utilizzo delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione e l'*e-health*, e prevenendo la discriminazione per età nell'accesso a beni e servizi;
- 3.5 massimizzare l'indipendenza delle persone non autosufficienti, aumentando, conservando o ristabilendo la loro autonomia e partecipazione al massimo livello possibile e facendo sì che siano trattati con dignità e compassione.

Principali riferimenti bibliografici

European Centre Vienna (authored by Asghar Zaidi / Project Coordinator, Katrin Gasior, Maria M. Hofmarcher, Orsolya Lelkes, Bernd Marin, Ricardo Rodrigues, Andrea Schmidt, Pieter Vanhuysse and Eszter Zolyomi) (2013) Active Ageing Index 2012. Concept, methodology, and Final results. Disponibile al seguente link:

http://www.euro.centre.org/data/aai/1220536245_72192.pdf

Belligoni M., Ricci S. (2010) Attività, esiti e prospettive dei lavori della Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

Brenner N. (2004), *New State Spaces – Urban Governance and the Rescaling of Statehood*, Oxford: Oxford University Press.

Communication from the Commission to the European Parliament and the Council Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing COM(2012) 83 final.

Contessotto A. R., Giotto S., Regione Veneto (2014) Progetto AGL Stato dell'arte sull'active ageing a livello regionale.

Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012) *The Way Forward*, Council of the European Union, 7 December 2012

Hine D., (1996) *Federalism, Regionalism, and the Unitary State: Contemporary Regional Pressures in Historical Perspective*. In *Italian Regionalism: History, Identity & Politics*, Carl Levy (ed.) Oxford Berg; Martino Mazzoleni, *The Italian regionalisation: a story of partisan logic in Modern Italy*, Volume 14, Issue 2, 2009 European Commission <http://europa.eu/ey2012/>

Ferrera M. (ed. by) (2005) *Welfare State Reform in Southern Europe. Fighting poverty and sociale exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece*. Routledge.

Ferrera M., Gualimini E. (2004) *Rescued by Europe? Social and Labour Market Reforms in Italy from Maastricht to Berlusconi*. Amsterdam University Press.

Maino F. (2010), "The restructuring of the health service: The Bindi reform and fiscal federalism in Caciagli M., Zucherman A. S. (eds.), *Italian Politics: A Review* (Berghahn, Oxford).

Genova A., Kazepov Y. (2006) *From Government Fragmentation to Local Governance: welfare reforms and lost opportunities in Italy*, in P. Henman and M. Fenner. (eds.), *Administering welfare reform: International transformations in welfare governance*, Policy Press, Bristol, pp. 233-255.

Genova A. (2010) *De l'universalisme au régionalisme: niveaux essentiels et différences territoriales*, in *Revue Sociologie Santé*, No. 32: "Décentralisation système de santé: l'exemple italien", pp. 143-159.

Genova A., (2008) *Integrated services in activation policies in Finland and in Italy: a critical appraisal*, in *Social Policy and Society*, 7, 3, pp. 379-92.

Giammarchi C., (2014) Regione marche, progetto AGL Stato dell'arte sull'active ageing a livello regionale.

Presidenza Consiglio dei Ministri, Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni. Link: <http://www.invecchiamentoattivo.politichefamiglia.it/>

Kazepov Y., Rescaling Social Policies towards Multilevel Governance in Europe Social Assistance, Activation and Care for Older People. Ashgate.

Palermo F., Wilson A. (2013) The Dynamics of Decentralization in Italy: Towards a Federal Solution? http://aei.pitt.edu/41705/4/2013_edap04.pdf

Pepe E., Università E. (2014) Regione Puglia, progetto AGL Stato dell'arte sull'active ageing a livello regionale.

Programma Nazionale di lavoro per un invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale <http://www.invecchiamentoattivo.politicheperlafamiglia.it/wp-content/uploads/2012/02/Anno-invecchiamento-2012-Programma-nazionale-lavoro.pdf>

Quotidiano Sanità.it Dossier La fine delle politiche sociali. In dieci anni il Fondo nazionale si è ridotto dell'80%. 5 giugno 2013 http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=15330

Regione Emilia Romagna: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par/il-par>

Regione Marche, Servizio politiche sociali. Link: <http://www.servizisociali.marche.it/>

Regione Puglia (2012) Carta regionale per l'invecchiamento attivo. Link: <http://www.regione.puglia.it/index.php?page=pressregione&id=14716&opz=display>

Regione Veneto: <http://www.regione.veneto.it/web/guest>

Report http://www.sciencesystemfvg.it/upload/file/Sintesi_Rapporto_2009.pdf

Appendice Metodologica

Regione Veneto			
Interviste	Soggetti	Periodo	Tipologia di intervista: semistrutturata
7	Presidenti dei centri di servizio volontariato provinciali. Provincia di Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Vicenza, Venezia e Verona	mese di maggio	Quesiti sulla modalità di progettazione territoriale e tipologia di progetto, se azione, intervento, buona pratica nella dimensione dell'invecchiamento attivo.
1	Presidente dell'Auser Veneto	mese di maggio	Quesiti sulla funzione dell'organizzazione che presiede e in merito alle iniziative, azioni ed interventi sull'invecchiamento attivo nel territorio. Inoltre richiesta di alcuni dati in merito alla partecipazione dei soggetti al mondo associativo e sindacale.
1	Dirigente del Settore Non Autosufficienza del Dipartimento dei Servizi Sociali della Regione Veneto	mese di maggio	Quesiti sulla funzione del Settore che presiede con specifico riferimento all'ambito dell'invecchiamento attivo. Tipologia di portatori di interesse e ruolo nella promozione dell'invecchiamento attivo. Tipologia di progettazione nell'ambito a livello europeo, regionale e locale. Individuazione di buone pratiche.

Regione Marche

Desk review tramite norme Marche – maggio-giugno

Contatti telefonici e incontri con i portatori di interesse – maggio-giugno

16/05/2014

Invio questionario tradotto a Maria Elena Tartari (in staff alla P.F. Sistemi Informativi Statistici e di Controllo di Gestione) per recepire dati dall'Ufficio statistico regionale. Si è occupata della distribuzione tra i colleghi a seconda delle aree di competenza.

22/05/2014

Incontro di lavoro per presentare il progetto e *brainstorming* con il Direttore ARS (Enrico Bordoni), la responsabile di progetto (Lucia Di Furia, P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione), il Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport (Paolo Mannucci) e il Dirigente Lavoro e Formazione (Fabio Montanini, sostituito dalla P.F. Servizio Attività Produttive Lavoro, Turismo, Cultura, Internazionalizzazione Simona Pasqualini).

23/05/2014

Invio questionario tradotto e specifiche richieste di informazioni nelle aree di competenza ai presenti alla riunione del 23/05/2014.

26/05/2014

Invio lettera formale ai presenti alla riunione del 23/05/2014 e al Direttore scientifico INRCA Fabrizia Lattanzio e al presidente di Italia Longeva per invitarli a collaborare e fornire informazioni.

Settimana tra il 2 e il 6 giugno 2014

Intervista telefonica con Alessandro Fedeli (Direttore del CSV) e con i sindacati dei pensionati.

UIL marche: Dott. Marini – Segretario

CILS: Matteo Moretti – <http://cismarche.it/settori/fnp-pensionati/>

SPI/CGIL: Elio Cerri – Segretario Regionale Responsabile Politiche Organizzative

È seguita una richiesta di informazioni via email a cui è stato risposto.

Tutti i colloqui sono stati condotti facendo le domande / utilizzando le aree del questionario tradotto.

Regione Puglia

Desk review tramite norme Puglia – maggio-giugno

Contatti telefonici e incontri con i portatori di interesse – maggio-giugno

03/06/2014

Riunione tecnica di lavoro con la Dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Socio-sanitaria per acquisire informazioni su progetti regionali (tipologia, organizzazione, azioni, obiettivi, budget, ecc.).

06/06/2014

Riunione tecnica di lavoro con il Dirigente dell'Ufficio statistico regionale per acquisire dati e informazioni a carattere regionale (socio-demografici, occupazionali, ecc.).

12/06/2014

Riunione tecnica di lavoro con i responsabili dei Registri regionali delle associazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale.

Settimana dal 16 al 20 giugno 2014

Consultazione dati del Sistema Informativo Sociale Regionale dell'Osservatorio Sociale Regionale per la ricerca di dati sui maggiori provider privati di servizi.

