

**Valutare
l'age-friendliness
di un'abitazione**

Numero **1/2021**

Associazione AeA,
Abitare e Anziani

Soci 2021

Auser, associazione per
l'invecchiamento attivo
Cgil Nazionale
Fillea Cgil, federazione italiana
lavoratori legno e affini
Spi-Cgil Nazionale, sindacato
pensionati italiani
Sunia, sindacato unitario
nazionale inquilini
e assegnatari

AeA Informa

Rivista periodica
di informazione
sui problemi abitativi
degli anziani
Numero **1/2021**

Proprietà e editore

AeA, Abitare e Anziani
Via Nizza, 154 - 00198 Roma
Tel 06.8440771 – Fax
06.8440777
e-mail info@abitareeanziani.it
sito web www.abitareeanziani.it

Direttore Responsabile

Giusy Colmo
Comitato di Direzione
Giusy Colmo, Marco Di Luccio,
Claudio Falasca,
Fabio Piccolino

**Progetto grafico
e impaginazione**

Massimiliano D'Affronto
8x8 Srl

Foto di copertina

Edward Hopper
Stanza a Brooklin - 1932

Sommario

03 Editoriale

Enzo Costa - Presidente AUSER
Ivan Pedretti - Segretario
Generale SPICgil

07 Sintesi della ricerca:

- **Valutare l'age-friendliness di un'abitazione**
Overview della ricerca
- **Inquadramento, obiettivi, fasi**
Focus: il questionario
- **Scopi del questionario, costruzione, risultati**
La Scorecard
- **Scopo, modalità di impiego**

44 Le rubriche:

- **Governo e istituzioni**
- **Organizzazioni sociali e volontariato**
- **Osservatorio internazionale**
- **Osservatorio dell'innovazione**
- **Indagini, studi, ricerche**
a cura di Fabio Piccolino

Abitazioni e quartieri a misura della longevità

Enzo Costa: Presidente Nazionale AUSER

Fino a 35 anni fa la popolazione mondiale era prevalentemente rurale, più del 60% delle persone vivevano nelle campagne. Con il mutare dei lavori il bilancio campagna-città è notevolmente cambiato, oggi il 54% della popolazione vive nei centri urbani, nel 2050 vivranno nelle aree urbane più di 2/3 delle persone. Contemporaneamente è avvenuto un cambiamento demografico con un considerevole aumento delle aspettative di vita della popolazione e una contemporanea decrescita delle nascite, l'indice di vecchiaia è notevolmente aumentato prima nelle aree rurali, causa lo spostamento dei giovani verso le nuove opportunità di lavoro, e oggi interessa anche i centri urbani.

Nei prossimi decenni, il mondo sarà non solo più affollato e urbanizzato, ma anche demograficamente più anziano.

Prima di allora – secondo un nuovo rapporto del McGraw Hill Financial Global Institute (MHFI) – sarà necessario pensare in modo innovativo a come creare città a misura di anziano. Il MHFI – in collaborazione con la Global Coalition of Aging – ha individuato quattro linee guida principali che possono essere usate per lo sviluppo della città del futuro.

1) la città del futuro dovrà dotarsi di infrastrutture e collegamenti per il trasporto pubblico che vadano incontro ai bisogni dei cittadini di tutte le età.

2) le città dovrebbero predisporre nuove opzioni abitative, per consentire ai cittadini di “invecchiare sul posto”.

3) ogni città dovrebbe prevedere l'accesso a piani sanitari locali dotati di tecnologie mediche innovative per gli anziani.

4) la città del futuro dovrebbe offrire diverse opportunità per continuare a lavorare, studiare e svolgere attività artistiche e ricreative, a tutte le età.

Il nostro Paese vive passivamente e con indifferenza, in qualche caso con ostilità, l'invecchiamento delle persone che lo abitano, i nostri pianificatori non prestano sufficiente attenzione ad un fenomeno demografico importante come quello a cui stiamo assistendo.

Per chi amministra e governa gli anziani spesso sono una massa indistinta, a volte un problema o un costo insostenibile, ce ne occupiamo nei casi clamorosi di malasanità, di povertà, di emarginazione o quando un virus crea casi di mortalità che smuovono le coscienze.

Le nostre città non si sono preparate né adeguate al fenomeno previsto da decenni dell'invecchiamento della popolazione, si è fatto poco di strutturale per rendere più semplice la vita delle persone anziane, se osserviamo bene come sono urbanizzate notiamo marciapiedi sconnessi, attraversamenti stradali troppo lunghi, tempi troppo brevi dei semafori, fermate degli autobus con

altezze che non facilitano la salita e la discesa, continue barriere architettoniche, abitazioni senza ascensore, quartieri desertificati, attività commerciali concentrate nella grande distribuzione con casse sempre più automatizzate con gestualità non adatte agli anziani, situate in zone periferiche uguali fra di loro e prive di personalità, senza storia, prive di coerenza con i centri storici di cui sono emanazione.

La ricerca realizzata dalla Facoltà di ingegneria dell'Università Federico II di Napoli, con la collaborazione dell'Auser e di AeA, affronta il tema della qualità dell'ambiente domestico con particolare riferimento ai requisiti che consentano a un anziano di vivere in condizioni di autonomia e sicurezza. È un tema importante che fornisce elementi utili per la ristrutturazione degli edifici esistenti o per la progettazione di quelli in costruzione, con l'obiettivo di realizzare condizioni logistiche che possano consentire alle persone di invecchiare nella propria abitazione con una qualità della vita dignitosa. Invecchiando le persone hanno bisogno di riferimenti chiari, semplici, possibilmente carichi di significati e ricordi, di ambienti che facilitino la persona adattandosi ad esso, e non viceversa.

La persona che invecchia vede in molti casi aumentare la sua fragilità e richiede sicurezza, serenità, legami con il passato, ha bisogno di relazioni, di punti di

riferimento, sradicarla dal luogo in cui ha vissuto significa spezzare la trama con cui ha disegnato la sua esistenza, cancellare la sua memoria.

Il 3 agosto 2020 l'Assemblea Mondiale della Sanità (World Health Assembly) dell'Oms ha lanciato il "Decennio dell'invecchiamento in salute 2020-2030" (Decade of Healthy Ageing 2020-2030), nel quale l'associazione Auser per le attività che svolge in tutta Italia per promuovere l'invecchiamento attivo, è indicata come buona pratica a livello internazionale per facilitare il raggiungimento

degli obiettivi. L'Oms definisce l'invecchiamento in salute come "il processo di sviluppo e mantenimento dell'abilità funzionale che consente il benessere in età avanzata".

L'abilità funzionale si conserva grazie alle capacità intrinseche dell'individuo, ma anche alle caratteristiche ambientali in cui vive. Per questo uno degli obiettivi che si è posta l'Oms è proprio quello di porre le basi per rendere le città, le abitazioni, gli spazi comuni, i trasporti pubblici più adatti ad essere vissuti dalle persone che invecchiano.

In definitiva dobbiamo lavora-

re perchè le città del futuro abbiano nuovi mezzi di trasporto adatti ai cittadini anziani; nuove aree residenziali che permettano di invecchiare in città, con l'aiuto della tecnologia; innovazioni mediche che rispondano alle necessità degli anziani; e nuove opportunità di socializzazione, di impegno e di svago che non siano orientate solo ai cittadini più giovani ma al passo con i tempi.

Possiamo compiere un primo passo verso il futuro utilizzando una parte dei fondi del Next Generation U.E. per la realizzazione di questi obiettivi.

Qualità e sicurezza per la vita autonoma degli anziani

Ivan Pedretti: Segr. Gen. SPI Cgil

L'anno 2020 appena finito ci ha messo di fronte al dramma della pandemia derivante dal Covid19, con tutte le sofferenze che abbiamo di fronte, ognuno di noi, soprattutto i più fragili, ha passato moltissimo tempo nelle proprie abitazioni ed ancora una volta abbiamo misurato quante di queste non siano adeguate alle esigenze di vita.

Allo stesso tempo si è riproposto con forza il tema, ormai ineludibile, dei cambiamenti demografici in atto: l'invecchiamento della popolazione, i processi di urbanizzazione, le fragilità sociali, troppo facilmente dimenticate,

l'esigenza della definizione di un modello di sviluppo sostenibile e condiviso.

La ricerca della dottoressa Adriana Luciano dell'università Federico II di Napoli, in collaborazione con l'Anglia Ruskin University del Regno Unito, ha il merito di affrontare questi temi, anche attraverso una ricerca sul campo, in collaborazione con Auser ed Abitare e Anziani, ed una validazione dei risultati ad alto livello scientifico.

L'abitazione a misura dell'anziano in una città che possa consentire alla popolazione di invecchiare in sicurezza e dignità, continuando a partecipare alla

vita sociale, anche in età avanzata, come riportato nella premessa della ricerca, non solo è profondamente condivisibile, ma per noi è l'obiettivo e la sfida del futuro.

Cioè la possibilità di viver nella propria casa e nella propria comunità in tranquillità, sicuri ed autonomi, qualsiasi sia l'età, le possibilità economiche e la propria autosufficienza.

L'abitazione non solo come luogo privilegiato dove, in vecchiaia, si vive per tanto tempo. ma, soprattutto, la propria dimora, dove sono collocati storia, ricordi, affetti di un'intera esistenza. Dalla ricerca appare chiaro come sia



forte l'attaccamento alla propria abitazione, al desiderio di avere quello di cui si ha bisogno nella propria abitazione, senza essere costretti ad abbandonarla. Per cui come è fatta la casa, come è costruita, strutturata, come può essere vissuta, con i necessari supporti, anche tecnologici, con un rapporto con il territorio e la rete dei servizi è decisivo e fondamentale per affermare un nuovo modello di sviluppo, una nuova idea di comunità.

Il merito della ricerca sta proprio nel definire degli indicatori per la valutazione della qualità dell'abitazione, cioè l'insieme dei requisiti che consentano di viverla al meglio, in stretto rapporto con il territorio, non solo del patrimonio abitativo esistente, ma anche come criteri guida con cui progettare le prossime costruzioni.

Indicando in modo chiaro che "l'adeguatezza" non è solo l'ac-

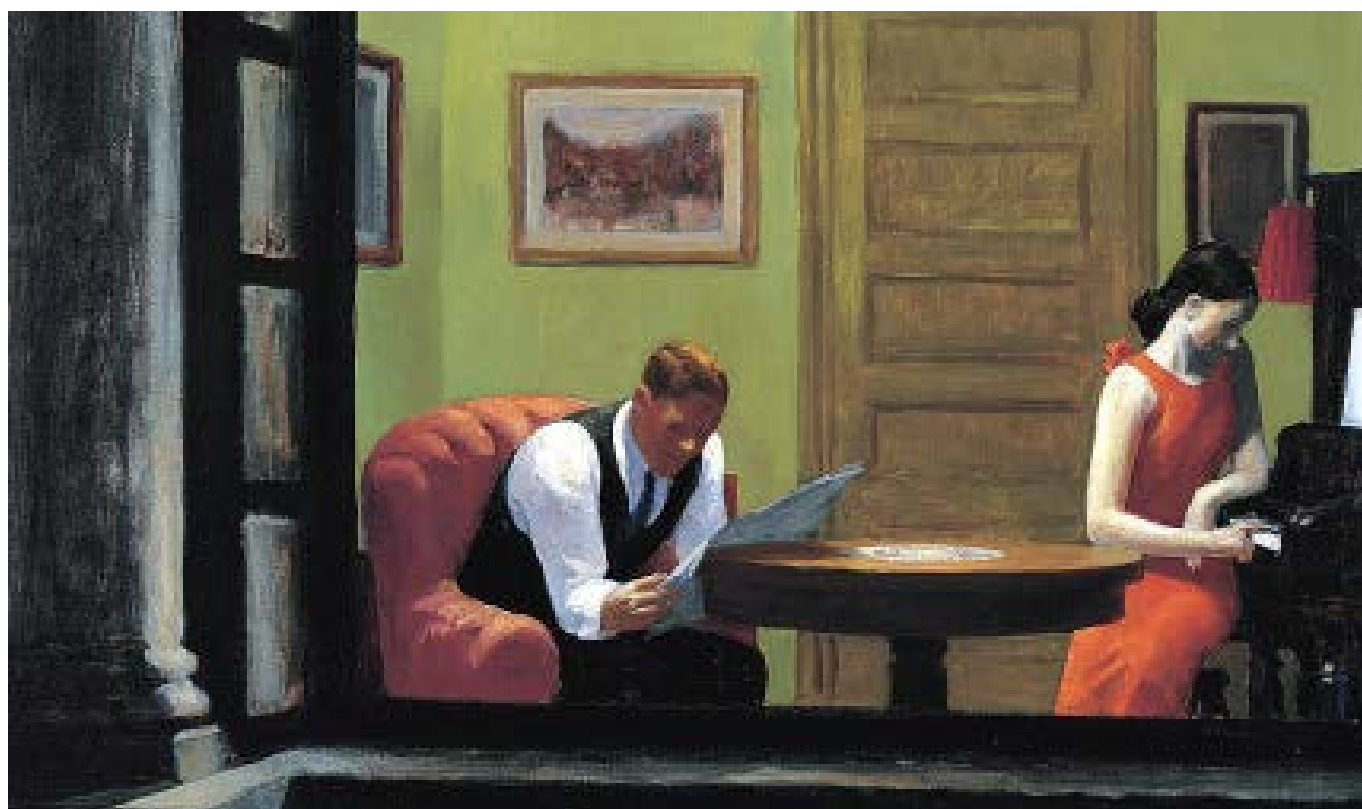
cessibilità fisica dello spazio, come la fondamentale assenza delle barriere architettoniche o la presenza degli ascensori, e di un adeguato sistema di riscaldamento, bensì l'insieme dei supporti, necessari ed indispensabili, ma anche le prestazioni di servizio per soddisfare i bisogni delle persone anziane, non solo sanitari e sociosanitari, ma anche culturali, di svago, di mobilità e di relazioni sociali.

Perché l'assenza di relazioni e di affettività, quella che, soprattutto nei grandi centri urbani, è la solitudine, rappresenta la causa prima della sofferenza e, spesso, delle malattie degli anziani a cominciare dalla depressione.

Un grande sindacato come lo Spi-Cgil che ha fatto della presenza sul territorio e dell'iniziativa di prossimità il suo modo di essere non può che sostenere questi sforzi ed auspicare che attraverso la collaborazione fra

grandi organizzazioni di massa, soggetti che operano nel volontariato, nonché della cultura e della scienza possano emergere indicazioni ed indirizzi rivolte alle istituzioni e alla rappresentanza politica democratica perché si affrontino questi temi e si operi per dare risposte adeguate a questi problemi e a queste sfide. Da questa crisi pandemica ne usciremo, sicuramente con fatica ed ulteriori sacrifici, ma non dobbiamo mancare l'occasione per i necessari cambiamenti nel modello di sviluppo e per migliorare le condizioni dei nostri territori partendo dagli ultimi e dai più fragili.

In questo la casa è un elemento fondamentale se si riesce ad uscire dalla logica della speculazione e della rendita fondiaria e se le città, soprattutto le periferie, ritornino ad essere centrali per la vita delle persone e non semplici dormitori.



E. Hopper - Stanza New York - 1940





L'ABITAZIONE AGE-FRIENDLY

Di:

Ing. Adriana Luciano - Dottoressa in Ingegneria dei Sistemi Civili.

Tutors:

**Prof. Francesco Polverino - Dipartimento di Ingegneria civile,
edile e ambientale - Università degli Studi di Napoli Federico II**
**Federica Pascale - Senior Lecturer presso la Faculty of Science
and Engineering - Anglia Ruskin University**



1. OVERVIEW DELLA RICERCA

1.1. INQUADRAMENTO

La città age-friendly

Urbanizzazione e invecchiamento della popolazione sono i principali risultati dei processi di sviluppo avviati nel secolo scorso (WHO, 2007) con i quali i governi nazionali devono confrontarsi per la definizione degli obiettivi di sviluppo sostenibile.

Per essere sostenibili, le città devono provvedere alle strutture e ai servizi che supportano il benessere e la produttività dei propri residenti (WHO, 2007) e tra questi gli anziani che, secondo le stime, arriveranno a rappresentare nei prossimi decenni il 16% della popolazione mondiale (WHO 2011). È pertanto un obiettivo fondamentale delle comunità favorire l'**invecchiamento attivo** inteso come quel processo di invecchiamento capace di offrire opportunità per la salute, per la partecipazione e per la sicurezza degli individui (WHO 2002). Rendere le città a misura di anziano -**age-friendly cities**- vuol dire consentire alla popolazione di invecchiare in sicurezza e dignità e di continuare a partecipare alla vita sociale anche in età avanzata (UN 2019).

Il perseguimento di tale obiettivo passa attraverso una profonda trasformazione dei sistemi sociali ed economici che devono essere ricalibrati ponendo un nuovo accento sulla vecchiaia, non più da intendere come uno stato di inefficienza fisica e mentale, bensì come una fase del processo biologico universale di pari valore delle altre. Tale trasformazione deve investire anche i sistemi urbani che, nell'ottica dell'inclusione, devono dotarsi di spazi privi di barriere fisiche e culturali. Il punto di partenza per avviare il processo di partecipazione universale è senza dubbio l'abitazione che deve essere ripensata affinché, nel rispetto dei principi della progettazione universale, possa adeguarsi alle mutevoli esigenze di un individuo durante il corso della sua vita.


L'abitazione age-friendly

La dimensione abitativa dell'anziano ruota intorno a tre fattori principali: l'**adeguatezza fisica**, la **sostenibilità economica** e la **socialità** (Cocco and Pibiri 2016). Il primo fattore attiene alle caratteristiche spaziali e tecnologiche dell'abitazione che devono consentire all'individuo di vivere in sicurezza e indipendenza. La sostenibilità economica e la socialità, invece, afferiscono alla sfera personale dell'anziano che deve trovare nella propria abitazione occasione di integrazione e di non emarginazione. Garantire un ambiente di vita adeguato in questi termini incide in maniera significativa sullo stile di vita degli anziani con risvolti estremamente positivi sull'intera società. La casa, del resto, può essere considerata il luogo "**privilegiato**" della vecchiaia dato il grande quantitativo di tempo che gli anziani trascorrono al suo interno. Le minori capacità fisiche e relazionali, lo stato precario di salute e la maggiore vulnerabilità verso le sfide poste dall'ambiente circostante possono essere identificate come le cause principali di tale condizione (Tomsone et al. 2013; Oswald et al. 2018). D'altra parte anche il legame affettivo gioca un ruolo importante: gli studi riportano che col passare del tempo acquisisce sempre più importanza il significato stesso della casa, il senso di familiarità che essa trasmette nonché la percezione di sicurezza, indipendenza e privacy. Ciò si traduce nel desiderio generalmente espresso dagli anziani di rimanere nella propria casa per il maggior tempo possibile preservando la propria indipendenza (Kerbler 2014; Yen and Anderson 2012; Sixsmith et al. 2014; AARP 2018; Smith et al. 2012; Falasca 2018).

Come conseguenza il tema dell'**ageing in place**¹ si è fatto strada in molte agende politiche (Lux and Sunega 2014; Wiles et al. 2012; Lui et al. 2009). Esso si riferisce alla possibilità per gli

¹ Il termine è stato coniato dal Centers for Disease Control and Prevention Fonte: <https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm>.





individui di vivere il più a lungo possibile nella propria casa e nella propria comunità in maniera sicura, autonoma e in condizione di comfort indipendentemente dall'età, dallo status economico e dal livello di abilità. Tale obiettivo, avendo come conseguenza il differimento dell'istituzionalizzazione e la riduzione della spesa sanitaria, trova ampio consenso non solo tra gli anziani, ma anche tra i decisori politici e gli operatori sanitari (Lux and Sunega 2014; Wiles et al. 2012). Funzionale alla messa in atto delle politiche di ageing in place è l'adeguatezza delle abitazioni alle quali è demandato il compito di supportare l'individuo nelle fasi più avanzate della vita colmando il gap tra fragilità e ostacoli posti dall'ambiente² circostante. In questo senso, è il concetto stesso di **adeguatezza** che deve essere definito individuando quei requisiti di qualità dell'ambiente domestico che si configurano come condizioni imprescindibili per l'ageing in place. La messa a punto e la diffusione di tali criteri, oltre a permettere la valutazione ex post del patrimonio abitativo, agirebbe come guida per la progettazione degli interventi sugli immobili esistenti e su quelli di nuova costruzione. Disporre di metriche attraverso cui progettare gli spazi domestici per l'anzianità e attraverso cui valutarli, quindi, si configura come una tappa obbligata nel processo di inclusione abitativa degli over 65.

La ricerca scientifica ha promosso numerosi studi funzionali all'individuazione delle condizioni ambientali che impattano positivamente sul benessere degli anziani e questo affinché si moltiplichino i luoghi di cura e di assistenza al di fuori delle strutture sanitarie. L'aumento dell'aspettativa di vita richiede, infatti, l'accesso alle cure a un numero sempre più elevato di

individui che non può essere demandato alle sole strutture sanitarie. In un'ottica di decentramento dell'assistenza sanitaria, la gestione delle condizioni croniche trova ampia possibilità di risoluzione all'interno dell'abitazione. Pertanto, molta attenzione è stata posta allo studio delle connessioni tra caratteristiche architettoniche e fattori di rischio per la salute degli anziani e all'individuazione dei fattori predittivi della soddisfazione abitativa. Di minore consistenza sono, invece, gli studi che propongono strumenti operativi per la valutazione della qualità abitativa fondati su criteri misurabili attraverso i quali decodificare le caratteristiche dell'ambiente domestico e indagarne l'adeguatezza alle esigenze della vecchiaia.

Anche in Italia, paese in cui l'invecchiamento della popolazione sta avanzando a uno tra i ritmi più elevati d'Europa (ISTAT 2019), la progettazione degli spazi domestici è priva di riferimenti all'anzianità a meno delle norme sul superamento delle barriere architettoniche. Queste ultime, però, oltre a rimandare al binomio anziano-disabile ormai superato da tempo, riducono la questione della qualità abitativa a un mero discorso di accessibilità fisica dello spazio che, seppur rappresenti un grave pericolo per la salute e sia un ostacolo all'indipendenza e all'autonomia degli anziani, è solo uno dei numerosi aspetti da considerare quando si approccia alla progettazione age-friendly.

Definire le caratteristiche di un'abitazione a misura di anziano e convertirle in standards, significherebbe disporre di una guida condivisa per approcciare alla progettazione dei nuovi spazi abitativi ma anche per intervenire su quelli esistenti che, in Italia, costituiscono una risorsa preziosa con cui far fronte all'emergenza abitativa.

² Per ambiente si intende l'ambiente fisico e sociale.



1.2. OBIETTIVO DELLA RICERCA

La ricerca è stata sviluppata nell'ambito del XXXII Ciclo di Dottorato in Ingegneria dei Sistemi Civili presso la Facoltà degli Studi di Napoli Federico II in collaborazione con la School of Engineering and the Built Environment dell'Anglia Ruskin University, Chelmsford (United Kingdom). I tutor che hanno supervisionato e collaborato al lavoro di ricerca sono il Prof. Francesco Polverino (Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile e Ambientale - Federico II) e la Dr. Federica Pascale (Faculty of Science and Engineering - Anglia Ruskin University).

L'obiettivo della ricerca è la creazione di un indicatore per la valutazione della qualità dell'ambiente domestico (*indicatore di age-friendliness*) intesa come l'insieme dei requisiti spaziali e prestazionali dell'abitazione che consentono a un anziano di vivere in condizioni di autonomia e sicurezza. L'indicatore funge da certificatore della qualità abitativa e i criteri su cui fonda derivano dal confronto tra i bisogni della popolazione anziana, i principi dell'age-friendliness condivisi a livello internazionale e il parere degli esperti. Lo ricerca propone, quindi, un

sistema di misurazione della qualità dell'ambiente domestico che, attraverso un indicatore complesso, traduce in un giudizio sintetico e quantitativo la capacità dell'abitazione di accogliere le esigenze della vecchiaia. L'indicatore ha lo scopo di guidare i tecnici nella progettazione degli interventi sugli edifici esistenti o su quelli di nuova costruzione e, inoltre, consente agli stakeholders di valutare il patrimonio immobiliare secondo un linguaggio comune attraverso il quale definire obiettivi e monitorare gli effetti delle misure proposte.

La ricerca, infine, propone uno strumento digitale - **Scorecard** - attraverso cui operare la rilevazione della qualità abitativa: tale applicativo si presta a essere facilmente impiegato da tutti coloro che vogliono approfondire gli aspetti dell'age-friendliness di un'abitazione, ivi compresi i residenti.

Una schematizzazione degli obiettivi della ricerca, dei fattori di originalità e delle potenzialità applicative è riportata in Fig. 1.

Fig. 1 - Gap, Obiettivi, Fattori di originalità e Potenzialità applicative della ricerca.

GAP

ASSENZA DI UNA **DEFINIZIONE «OPERATIVA»** DI ABITAZIONE AGE-FRIENDLY

ASSENZA DI **STRUMENTI DI VALUTAZIONE DI QUALITÀ ABITATIVA** RIFERITA ALLE ESIGENZE DELL'ANZIANO

ASSENZA DI **SET DI DATI RAPPRESENTATIVI** DELLE ESIGENZE ABITATIVE DEGLI ANZIANI IN ITALIA

ASSENZA DI **GUIDE** PER INTERVENIRE SUL PATRIMONIO EDILIZIO IN ITALIA

OBBIETTIVO

CREAZIONE DI UN INDICATORE DI AGE-FRIENDINESS DELLE ABITAZIONI



FATTORI DI ORIGINALITÀ

DEFINIZIONE DELLE **CARATTERISTICHE** DI UN'ABITAZIONE A MISURA DI ANZIANO

INDIVIDUAZIONE DEI **CRITERI PER LA VALUTAZIONE** DEL LIVELLO DI AGE-FRIENDLINESS DI UN'ABITAZIONE

INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI PER **GUIDARE LA PROGETTAZIONE** DI NUOVI EDIFICI O PER MODIFICARE QUELLE ESISTENTI

MESSA APPUNTO DI UNO **STRUMENTO DI RILEVAZIONE E IL MONITORAGGIO** DELLA QUALITÀ ABITATIVA

POTENZIALITÀ APPLICATIVE

SUPPORTARE LA **FASE DECISIONALE** A PIÙ SCALE DI INTERVENTO

VALUTARE E MONITORARE CON UN LINGUAGGIO CONDIVISO LA QUALITÀ DELLE ABITAZIONI IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE DEGLI ANZIANI

RISPONDERE AGLI OBIETTIVI DELLA **WHO** E DEL **MIUR** IN RIFERIMENTO ALLA NECESSITÀ DI DOTARSI DI STANDARD DI QUALITÀ RELATIVI ALLE ABITAZIONI PER GLI ANZIANI



1.3. FASI DELLA RICERCA

Lo studio è stato articolato in diverse fasi, ciascuna caratterizzata da una propria metodologia di ricerca (Fig. 2):

□ Definizione del framework:

la struttura dell'indicatore di age-friendliness deriva dalla guida "Global Age-Friendly Cities: A Guide" redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2007) nella quale viene definito uno standard universale della città age-friendly. La guida elenca gli otto determinanti della città age-friendly -tra cui l'abitazione- e, per ciascuno di essi, fornisce una checklist dei parametri di valutazione.

Sulla base della checklist riferita all'abitazione, il framework dell'indicatore è stato strutturato in otto domini: **Sostenibilità economica, Connessione alla comunità, Accesso ai servizi, Sicurezza, Impianti, Caratteristiche dell'abitazione, Modificabilità, Manutenibilità;**

□ Definizione delle metriche:

ciascun dominio dell'indicatore è stato indagato attraverso l'analisi della letteratura scientifica esistente che ha portato alla definizione delle sin-

gole metriche di valutazione. L'indicatore è stato quindi articolato in tre livelli: il primo livello corrisponde all'indicatore complessivo di age-friendliness dell'abitazione; il secondo livello è costituito dagli otto sub-indicatori corrispondenti ai domini del framework; il terzo livello è formato da 73 indici, distribuiti tra gli otto sub-indicatori, che specificano le caratteristiche di qualità da rilevare nell'ambiente domestico. Tali indici traducono in termini quantitativi le informazioni derivanti dalla ricerca bibliografica e costituiscono le unità minime di rilevazione per la misurazione dell'age-friendliness dell'abitazione. Per ciascun indice è stata costruita una scala di punteggio da 1 a 5, allo scopo di articolare la valutazione per livelli di qualità. L'indicatore attribuisce il punteggio più basso se il requisito descritto dall'indice è assente o se non corrisponde alla performance minima prevista dalla metrica, mentre attribuisce il punteggio più alto se nell'abitazione sono presenti i tutti i requisiti compresi nella metrica. La rappresentazione grafica della struttura dell'indicatore è riportata in Figura 3;

Fig. 2 - Fasi della ricerca.



❑ Validazione delle metriche:

per validare l'indicatore e accertare la sua adeguatezza alla valutazione della qualità abitativa per la popolazione anziana, è stato coinvolto un panel di esperti. Il panel è stato selezionato per essere quanto più eterogeneo possibile: i suoi membri, infatti, afferiscono a diversi ambiti di studio ciascuno interessato alla definizione delle caratteristiche dell'abitazione necessarie per supportare il benessere degli anziani. Agli esperti è stato chiesto di rispondere a un questionario, inviato tramite mail, contenente un riassunto della ricerca, la struttura dell'indicatore con la specificazione delle metriche e le scale di punteggio associate. È stata garantita agli esperti la partecipazione reciprocamente anonima (nel senso che i partecipanti non conoscevano i nomi degli altri membri del panel) in modo da evitare condizionamenti nelle risposte nel caso in cui si fosse reso necessario reiterare le domande e riportare i commenti degli altri esperti. Gli esperti hanno espresso il loro accordo su una scala a cinque punte (da 1= in completo disaccordo a 5= in completo accordo) e hanno argomentato i loro giudizi mediante risposte aperte. Durante un workshop condotto dal team di ricerca presso l'Anglia Ruskin University di Chelmsford (United Kingdom) sono stati analizzati i risultati –sia attraverso analisi quantitative che qualitative- e, in accordo con il giudizio degli esperti, sono state revisionate le metriche oggetto di disaccordo (Fig. 4);

❑ **Definizione dei pesi delle metriche:** per consentire l'aggregazione dei punteggi associati alle metriche e ricavare il dato di sintesi –ovvero il valore totale dell'age-friendliness dell'abitazione- è stato necessario definire il peso delle variabili che compongono l'indicatore. I ricercatori hanno interpretato il peso da dare alle metriche come l'importanza che gli anziani stessi attribuiscono a ciascuna di essa. Per indagare tale dato, pertanto, è stato somministrato un questionario a un gruppo di individui ultra65enni che hanno espresso le proprie preferenze abitative associando a ciascuna metrica uno specifico livello di importanza (cfr. approfondimento al paragrafo 2). Questo vuol dire che, mentre i punteggi dell'indicatore derivano dalla

letteratura scientifica di settore e dal parere degli esperti, il loro peso tiene in considerazione direttamente il parere dell'anziano;

Fig.3 – Struttura dell'indicatore.



Rif.	Ambito generico di valutazione	Ambito specifico di valutazione	Scala di misurazione	Commenti alla misurazione	Punteggio	Riferimenti bibliografici
2.1	Connessione alla comunità	Considerare il contributo della casa nel favorire la connessione col contesto attraverso gli spazi privati esterni	<p>1 - NON sono presenti balconi o terrazzi</p> <p>2 - Sono presenti balconi o terrazzi, ma NON SONO ACCESSIBILI</p> <p>3 - Sono presenti balconi o terrazzi ACCESSIBILI (dislivello tra interno e esterno contenuto, balaustra sufficientemente alta, pavimentazione non scivolosa, spazio di manovra per persona su sedia a ruote)</p> <p>4 - Sono presenti balconi o terrazzi ACCESSIBILI aventi DIMENSIONI tali da poter ospitare attrezzature (tavolo, sedie) funzionali allo svolgimento di attività semplici (leggere, mangiare)</p> <p>5 - Sono presenti balconi o terrazzi ACCESSIBILI che garantiscono la fruizione al riparo dagli AGENTI ATMOSFERICI (coperture, brise soleil, tende, etc.) e nel rispetto della propria PRIVACY (divisori schermanti, balaustre opache, etc.)</p>	<p>Lo spazio esterno si configura come elemento importante per la socialità e il benessere degli anziani. L'attribuzione del punteggio fa riferimento ad alcune caratteristiche che lo qualificano ulteriormente: accessibilità, possibilità di utilizzo in diverse condizioni atmosferiche, possibilità di svolgervi delle attività e impiego nel rispetto della propria privacy.</p> <p>Il setting degli studi della revisione bibliografica è generalmente il Regno Unito per cui si assume che gli spazi indagati (portici, giardini anteriori e posteriori) possano essere confrontati agli spazi esterni comunemente presenti nelle case italiane (terrazze e balconi).</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>World Health Organization - Global age-friendly cities</p> <p>Bed of roses? The role of garden space in older people's well-being</p> <p>Designing balconies, roof terraces, and roof gardens for people with dementia</p> <p>The Relationship of Built Environment to Perceived Social Support and Psychological Distress in Hispanic Elders: The Role of "Eyes on the Street"</p> <p>Levasseur M (2015) Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study</p> <p>Housing LIN - Connecting people, ideas and resources</p> <p>HAPPI (2009) Housing our Ageing Population: Panel for Innovation</p> <p>Morrison A (2016) Housing suitable for an ageing population</p>

Fig.4 – Esempio di metrica finale con i relativi punteggi. La metrica è riferita al dominio “Connessione alla Comunità”.

□ **Definizione dei pesi dei domini:** al medesimo panel di esperti coinvolto nella validazione del framework dell'indicatore è stato chiesto di partecipare al *Budget Allocation* che è un metodo attraverso il quale vengono attribuiti i pesi relativi a dei set di indicatori (nel caso in esame i sei di indicatori sono gli otto domini dell'indicatore di age-friendliness). Servendosi dello stesso questionario utilizzato per validare le metriche, è stato chiesto agli esperti di distribuire un credito di 100 punti tra gli otto domini dell'indicatore di age-friendliness proporzionalmente all'importanza relativa di ciascuno di essi. Mediando il totale dei budget distribuiti dal panel, sono derivati i pesi dei domini.

Questa metodologia “mista” di attribuzione dei pesi, che ha fatto ricorso sia al giudizio degli utenti finali (per il peso delle metriche) che a quello degli esperti del settore (per il peso dei domini), ha rafforzato l'affidabilità della valutazione associandola a una pluralità di pareri espressi da differenti stakeholders;

□ **Definizione dell'indicatore:** una volta definite le metriche e i set di pesi con cui aggregare i punteggi, è stata scritta la formula finale dell'indicatore: $I_{AF} = \sum_{q=1}^8 d_q s_q$ con $d_q =$ peso del sub-indicatore q-esimo e $s_q =$ valore di age-friendliness del sub-indicatore q-esimo;

□ **Costruzione della Scorecard:** l'indicatore

consente di attribuire una misura del livello di age-friendliness delle abitazioni attraverso uno strumento applicativo –*RAHS Resilient Ageing Housing Scorecard*- a uso dei soggetti interessati alla valutazione della qualità del patrimonio immobiliare esistente o da costruire. La Scorecard si presta a essere uno strumento di facile compilazione, a disposizione dei progettisti o del legislatore, che elabora le informazioni contenute nel modello dell'indicatore, sintetizzandole in forma grafica e numerica. Le informazioni che ne derivano restituiscono un'inedita misura della qualità dell'ambiente domestico riferendola alla sua capacità di supportare l'ageing in place. La Scorecard consiste in un foglio di calcolo digitale suddiviso in nove sezioni di cui otto relative ai domini dell'indicatore e una contenente i risultati della valutazione espressi in forma numerica e grafica (cfr. approfondimento al paragrafo 3);

□ **Applicazioni:** la prima fase di applicazione dell'indicatore, ancora in corso di svolgimento, ha lo scopo di raccogliere le valutazioni su un'ampia casistica di condizioni abitative per individuare dei valori soglia di age-friendliness rispetto ai quali classificare i risultati. Quando lo strumento arriverà a essere testato su un numero consistente di casi reali, quindi, sarà possibile interpretare gli esiti numerici della scorecard in maniera qualitativa implementando la fruibilità dello strumento.



2. FOCUS: IL QUESTIONARIO

2.1. STRUTTURA E SOMMINISTRAZIONE

Lo studio dell'abitare non può prescindere dagli individui e dalle relazioni con l'ambiente in cui vivono che, soprattutto in età avanzata, assumono un significato molto profondo.


Secondo la letteratura di settore, oltre alle caratteristiche fisiche e prestazionali dell'abitazione, anche la percezione dell'ambiente domestico è un aspetto importante del benessere poiché è in grado di impattare su diversi domini dello stato di salute: un anziano che non è soddisfatto della propria abitazione, infatti, ha più probabilità di incorrere in disturbi quali ad esempio la depressione (Kylén et al. 2014). Coinvolgere gli anziani nel processo di valutazione dell'ambiente domestico e registrarne percezioni e aspettative, pertanto, consente di definire in maniera più efficace il concetto di qualità abitativa rivolgendo l'attenzione tanto alle caratteristiche spaziali e morfologiche quanto alle considerazioni proprie dei residenti.

Raccogliere dataset sulle preferenze abitative degli over 65 è il presupposto fondamentale per soddisfare la richiesta di spazi abitativi adeguati all'anzianità, nell'ottica di una progettazione incentrata sull'utente *-user centered design-*. In Italia non c'è stata una raccolta sistematica di tali informazioni e rare sono le ricerche di settore su larga scala (generalmente il contesto di osservazione è rivolto a piccoli gruppi di popolazione). Per questo motivo, una fase fondamentale della ricerca è stata l'elaborazione e la somministrazione di un questionario, da diffondere sull'intero territorio nazionale. Il questionario ha avuto lo scopo principale di verificare in che misura le metriche dell'indicatore, ovvero le caratteristiche dell'ambiente domestico considerate dalla ricerca scientifica come incidenti sul benessere degli anziani, siano effettivamente riconosciute importanti per le proprie condizioni di vita dagli anziani stessi.

Il questionario è stato strutturato in 76 domande, prevalentemente chiuse. I rispondenti, quindi, hanno generalmente dovuto scegliere una risposta (o, raramente, più risposte) tra un set di alternative proposte. Solo in tre casi sono state poste delle domande aperte.

Le domande sono state suddivise in tre sezioni tematiche: *dati personali, contesto abitativo, qualità dell'ambiente domestico*. Le prime due sezioni hanno rilevato le *"variabili indipendenti"* ovvero le caratteristiche invariabili personali (es. età, sesso, livello di istruzione, etc.) e del contesto abitativo (es. tipologia edilizia, presenza di barriere architettoniche, etc.) che la ricerca lega alla soddisfazione abitativa e alla sua percezione da parte degli anziani. In particolare, la sezione sui dati personali si è avvalsa di diversi strumenti comunemente impiegati in geriatria per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (VMD) come il test SF36 per conoscere lo stato di salute percepito e i test di Katz e di Lawton per misurare l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane.

L'individuazione dei set di variabili indipendenti da cui dipendono le preferenze della popolazione (preferenze espresse rispetto agli otto domini dell'indicatore), ha reso i dati raccolti di notevole interesse e ha arricchito la struttura stessa dell'indicatore.

La sezione sulla qualità dell'ambiente domestico, invece, è stata suddivisa in nove sotto-sezioni ciascuna dedicata a un dominio dell'indicatore di age-friendliness (a meno di quella riferita alle alternative abitative che non è presente nella struttura dell'indicatore): *costi, connessione alla comunità, accesso ai servizi, sicurezza, impianti, caratteristiche dell'abitazione, modificabilità, manutenibilità, alternative abitative*. Le domande appartenenti a tale sezione possono essere suddivise in tre categorie: 

❑ **Domande di progetto:** sono le domande riferite ad alcune variabili incluse nell'indicatore di cui è stata indagata la rispondenza tra l'evidenza della letteratura scientifica e il parere degli anziani (es. agli anziani è stato chiesto quanto tempo sono disposti a camminare per raggiungere un determinato servizio, da quali ambienti vorrebbero che fosse composta la loro abitazione, etc. e le risposte sono state confrontate con i risultati dei principali studi internazionali);

❑ **Domande esplorative:** sono le domande che hanno indagato il parere degli intervistati rispetto ad alcuni temi di grande interesse per la ricerca di settore come le forme dell'abitare condiviso, già ampiamente diffuse in molte città europee, e l'uso della tecnologia per l'ottimizzazione della gestione della casa e del monitoraggio dello stato di salute;

❑ **Domande di importanza:** sono le domande corrispondenti alle variabili dell'indicatore in cui gli intervistati hanno espresso il grado di importanza della presenza di quella caratteristica o di quella prestazione nella propria abitazione. Gli anziani hanno individuato la risposta su una scala di ranking variabile da 1 a 5 e l'insieme delle risposte è stato convertito nel sistema di pesi dell'indicatore.

Prima di procedere alla diffusione, il questionario è stato validato attraverso una somministrazione pilota a un gruppo di circa 15 soggetti ultra65enni. La validazione è avvenuta presso la sede Auser Campania di Napoli ed è stata organizzata in col-

laborazione con l'associazione nazionale Auser e l'associazione Abitare e Anziani, partner della ricerca. Al campione di anziani è stato chiesto di compilare il questionario, già sottoposto al giudizio di accademici e di membri di vertice delle associazioni partner, e di riportare eventuali difficoltà nel comprendere i quesiti, nel comprendere le risposte o nel dover rispondere ad alcune domande. Il ricercatore ha svolto il ruolo di **somministratore** introducendo gli obiettivi del questionario e le sezioni in cui esso è suddiviso e leggendo le domande. Durante la rilevazione, sono state riportate in forma cartacea le note degli intervistati e sono state discusse insieme le modifiche necessarie che hanno riguardato la riscrittura di alcune domande in forma più chiara e l'eliminazione o la rimodulazione dei quesiti troppo personali. Dalla validazione, inoltre, è emersa la necessità di redigere un glossario di alcuni termini che hanno destato perplessità negli intervistati (es. telemedicina, domotica).

Una volta validato il questionario, è partita la campagna di somministrazione; quest'ultima è avvenuta online, tramite la compilazione di un modulo sulla piattaforma digitale **Google Drive** (Fig. 5). La somministrazione online è stata scelta allo scopo di raggiungere più facilmente gli utenti, controllare l'avvenuta compilazione di ogni campo di indagine e di archiviare in maniera più efficace i dati registrati, agevolando la successiva fase di analisi. Il tempo di compilazione del questionario è stato stimato in circa 25 minuti.

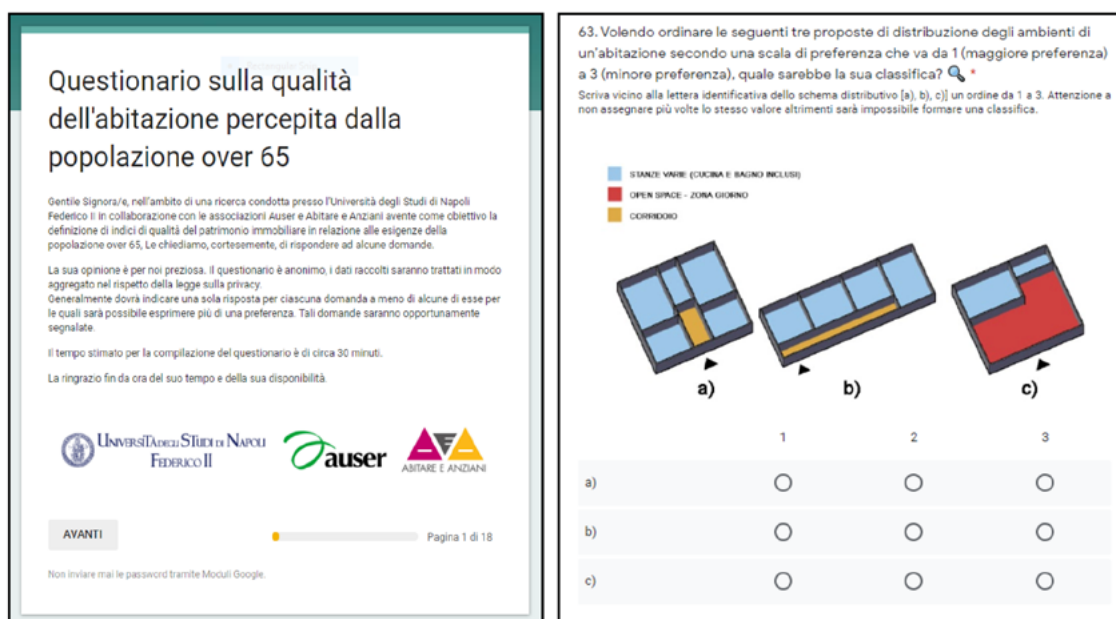


Fig.5 – Copertina del questionario da Google Drive ed esempio di quesito.

Il questionario è stato distribuito grazie alla collaborazione con le associazioni **Auser-Associazione per l'invecchiamento attivo** e **Abitare e Anziani** con le quali è stato attivato un protocollo di intesa finalizzato alla collaborazione nell'attività di ricerca scientifica. Grazie al supporto delle associazioni, che contano su una rete di sedi diffuse in maniera capillare sul territorio nazionale, il questionario è stato distribuito in tutta Italia. Auser e Abitare e Anziani, che hanno già supportato altre ricerche scientifiche di rilievo nazionale, si sono occupate della diffusione dei questionari e della gestione della loro compilazione. Preliminarmente alla diffusione dello strumento di ricerca, è stato definito un piano di campionamento in funzione della distribuzione regionale della popolazione over 65 (sulla base dei dati Istat al 1° gennaio 2018) in modo da chiedere alle regioni una partecipazione proporzionale al numero di anziani residenti. L'obiettivo è stato stimato in circa 1300 interviste. Fondamentale per il rigore scientifico della rilevazione è stata la figura del **Somministratore** che ha condotto le interviste e ha riportato le risposte

degli intervistati sulla piattaforma online. Disporre dei somministratori, coincidenti con i volontari Auser informati sulle finalità della ricerca, ha consentito di ottenere due grandi vantaggi:

❑ **L'inclusione di una popolazione eterogenea nel campione.** Tutti gli iscritti Auser hanno potuto, potenzialmente, partecipare alla ricerca senza che fosse chiesto loro di essere abili nell'uso del computer o di cimentarsi in prima persona nell'approfondimento dei temi trattati nella ricerca;

❑ **La standardizzazione della rilevazione.** Tutti i centri Auser hanno diffuso ai somministratori un **Manuale dell'Intervistatore** (Fig.6) redatto come guida alla compilazione del questionario. All'interno di tale documento sono stati chiariti gli obiettivi della ricerca e le finalità di ciascuna sezione in è stato suddiviso il questionario. Questo ha ridotto la libera interpretazione delle domande, garantendo una rilevazione dei dati omogenea e coerente con gli obiettivi di indagine prefissati. Il questionario è stato somministrato da maggio a novembre 2019.

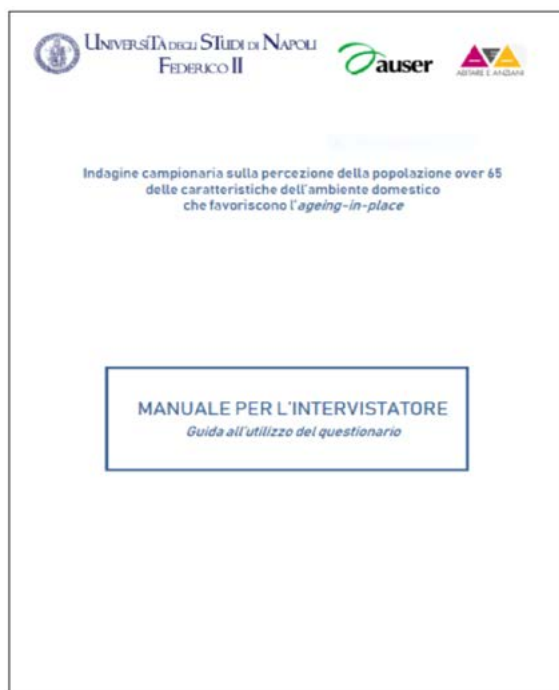


Fig.6 – Copertina del Manuale dell'Intervistatore e Glossario



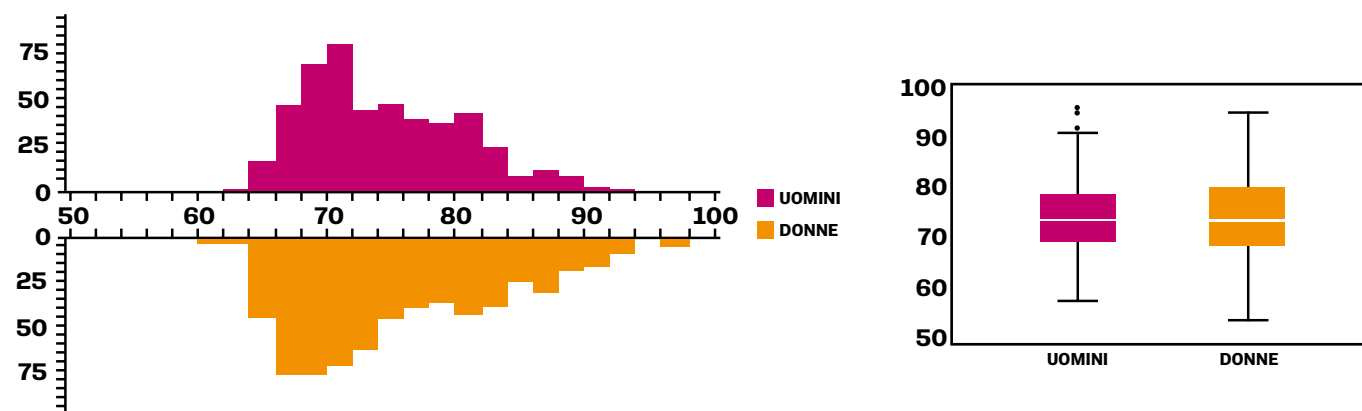
Risultati – Variabili Indipendenti

Dati descrittivi di base

All'indagine hanno partecipato 1118 persone (492 uomini e 626 donne). L'età media degli intervistati è di 74 anni con una variabilità per età

del campione femminile maggiore rispetto a quella maschile (Fig.7).

Fig. 7 – Suddivisione per età e sesso del campione intervistato.



Tutte le regioni (ad eccezione della Valle d'Aosta) hanno partecipato all'indagine seppur con percentuali di adesione differenziate in relazione al piano di campionamento (Fig. 8). In particolare, in Piemonte, Trentino Alto Adige, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria è stato somministrato il numero di questionari previsto dal piano di campionamento consentendo di estrarre dei dati statistici rappresentativi.



Fig. 8 – Distribuzione nazionale del campione intervistato.



TITOLO DI STUDIO E POSIZIONE LAVORATIVA

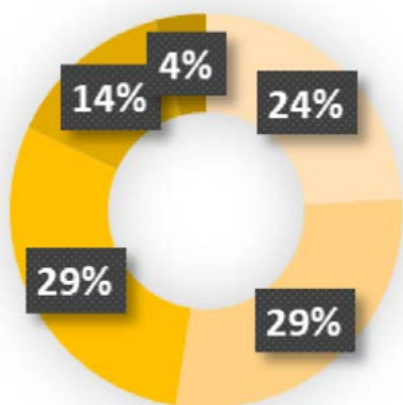
Significativa è la percentuale di intervistati con un titolo di studio inferiore al diploma di scuola superiore (Fig. 9). Come prevedibile, gran parte del campione è in pensione ma è da segnalare il 2% dei rispondenti che dichiara di non essere in pensione e di non avere alcuna occupazione (Fig. 10).

Stato di salute

Una caratterizzazione importante del campione è quella relativa allo stato funzionale, valu-

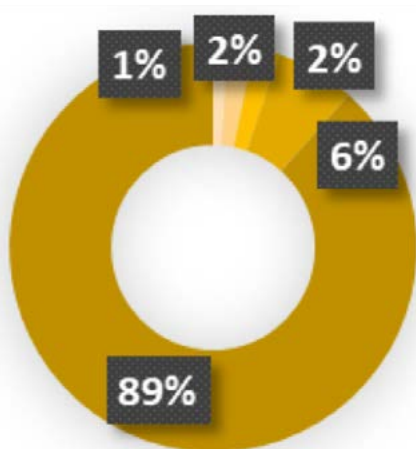
tato come la capacità di performare le attività necessarie all'autosufficienza (Passi d'Argento 2013; SIGG 2018). Tale rilevazione si basa sulla compilazione di due test che specificano i livelli di capacità nello svolgimento di alcune attività fondamentali: la scala di Katz per le *Activities of Daily Living* (ADL) e la scala di Lawton e Brody per le *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) (Passi d'Argento 2013; SIGG 2018; WHO 2015). Le ADL sono le attività che la persona deve svolgere per vivere senza bisogno di assistenza continuativa o periodica (muoversi da una

TITOLO DI STUDIO



- LICENZA ELEMENTARE
- DOPLOMA DI SCUOLA MEDIA
- DOPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE
- LAUREA
- NESSUNO

POSIZIONE LAVORATIVA



- LAVORO SALTUARIAMENTE
- LAVORO A TEMPO PIENO
- NON HO OCCUPAZIONE E NON SONO IN PENSIONE
- SONO UNA CASALINGA
- SONO IN PENSIONE

Figg. 9, 10 – Titolo di studio e Posizione lavorativa del campione intervistato.

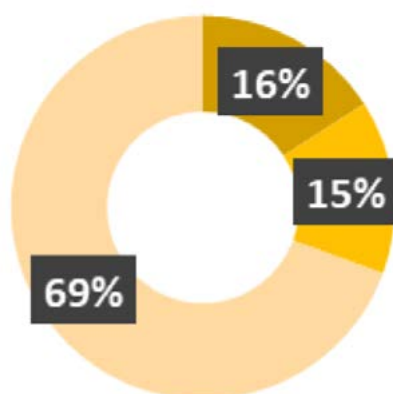


stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, usare i servizi per fare i propri bisogni, essere continenti³). Le IADL, invece, sono attività più complesse che l'individuo può svolgere anche al di fuori della propria abitazione e che sono necessarie affinché possa condurre una vita autonoma (usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o altre compere, cucinare, riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa coi mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti e bollette). Per ciascuna delle ADL e IADL è stato chiesto all'anziano il grado di autonomia nello svolgimento. Le risposte sono state decodificate secondo quanto fatto nella sperimentazione Passi d'Argento operata

dall'Istituto Superiore di Sanità (Passi d'Argento 2013). Gli anziani sono stati quindi raggruppati in tre categorie: **in buona salute** se autonomi nello svolgimento di tutte le ADL ma non autonomi in al massimo 1 IADL; **con segni di fragilità** se autonomi nello svolgimento di tutte le ADL ma non autonomi in 2 o più IADL; **disabili** se non autonomi nello svolgimento di 1 o più ADL⁴.

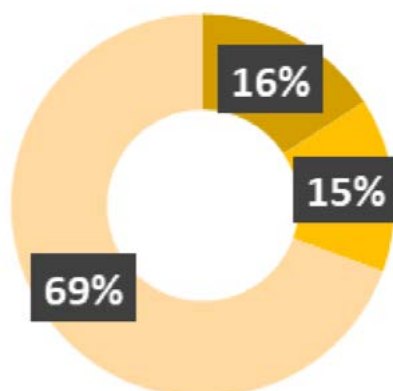
Seguendo questa classificazione, la gran parte del campione intervistato è in buona salute (Fig.11) anche se il 23% ha dichiarato di essere stato ricoverato negli ultimi 12 mesi. Anche la percezione del proprio stato di salute è generalmente buona (solo il 12% ha riferito che la propria salute va male o molto male) (Fig.12).

VALUTAZIONE DELLO STATO FUNZIONALE



- DISABILI
- CON SEGNI DI FRAGILITÀ
- IN BUONA SALUTE

PERCEZIONE STATO DI SALUTE



- DISABILI
- CON SEGNI DI FRAGILITÀ
- IN BUONA SALUTE

³ Questo dato non è stato richiesto agli intervistati poiché è stato ritenuto troppo personale, soprattutto in considerazione della presenza dell'intervistatore durante la somministrazione.

⁴ Nella seconda misurazione effettuata nella ricerca dell'ISS, la categoria degli anziani in buona salute è stata scissa in "in buona salute a basso rischio di malattia" e "in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità" in relazione agli stili di vita e ai fattori di rischio quali, ad esempio, il fumo. Tuttavia questa ulteriore categorizzazione non è stata effettuata nella presente ricerca.

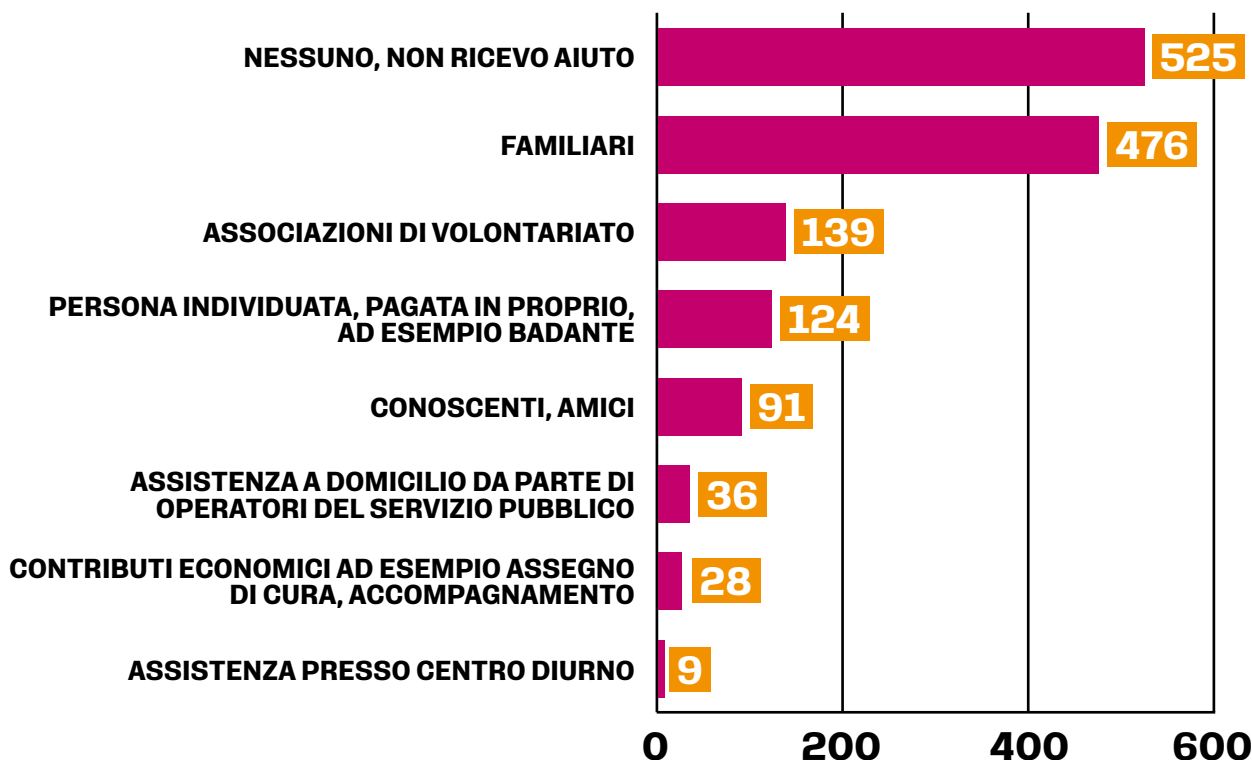


La forma di assistenza principale ricevuta per le attività in cui non gli intervistati hanno dichiarato di non essere autonomi è quella familiare (Fig.13) in perfetto accordo con la più comune forma di gestione della non autosufficienza in Italia che spesso sostituisce le reti di assistenza formale con l'assistenza domiciliare informale. Preoccu-

pante, invece, è il grande numero di anziani che afferma di non ricevere alcun aiuto.

Fig. 13 – Forme di aiuto ricevute per le attività in cui gli intervistati non sono autosufficienti (il campione ha potuto scegliere più di una risposta).

FORME DI AIUTO RICEVUTE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

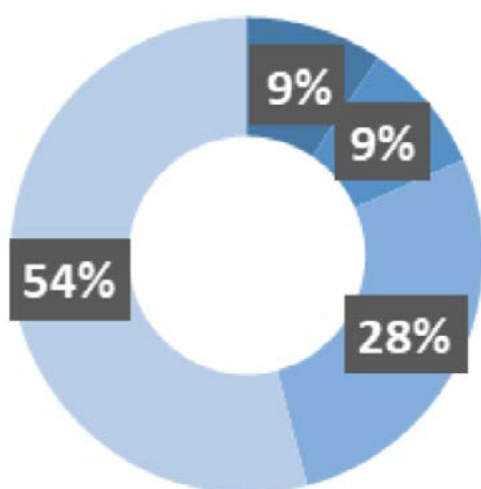


Attività e relazioni sociali

Oltre alle informazioni personali e allo stato di salute, il questionario ha indagato anche il coinvolgimento degli intervistati nelle attività sociali ovvero la frequenza con cui gli anziani escono di casa, la tipologia di luoghi frequentati (circoli ricreativi, parchi, etc.) e gli hobbies. La maggioranza di essi (54%) ha riportato di uscire più volte al giorno e solo il 9% meno di due/tre volte alla settimana

(Fig.14). Ben il 92% del campione ha affermato di frequentare regolarmente amici, conoscenti e parenti. Questo vuol dire che la ricerca ha raggiunto degli anziani in buona parte attivi e coinvolti in attività sociali (come del resto era prevedibile dato che l'indagine è stata estesa agli individui membri di associazioni culturali e ricreative). Tale osservazione è fondamentale per contestualizzare la ricerca e limitarne la generalizzabilità dei risultati.

FREQUENZA NELL'USCIRE DI CASA



- MENO DI DUE/TRE VOLTE A SETTIMANA
- MEDIAMENTE DUE/TRE VOLTE A SETTIMANA
- ALMENO UNA VOLTA AL GIORNO
- PIÙ VOLTE AL GIORNO

Figg. 14 - Frequenza nell'uscire di casa del campione intervistato



Familiarità con la tecnologia

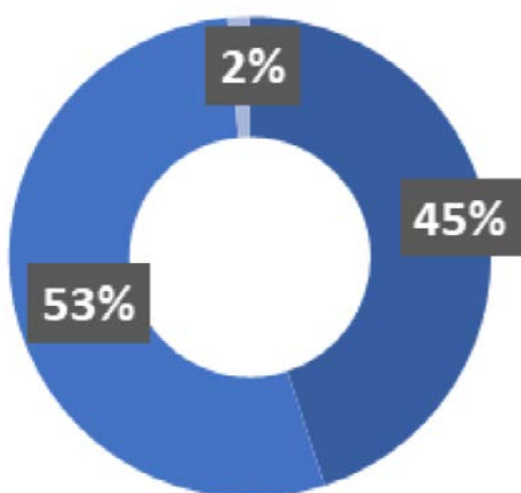
Di grande rilievo è la sezione del questionario che indaga la familiarità degli intervistati con la tecnologia poiché è presumibile che questo dato abbia influenzato altre risposte, come la predisposizione ad affidarsi alla gestione da remoto dell'abitazione oppure alla telemedicina.

Come parametri di valutazione sono stati scelti il numero e il tipo di dispositivi tecnologici correntemente utilizzati dagli intervistati (dal telefono fisso allo smartphone) e la familiarità con internet. Secondo i risultati, il 53% degli anziani è so-

lita utilizzare il personal computer e lo smartphone; il 45% del campione, invece, ha dichiarato di utilizzare solo i dispositivi privi di connessione internet (TV, radio, decoder, dvd, telefono fisso) (Fig. 15). Inoltre, il 49% del campione ha sostenuto di avere una familiarità molto bassa con internet o, addirittura, di non saperlo utilizzare per niente (ben il 36%) (Fig. 16).

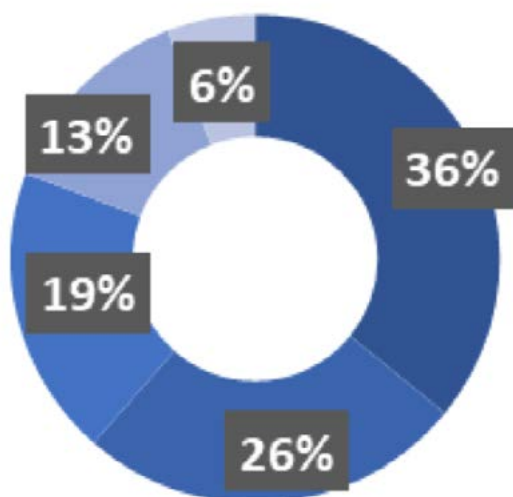
Questo dato deve far riflettere su quanta strada deve compiersi ancora affinché anche gli anziani abbiano accesso all'informazione e ai servizi in una società sempre più votata alla digitalizzazione che rischia di lasciare indietro i più fragili.

TIPOLOGIA DI DISPOSITIVI TECNOLOGICI UTILIZZATI



- **NESSUNO/SOLO DISPOSITIVI SENZA CONNESSIONE INTERNET**
- **SMARTPHONE E PERSONAL COMPUTER**
- **TUTTI I DISPOSITIVI**

FAMILIARITÀ CON INTERNET



- **NULLA, NON SO USARE INTERNET**
- **SUFFICIENTE**
- **BUONA**
- **MOLTO SCARSA**
- **OTTIMA**

Figg. 15, 16 – Tipologia di dispositivi tecnologici utilizzati e Familiarità con Internet del campione intervistato.

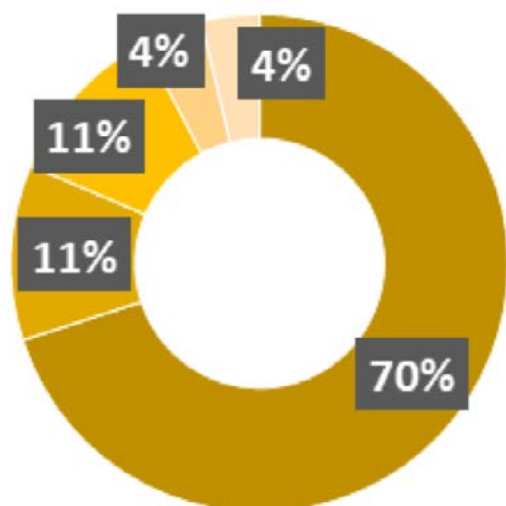


Condizione abitativa

Perfettamente in accordo con il rapporto pubblicato da Auser e Abitare e Anziani a cura di C. Falasca (Falasca 2015) sulle condizioni abitative degli anziani in Italia, secondo cui l'80,3%

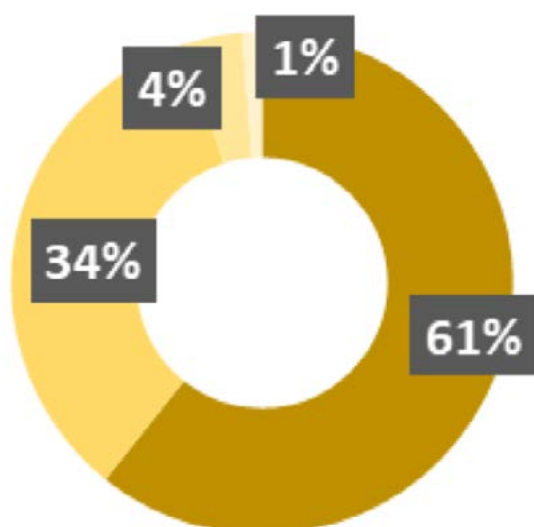
degli anziani vive in case di proprietà e di questi il 34,9% vive da solo, l'81% del campione intervistato ha dichiarato di vivere in una casa di proprietà (sua o del convivente) (Fig. 17) e il 34% di vivere da solo (Fig. 18).

STATO DI OCCUPAZIONE DELL'ABITAZIONE



- DI PROPRIETÀ
- IN AFFITTO DA SOGGETTO PRIVATO
- DI PROPRIETÀ DI UNO DEI CONVIVENTI (CONIUGE, ETC.)
- IN USOFRUTTO/COMODATO D'USO
- IN AFFITTO DA ENTE PUBBLICO

CONDIVISIONE DELL'ABITAZIONE



- CON UNO O PIÙ MEMBRI DELLA FAMIGLIA
- DA SOLO
- CON BADANTE
- CON ALTRI COABITANTI

Figg. 17, 18 - Stato di occupazione e Condivisione dell'abitazione.



Quanto all'accessibilità, il 51% dei rispondenti che vive in appartamento ha affermato che nel proprio edificio è presente l'ascensore o un sistema per il sollevamento persone (piattaforma elevatrice, servoscala). Tuttavia, tra coloro che hanno dichiarato di dover superare un dislivello per entrare in casa e di non poter contare su nessuno dei sistemi elencati, il 67% abita oltre il primo piano ed è quindi esposto al rischio di dover ridurre le proprie attività outdoor nel prossimo futuro.

Questo dato richiama l'attenzione sul problema dell'accessibilità degli edifici che è un requisito fondamentale delle abitazioni in grado di supportare l'ageing in place; tale requisito è ancora più importante quando gli anziani vivono da soli e non hanno alcun convivente che può aiutarli nello svolgimento delle attività quotidiane (Chan and Ellen 2017). I ricercatori concordano sulle principali conseguenze dell'inaccessibilità dell'abitazione: perdita di indipendenza, isolamento sociale, elevato rischio infortuni, riduzione della soddisfazione verso la propria vita e maggiore richiesta di cure mediche (Smith et al. 2012; Leung 2015; WHO 2018; Granbom et al. 2016; Eriksen, Greenhalgh-Stanley, and Engelhardt 2015; Petersson et al. 2014; AARP 2008).

Una misura degli ostacoli che un ambiente inaccessibile pone agli anziani deriva dalle risposte alle due domande aperte in cui è stato chiesto di elencare le principali difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane e nell'uscire di casa. Dalle risposte emerge che, in entrambi i casi, l'ostacolo più frequentemente menzionato è la presenza delle scale (intese sia come i dislivelli interni di un'abitazione che come scale condominiali) (Tabb.1,2). Le barriere architettoniche, quindi, non solo costituiscono un pericolo per la sicurezza degli anziani, ma inibiscono lo svolgimento delle attività indoor e outdoor con risvolti negativi sullo stile di vita.

Dalla tabella 2 emerge anche un dato di interesse relativo alla dimensione dello spazio abitativo che viene riconosciuta dai rispondenti come un ostacolo allo svolgimento delle attività quotidiane. Ad oggi non sono stati definiti degli standards specifici sulle superfici minime/massime

Tab. 1 – Ostacoli nell'uscire di casa.

Scale	43,0%
Altro (es. condizioni climatiche)	15,0%
Problemi fisici	11,8%
Inaccessibilità dell'edificio	8,6%
Percorso fatiscente	5,0%
Traffico	4,3%
Scarsa sicurezza degli attraversamenti stradali	4,3%
Sconvenienza dei mezzi pubblici	2,3%
Dipendenza dall'uso dell'auto	2,0%
Dipendenza da altri	2,0%
Delinquenza della zona	1,6%

Tab. 2 – Ostacoli nello svolgimento delle ADL.

Scale	42,9%
Problemi fisici	16,4%
Dimensione dell'abitazione	15,8%
Accessibilità degli spazi dell'abitazione	14,7%
Dipendenza da altri	5,6%
Inadeguatezza di arredi e componenti	4,5%

ottimali per un'abitazione a misura di anziano. La letteratura scientifica evidenzia come gli spazi ristretti impediscano la mobilità e lo svolgimento delle attività quotidiane in sicurezza (Brookfield et al. 2015) mentre include tra i benefici di un'abitazione di grandi dimensioni quello di incentivare il numero di passi giornalieri (Cress, Orini, and Kinsler 2011; Ahrentzen et al. 2015). Tuttavia, un alloggio troppo ampio inibisce la mobilità degli anziani e rende più difficoltosa la gestione domestica (Ervet 2007; Brookfield et al. 2015). Resta difficile da stabilire, pertanto, quando è da dirsi adeguata la dimensione di un'abitazione essendo tale valutazione influenzata dalle capacità e dalle risorse dell'anziano che mutano nel tempo (Kamin, Beyer, and Lang 2016). Secondo gli studi, i giovani anziani (65-80 anni) riportano maggiore soddisfazione quando vivono in abitazioni più grandi mentre gli anziani (80 anni e oltre) preferiscono abitazioni più piccole. Questo perché con l'avanzare dell'età cambia il modo di

interagire con l'ambiente passando da un uso proattivo dello spazio al docile adeguamento alle sfide poste dall'ambiente costruito (Oswald et al. 2018).

Gli anziani intervistati, tuttavia, non hanno confermato questo trend esprimendo maggiore

soddisfazione per le abitazioni più grandi indipendentemente dalla fascia di età. Allo stesso tempo, però, gli over 85 hanno riportato un più alto grado di soddisfazione per gli alloggi inferiori ai 60mq rispetto agli intervistati più giovani (Tab. 3).

Tab. 3 – Soddisfazione per la propria abitazione in relazione all'età e alla dimensione dell'alloggio.

	Completamente soddisfatto	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto	Totale
da 65 a 74 anni						
Maggiore di 120 mq	11,46%	48,96%	36,46%	3,13%	0,00%	100,00%
Compresa tra 80 mq e 120 mq	12,32%	36,96%	46,74%	3,26%	0,72%	100,00%
Compresa tra 60 e 80 mq	4,97%	22,65%	57,46%	12,71%	2,21%	100,00%
Inferiore di 60 mq	1,33%	10,67%	48,00%	24,00%	16,00%	100,00%
da 75 a 84 anni						
Maggiore di 120 mq	16,67%	28,57%	52,38%	0,00%	2,38%	100,00%
Compresa tra 80 mq e 120 mq	8,04%	32,14%	56,25%	3,57%	0,00%	100,00%
Compresa tra 60 e 80 mq	3,87%	16,77%	61,29%	16,77%	1,29%	100,00%
Inferiore di 60 mq	3,77%	13,21%	54,72%	20,75%	7,55%	100,00%
maggiore di 84 anni						
Maggiore di 120 mq	25,00%	0,00%	75,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Compresa tra 80 mq e 120 mq	6,90%	25,86%	60,34%	6,90%	0,00%	100,00%
Compresa tra 60 e 80 mq	7,50%	20,00%	40,00%	27,50%	5,00%	100,00%
Inferiore di 60 mq	4,55%	13,64%	54,55%	22,73%	4,55%	100,00%



Soddisfazione abitativa in relazione agli anni trascorsi nello stesso contesto

Per valutare se, come riportato da numerosi studiosi (Coleman, Kearns, and Wiles 2016; James and Saville-Smith 2012; Pekkonen et al. 2017; Begley and Lambie-Hanson 2015; Löfqvist and Tomson 2017), il numero di anni trascorsi all'interno di un contesto abitativo influenza il grado

di soddisfazione dei residenti, sono state confrontate le risposte relative agli anni vissuti nella stessa casa/quartiere col livello di soddisfazione espresso. I risultati non hanno confermato questo trend essendo il livello di soddisfazione degli intervistati generalmente elevato indipendentemente dagli anni trascorsi nell'abitazione/quartiere (Figg.19-20).

COMPLETAMENTE SODDISFATTO	25,0%	24,6%	23,0%	22,0%	29,2%
MOLTO SODDISFATTO	42,9%	38,6%	49,3%	47,9%	36,0%
ABBASTANZA SODDISFATTO	14,3%	20,2%	14,9%	17,0%	12,4%
POCO SODDISFATTO	10,7%	7,0%	6,2%	7,2%	14,6%
PER NIENTE SODDISFATTO	7,1%	9,6%	6,5%	5,9%	7,9%
	FINO A 5 ANNI	DA 6 A 10 ANNI	DA 11 A 20 ANNI	DA 21 A 40 ANNI	OLTRE 40 ANNI

Fig. 19 – Livello di soddisfazione verso l'abitazione in relazione agli anni trascorsi al suo interno

COMPLETAMENTE SODDISFATTO	16,3%	35,2%	35,3%	36,5%	42,6%
MOLTO SODDISFATTO	48,8%	38,0%	44,1%	43,1%	31,9%
ABBASTANZA SODDISFATTO	18,6%	16,9%	11,6%	10,4%	8,5%
POCO SODDISFATTO	11,6%	4,9%	4,7%	7,1%	10,6%
PER NIENTE SODDISFATTO	4,7%	4,9%	4,3%	2,8%	6,4%
	FINO A 5 ANNI	DA 6 A 10 ANNI	DA 11 A 20 ANNI	DA 21 A 40 ANNI	OLTRE 40 ANNI

Fig. 19 – Livello di soddisfazione verso il quartiere in relazione agli anni trascorsi al suo interno

2.2. RISULTATI DOMANDE DI PROGETTO

Il questionario è stato impiegato come strumento di approfondimento per la costruzione di alcune metriche rispetto alle quali la letteratura scientifica non ha fornito risultati univoci ed esaustivi. I dati raccolti sono stati, quindi, di grande utilità per arricchire le informazioni a supporto della progettazione age-friendly.

□ **Accessibilità economica:** la soglia di accessibilità economica, ovvero la percentuale del reddito familiare da poter destinare alle spese per la casa senza ridurre la capacità di spesa di altri beni essenziali, non è universalmente definita. Diversi sono i valori soglia presi a riferimento nei vari paesi anche in funzione allo stato di possesso dell'abitazione (generalmente gli affittuari sono segnati da maggiori difficoltà economiche rispetto a coloro che vivono in un'abitazione di proprietà (OECD 2011)).

Per indagare quanto sono disposti a spendere gli anziani in Italia, gli intervistati hanno dovuto

indicare il valore soglia che ritenevano adeguato (meno del 20% del proprio reddito, tra il 20 e il 30%, tra il 30 e il 50%, più del 50%). Per analizzare in maniera più approfondita il dato, considerando che la preferenza degli intervistati sarebbe presumibilmente confluita verso la percentuale di spesa minore, le risposte sono state relazionate alla percezione del proprio reddito familiare (basso, medio, alto) (Fig.21). Come ci si poteva aspettare, le fasce di popolazione che percepiscono il proprio reddito come "medio" e "alto" sono più disposte a spendere percentuali maggiori per l'abitazione rispetto a coloro che valutano la propria condizione economica come "bassa". Tuttavia, la maggioranza degli intervistati ritiene che la soglia di sostenibilità debba essere contenuta intorno al 20% del reddito familiare; tale valore, che coincide con quello indicato dagli esperti che hanno partecipato all'experts' opinion, è stato introdotto nell'indicatore di age-friendliness.

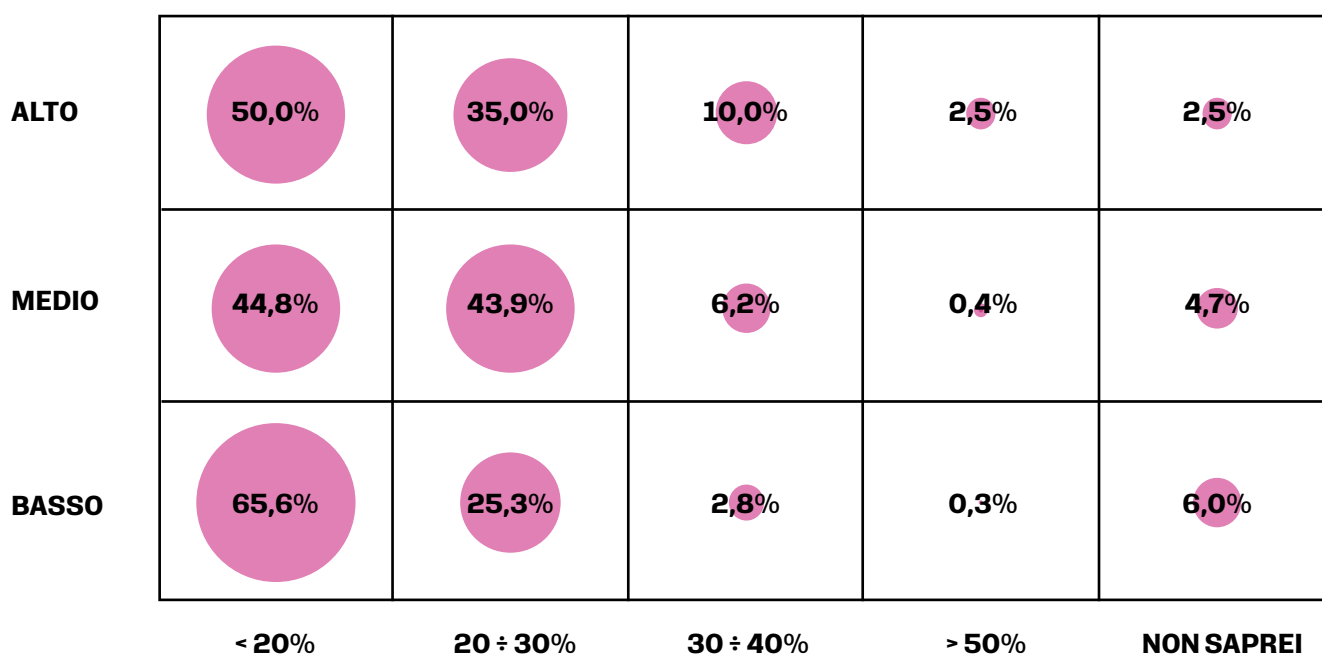
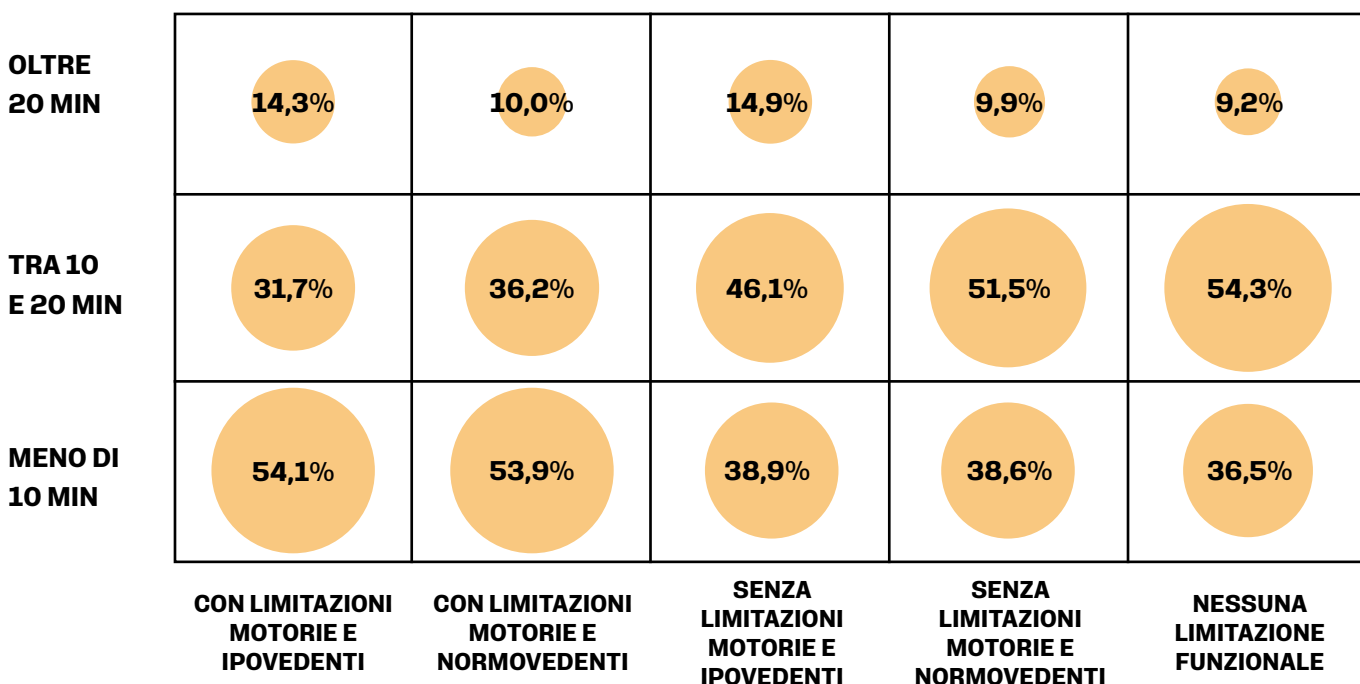
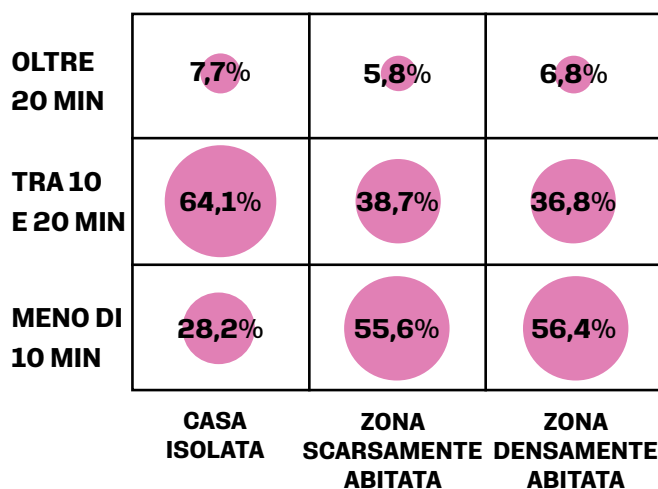
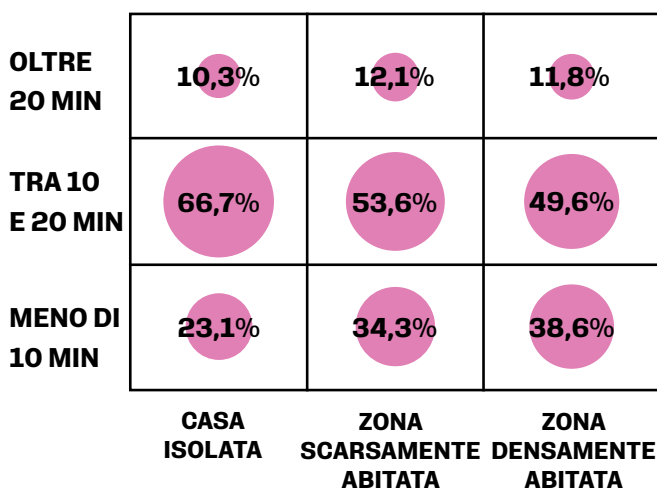


Fig. 21 – Soglia desiderata di accessibilità economica in relazione alla percezione del proprio reddito familiare.

□ **Accesso ai servizi:** numerosi sono gli studi sulla mobilità urbana che hanno indagato le distanze entro le quali devono trovarsi i servizi essenziali per essere considerati di prossimità rispetto all'abitazione di un anziano. Il questionario ha voluto approfondire il concetto di prossimità verificando se esso è variabile in relazione al contesto abitativo e alle capacità fisiche dell'anziano. È stato pertanto chiesto agli intervistati per quanto tempo sono disposti a camminare per raggiungere alcuni dei principali luoghi di interesse (strutture sanitarie, trasporto pubblico, negozi, etc.). Il dato è stato poi

relazionato alla posizione dell'abitazione rispetto al centro abitato e alla presenza di limitazioni funzionali. La prima analisi ha rilevato che chi vive in una zona densamente abitata è meno predisposto alle lunghe percorrenze rispetto a chi vive in zone meno affollate o in case isolate (Figg.22, 23). La seconda analisi, invece, ha rilevato che gli anziani con limitazioni motorie (che fanno uso di ausili per la mobilità o di sedia a rotelle) sono quelli meno disponibili alle lunghe percorrenze (gli anziani con limitazioni visive, invece, sono disposti a camminare per distanze maggiori) (Fig.24).



Figg. 22-23. Disponibilità a camminare per raggiungere una struttura sanitaria e la fermata di un trasporto pubblico, in relazione alla vicinanza ai centri abitati.

Fig.24 - Disponibilità a camminare per raggiungere i servizi essenziali in relazione alle limitazioni funzionali.

□ **Caratteristiche dell'abitazione:** un'ampia sezione del questionario è dedicata alla ricerca delle caratteristiche architettoniche dell'alloggio preferite dagli anziani.

Il primo approfondimento ha riguardato la **morfologia** dell'abitazione: dimensione, organizzazione funzionale e tipologia di ambienti.

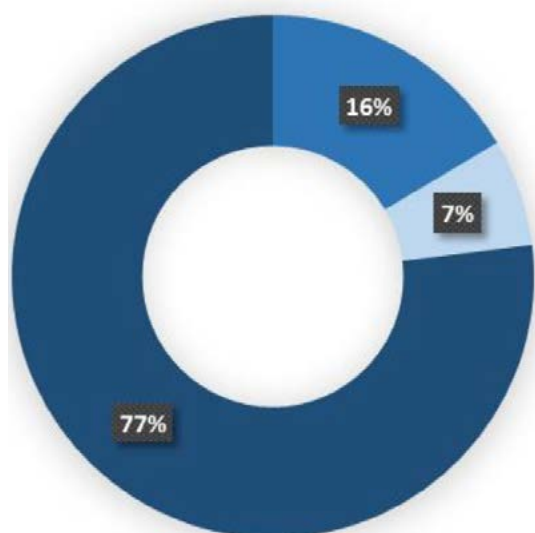
Come già detto, in letteratura non c'è accordo sulla dimensione **ideale** di una casa in relazione all'età dei suoi residenti. È chiaro che tale caratteristica non è univocamente individuabile dipendendo da diverse e mutevoli condizioni, tra cui il numero di coabitanti e il contesto abitativo (le case situate nei centri urbani sono generalmente più piccole di quelle nei centri periurbani). Tuttavia, disporre di valori di riferimento per le abitazioni occupate da uno o due anziani (che sono le due condizioni più comuni nel caso di residenti over 65), sarebbe utile per indirizzare la progettazione dei nuovi complessi edilizi. Agli anziani è stato quindi chiesto se sono soddisfatti delle dimensioni della propria abitazione; il dato è stato poi relazionato con le informazioni sulle dimensioni dell'alloggio e sul numero di residenti rilevate nella prima sezione del questionario (Fig.25). Dai dati è emerso che la casa è ritenuta troppo piccola principalmente quando è inferiore ai 60 m² ed è abitata da due persone; viceversa, è considerata grande nella maggior parte dei casi in cui ha una superficie superiore agli 80 m² ed è abitata da due residenti. Tuttavia tale risultato non trova riscontro nell'analisi delle risposte degli anziani soddisfatti delle dimensioni della propria abitazione: la maggior percentuale dei soddisfatti, infatti, coincide proprio con coloro che vivono in un'abitazione tra gli 80 e i 120 m² e che condividono l'alloggio con un altro residente (Fig.25).

Per quanto riguarda l'organizzazione funzionale degli ambienti, invece, è stato chiesto agli intervistati di disporre in ordine di preferenza tre schemi distributivi -a impianto centrale, a im-

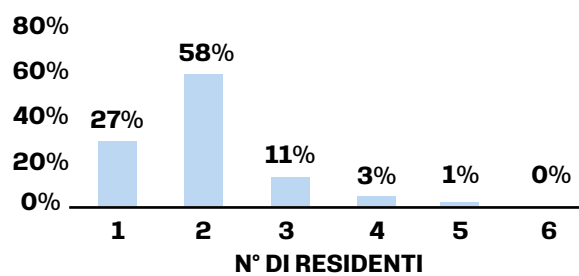
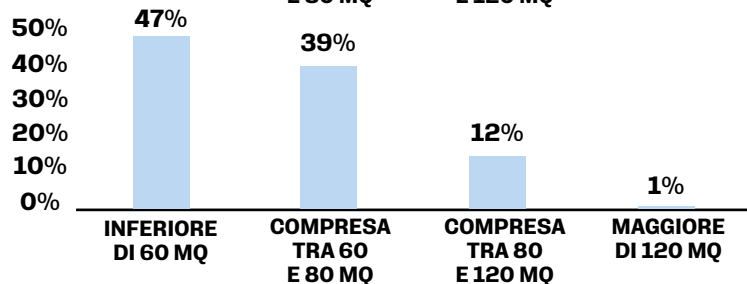
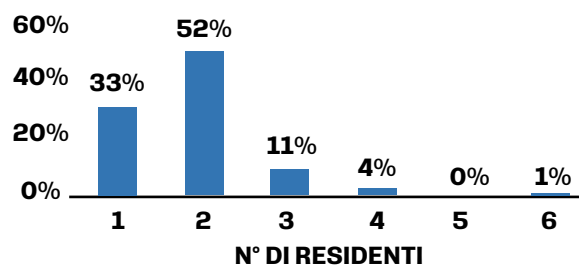
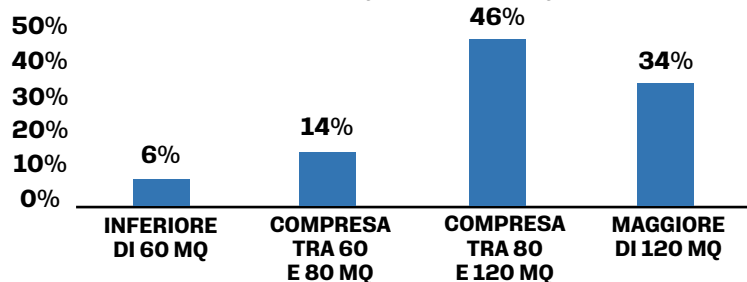
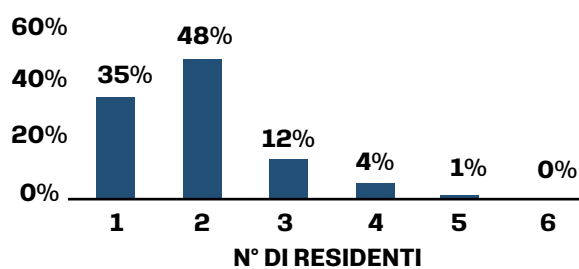
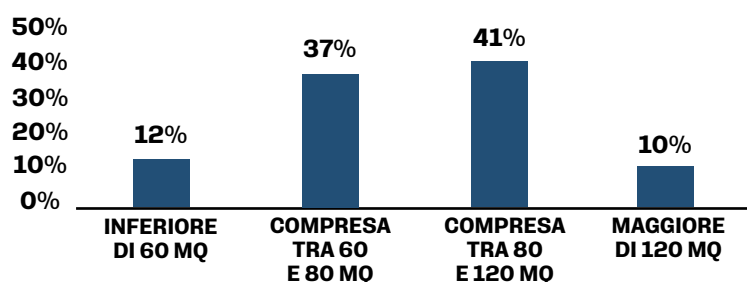
pianto allungato e open space-. La letteratura promuove gli open space poiché la riduzione del numero di partizioni e corridoi favorisce la flessibilità degli ambienti nonché la mobilità e il controllo dello spazio da parte degli utenti con segni di fragilità (van Hoof and Kort 2009; Marquardt et al. 2011; Bamzar 2018). Gli anziani intervistati, tuttavia, hanno accordato la minore preferenza a tale soluzione (Fig. 26).

Essi, inoltre, si sono espressi sulla composizione dell'abitazione in cui desidererebbero vivere. Oltre agli ambienti essenziali, gli intervistati hanno espresso un elevato gradimento per la presenza di (in ordine): terrazzo, bagno extra, giardino e un'ulteriore camera da letto (Tab.4). Questa rilevazione è perfettamente aderente alla metrica inclusa nell'indicatore di age-friendliness secondo cui il massimo punteggio viene accordato alle abitazioni dotate di uno spazio privato esterno. Gli spazi privati esterni, infatti, consentono ai residenti di stabilire una connessione con il contesto esterno promuovendo la socializzazione e l'interazione nella comunità (WHO 2007a; Homes and Communities Agency 2009; Brown et al. 2009; Burton, Mitchell, and Stride 2015; Morrison 2016; Levasseur et al. 2015; Sixsmith, Dahlin-ivanoff, and Sixsmith 2005). Tali spazi, per essere totalmente fruibili, devono rispondere a una serie di requisiti quali l'accessibilità, le dimensioni adeguate ad accogliere degli arredi (ad esempio delle sedie e un tavolino per poter svolgere delle attività outdoor), la protezione dalle condizioni atmosferiche e un adeguato livello di privacy (Homes and Communities Agency 2009; Burton, Mitchell, and Stride 2015; Marshall 2011; Ervet 2007). I giardini, in particolare, sono positivamente associati al benessere poiché l'esposizione alla luce naturale, il contatto con la natura e l'attività fisica legata al giardinaggio comportano grandi benefici per la salute fisica e mentale dei residenti.



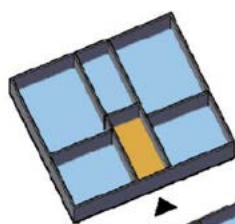


- NO, LA CASA È TROPPO GRANDE
- NO, LA CASA È TROPPO PICCOLA
- SI

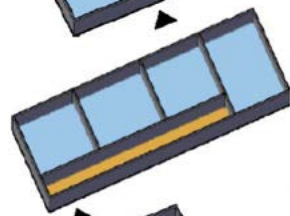


Figg. 25. Soddifazione per le dimensioni dell'abitazione e distribuzione delle risposte per dimensioni e numero di residenti.

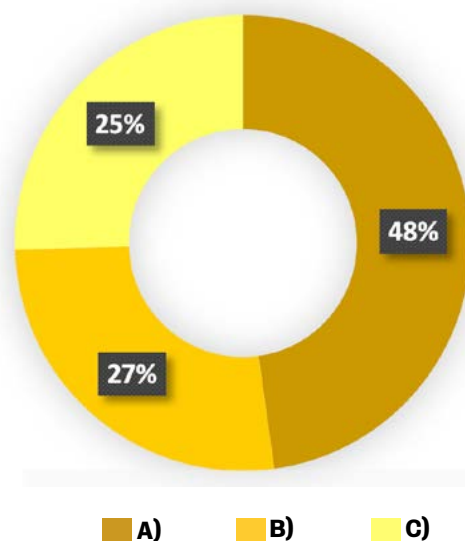
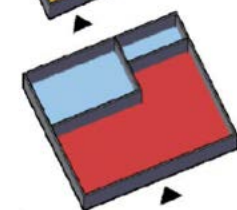
A) IMPIANTO CENTRALE



B) IMPIANTO ALLUNGATO



C) OPEN SPACE



Figg. 26. Preferenze del layout dell'abitazione.

Tab. 4 – Tipologia di ambienti che gli anziani desidererebbero avere nella propria abitazione (sono esclusi da tale valutazione il bagno principale, la cucina e la camera da letto principale).

Terrazzo	45,8%
Più di un bagno	41,8%
Giardino	41,3%
Più di una camera da letto matrimoniale	10,6%
Più di una camera da letto singola	7,9%

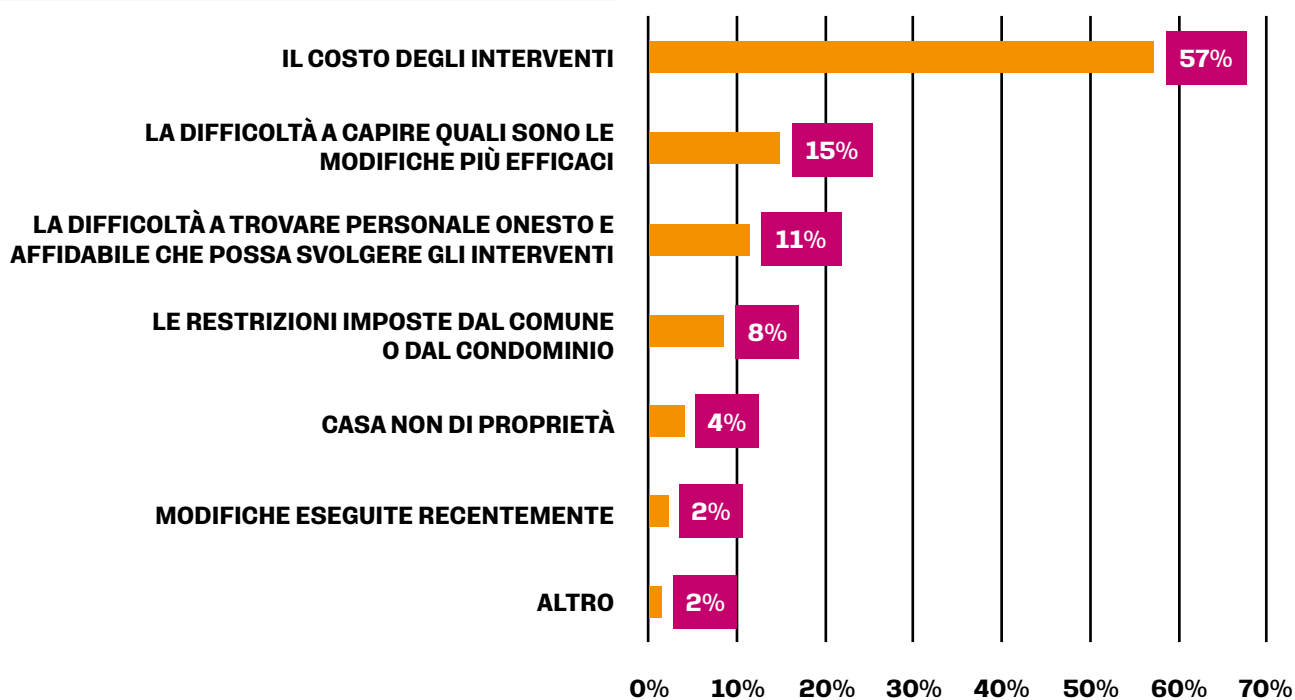
Modificabilità e manutenibilità: gli studi affermano l'importanza di modificare nel tempo la propria abitazione per adeguarla alle trasformazioni fisiche ed emotive che si verificano durante l'invecchiamento e che producono nuove aspettative nei confronti dell'ambiente di vita (Arup 2015). In questo senso, adeguare l'abitazione alle proprie esigenze rappresenta un'opportunità per colmare il gap tra barriere ambientali e capacità personali e per rendere possibile l'ageing in place (WHO 2007; Guzman, Viveiros, and Salomon 2017; Boldy et al. 2011; AARP 2010). Anche mantenere l'abitazione in buone condizioni è essenziale per rendere l'ambiente sicuro e confortevole (Boldy et al. 2011; AARP 2019; Fausset et al.

2011; Coleman, Kearns, and Wiles 2016; Begley and Lambie-Hanson 2015). La cura della casa deve essere attuata attraverso la manutenzione preventiva in cui le attività programmate vengono affiancate da quelle imprevedibili causate da eventi improvvisi (Fausset et al. 2011).

Tuttavia il 69% degli intervistati ha dichiarato di non aver modificato la propria abitazione mediante interventi di ristrutturazione o adeguamento (es. eliminazione delle barriere architettoniche, interventi sugli impianti, etc.) negli ultimi 10 anni e altresì elevata è la percentuale di coloro che ha affermato di non praticare manutenzione preventiva. Il principale responsabile di tali comportamenti è il costo degli interventi; seguono la difficoltà a individuare quali sono gli interventi necessari e quella di reclutare personale di fiducia (Figg.27, 28). L'indicatore di age-friendliness, pertanto, è stato costruito in modo da attribuire un punteggio minore alle abitazioni che richiedono interventi tecnicamente complessi per essere maggiormente accessibili (la complessità tecnica di un intervento è strettamente correlata al costo e alla richiesta di personale specializzato) e a quelle abitazioni in cui la manutenzione non viene svolta con regolarità.



OSTACOLI ALLA MODIFICA DELL'ABITAZIONE



OSTACOLI ALLA MANUTENZIONE DELL'ABITAZIONE

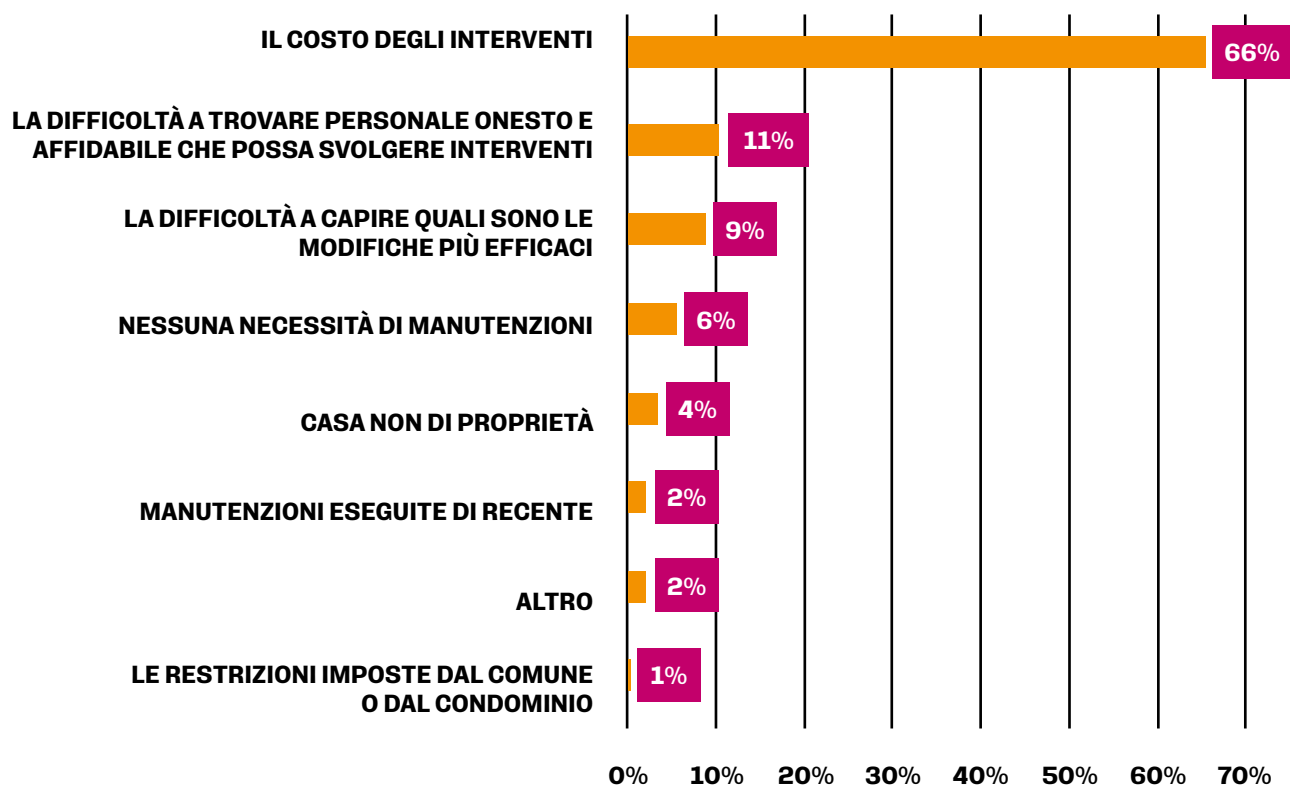


Fig. 27 -28. Principali ostacoli alla modifica dell'ambiente domestico e alla sua manutenzione.



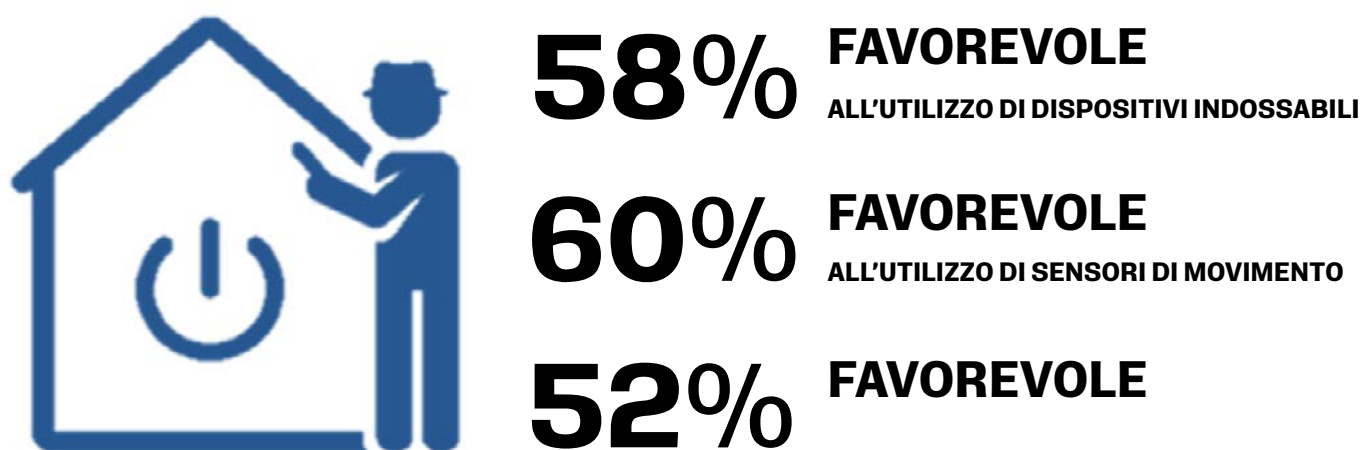
2.3. RISULTATI DOMANDE ESPLORATIVE

Le domande *esplorative* hanno affrontato due temi principali: la disponibilità degli intervistati ad accogliere la tecnologia come strumento di supporto per la gestione dell'abitazione e per il controllo dei propri parametri vitali e l'apertura verso altre forme abitative diverse dalla residenza privata.

In riferimento alla prima tematica, è stato chiesto ai rispondenti se si affiderebbero alla telemedicina per avere un consulto di un medico a distanza. I risultati sono molto interessanti poiché ben il 52% del campione ha dichiarato che si rivolgerebbe alla telemedicina, contro il 22% che non si è detto disposto a farlo e il 26% che non ha una precisa opinione a riguardo (e questo, probabilmente, anche a causa della scarsa informazione sulle opportunità offerte dai servizi sanitari digitali) (Fig.29). Anche i risultati sull'uso dei dispositivi indossabili per il monitoraggio delle condizioni di salute e sull'installazione di

sensori per il controllo dei movimenti e delle cadute sono incoraggianti. In entrambi i casi, infatti, la maggioranza dei rispondenti si è detta favorevole al loro utilizzo (Fig. 29). Se confrontati con l'abilità di utilizzare Internet, i dati dicono che al crescere della familiarità con la navigazione online è maggiore l'accordo espresso dagli anziani (Fig.30). Di contro, il 13% del campione ritiene che l'uso di dispositivi tecnologici può avere risvolti negativi sulla propria privacy: il controllo eccessivo delle proprie attività (40%), l'uso improprio di dati (9%) e la limitazione dell'indipendenza (7%) sono le principali minacce riportate dagli intervistati.

L'insieme di questi dati porta a ipotizzare che, se supportati da campagne di informazione e di educazione all'uso degli strumenti digitali, sempre più anziani saranno disposti ad accogliere nelle proprie abitazioni quei dispositivi che la ricerca sta mettendo a punto per rendere più sicura la loro vita.



Figg. 29. Disponibilità all'uso di strumenti tecnologici per il monitoraggio dello stato di salute e delle condizioni ambientali

OTTIMA	9,2%	16,9%	73,8%
BUONA	13,5%	19,1%	67,4%
SUFFICIENTE	18,9%	24,1%	57,0%
MOLTO SCARSA	26,5%	23,2%	50,3%
NULLA NON SO USARE INTERNET	29,4%	33,4%	37,2%
	NO	NON SAPREI	SI

Figg. 30. Predisposizione ad affidarsi agli strumenti digitali in relazione al grado di familiarità con internet

Negativo è, invece, il riscontro sulla disponibilità a condividere gli spazi abitativi. L'82% del campione ha affermato che non condividerebbe un'abitazione con altri; del residuo 18%, il 34% sarebbe disposto a convivere con altri anziani, il 18% con studenti e l'11% con persone straniere (Fig.31). Questo dato è particolarmente importante e mostra perchè le politiche abitative italiane fanno fatica a incentivare il *cohousing* che fa dell'abitare condiviso la forma vincente per supportare l'anzianità e contrastare l'isolamento sociale. Un'ulteriore conferma deriva dalla domanda

Fig. 31 - Percentuale di anziani contraria al cohousing.



**82%
CONTRARIO**

AL COHOUSING

DEL RESIDUO 18%, IL 34%
CONDIVIDEREBBE L'ABITAZIONE CON
ALTRI ANZIANI, IL 18% CON STUDENTI,
L'11% CON PERSONE STRANIERE.

sulla disponibilità a cambiare abitazione: il 63% del campione ha affermato che non cambierebbe casa e la gran parte di coloro che sono disposti a farlo andrebbero comunque in un'altra abitazione privata (Figg. 32, 33). Bassissima è la percentuale di intervistati che si trasferirebbe in una residenza collettiva e ancora più bassa è la percentuale di coloro che andrebbero in una casa di riposo (Fig.33).

I motivi principali per cui gli intervistati cambierebbero abitazione sono attribuiti ai costi, alla solitudine e alla lontananza dai servizi essenziali (Fig.34).

Fig. 32 - Percentuale di anziani contraria a cambiare abitazione.



**63%
CONTRARIO**

AL CAMBIO CASA

SECONDO I FAVOREVOLI (30%), LE
SOLUZIONI PREFERITE SONO UN
ALTRO ALLOGGIO PRIVATO E UN ALTRO
ALLOGGIO PRIVATO IN EDIFICIO A
GESTIONE COLLETTIVA. SOLO IL 4%
SI TRASFERIREBBE IN UNA CASA DI
RIPOSO. I MOTIVI PRINCIPALI DELLA
RICOLLOCAZIONE SONO I COSTI
DELL'ABITAZIONE, LA SOLITUDINE E LA
LONTANANZA DAI SERVIZI ESSENZIALI.

PREFERENZE PER LA RICOLLOCAZIONE



Fig. 33 – Preferenze per la ricollocazione.

MOTIVAZIONI CHE SUPPORTANO LA SCELTA DI CAMBIARE ABITAZIONE

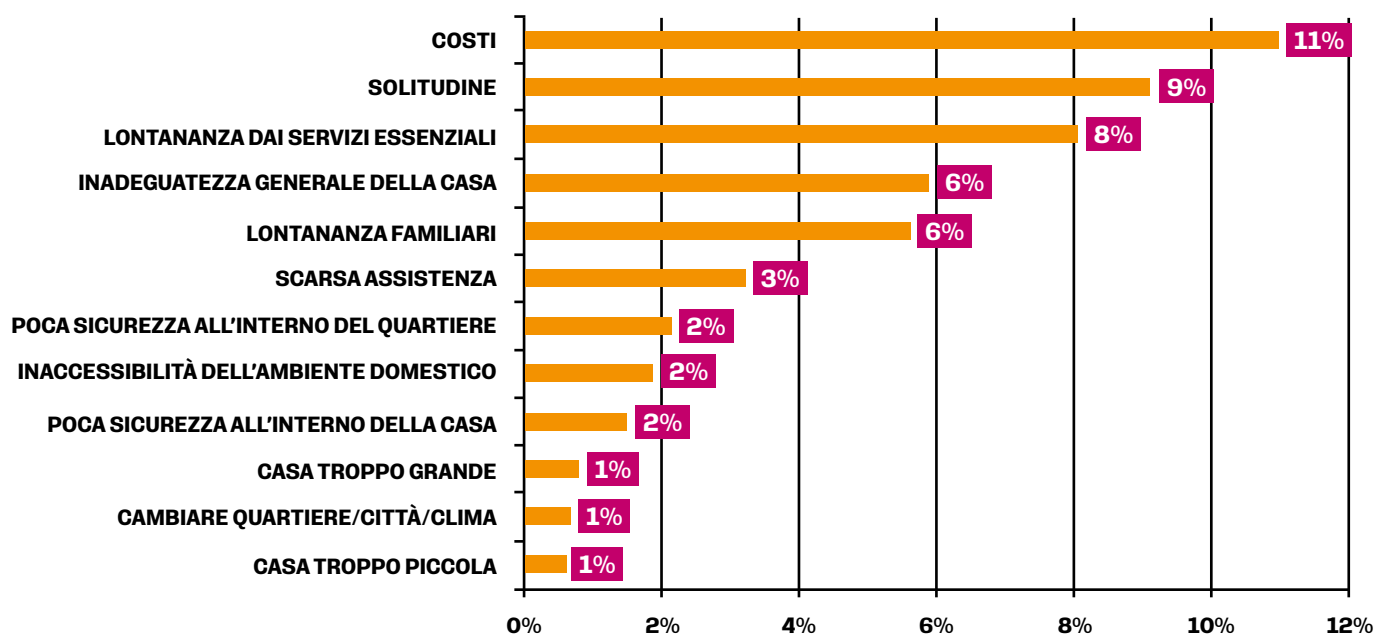


Fig. 34 – Principali motivazioni per cui gli anziani cambierebbero casa.



2.4. RISULTATI DOMANDE DI IMPORTANZA

Le domande *di importanza* hanno rilevato, per ciascuno dei 73 indici che compongono l'indicatore e che corrispondono a specifiche caratteristiche/prestazioni dell'abitazione age-friendly, il grado di importanza attribuito dagli intervistati. Questo ha consentito di includere il parere degli anziani nella valutazione, implementando la significatività dei risultati dell'indicatore.

Il giudizio espresso dagli anziani sulla base della scala Likert a cinque punte (da "per niente importante" a "estremamente importante") è stato convertito in un punteggio variabile da 1 a 5. L'analisi ha sterilizzato le risposte di tipo "Non so"/"Non saprei", la cui consistenza si è attestata mediamente intorno al 2%. Il caso di omessa risposta, invece, non si è mai verificato poiché con la somministrazione online è stata implementata una procedura automatica di controllo che ha reso obbligatoria la replica a ogni quesito. La

media dei punteggi, calcolata rispetto alle 1118 risposte al questionario, ha consentito di ottenere il peso, variabile da 1 a 5, di ciascun indice.

I pesi maggiori (maggiori di 4) corrispondenti ai requisiti dell'abitazione ritenuti molto importanti dagli anziani sono: *vicinanza dell'abitazione alle strutture sanitarie; vicinanza dell'abitazione ai servizi essenziali (banca, posta, etc.); sicurezza della casa dall'intrusione di estranei; presenza di adeguati sistemi di riscaldamento, condizionamento e illuminazione; dimensione dell'abitazione; tipologia di ambienti presenti; layout; accessibilità; semplicità degli interventi per rendere accessibili i percorsi di accesso all'abitazione, il bagno, la camera da letto, la cucina e le abitazioni multilivello; facilità nel compiere la manutenzione quotidiana e periodica.*

La tabella riepilogativa completa è disponibile nell'elaborato di tesi. Per visionarla, si prega di inviare una mail a: adriana.luciano@unina.it.



E. Hopper - Sole-mattina - 1952

3. FOCUS: LA SCORECARD

Tutta la struttura dell'indicatore confluisce nella Scorecard che si configura quale strumento di supporto nella valutazione dell'age-friendliness di un'abitazione (Fig. 35).

Le schede che compongono il foglio di calcolo riportano, per ciascuno degli otto domini dell'indicatore, le relative metriche e i livelli qualitativi in cui sono state strutturate (generalmente 5). Compito di chi effettua la valutazione è quello di compilare le schede attraverso la rilevazione delle specifiche caratteristiche dell'ambiente domestico comprese nell'indicatore. A tale scopo, in ciascuna delle otto schede relative ai sub-indicatori sono riportati i **quesiti** (ovvero gli elementi/performance di interesse per la valutazione) e i set di **risposte** (ovvero le metriche) oltre ad alcune informazioni sul **contesto**

del quesito che servono per approfondire i contenuti e le modalità di rilevazione (Fig. 36). A ciascuna risposta corrisponde un punteggio generalmente del tipo a cinque punte (1-2-3-4-5), ma anche del tipo a tre punte (1-3-5) o del tipo on-off (1-5). I punteggi vengono automaticamente pesati attraverso i sistemi di ponderazione ottenuti con l'analisi delle risposte al questionario e al Budget Allocation. Al termine della rilevazione, quindi, la scorecard restituisce nove punteggi di cui otto riferiti ai sub-indicatori e uno di sintesi finale (Fig.37). In relazione ai punteggi ottenuti, vengono individuati gli ambiti prioritari di intervento in un'ottica di ottimizzazione delle risorse economiche. Per monitorare gli effetti degli interventi o per valutare l'impatto causato dalla variazione delle condizioni abitative, la misurazione deve essere ripetuta nel tempo (Fig.38).



Fig. 35 - Copertina della Scorecard.



3.1 - Strutture Sanitarie	CONTESTO DEL QUESITO
QUESITO	Vicinanza dell'abitazione, espressa in termini di tempo necessario a raggiungere a piedi un servizio
Per raggiungere il servizio è necessario:	
RISPOSTA	MOTIVAZIONE (facoltativa)
<input checked="" type="radio"/> 1. Camminare: per più di 20 min (1 km) <input type="radio"/> 2. Camminare: tra 10 e 20 min (500 m - 1 km) percorrendo una strada pericolosa (attraversamenti pericolosi, fondo sconnesso) e poco accessibile (marciapiedi stretti, assenza di rampe, illuminazione scarsa, assenza di aree di riposo) <input type="radio"/> 3. Camminare: meno di 10 min (500 m) percorrendo una strada pericolosa (attraversamenti pericolosi, fondo sconnesso) e poco accessibile (marciapiedi stretti, assenza di rampe, illuminazione scarsa, assenza di aree di riposo etc; attraversamenti sicuri) <input type="radio"/> 4. Camminare: tra 10 e 20 min (500 m - 1 km) e il percorso è confortevole (presenza di marciapiedi ampi e ben tenuti, presenza di rampe, sedute lungo il percorso, strade illuminate, attraversamenti sicuri) <input type="radio"/> 5. Camminare: meno di 10 min (500 m) e il percorso è confortevole (presenza di marciapiedi ben tenuti, sedute lungo il percorso, strade illuminate, sicurezza degli attraversamenti caribili)	

AGE FRIENDLINESS 57,8 / 100



2- RILEVAZIONE CARATTERISTICHE AMBIENTE DOMESTICO
 La rilevazione consiste nel confrontare le caratteristiche dell'ambiente domestico coi livelli qualitativi descritti nelle metriche, individuando il punteggio corrispondente.

4- DEFINIZIONE DELLE PRIORIETÀ DI INTERVENTO
 In relazione ai punteggi totalizzati in ciascun dominio dell'indicatore, vengono individuate le aree prioritarie di intervento.



1- ORGANIZZAZIONE SOPRALLUOGO
 In caso di valutazione di un'abitazione esistente, deve essere organizzato un sopralluogo. In caso di una nuova realizzazione (o di riqualificazione), la valutazione si basa sui grafici progettuali.

3- DETERMINAZIONE DEL LIVELLO DI AGE-FRIENDLINESS DELL'ABITAZIONE
 La Scorecard restituisce il livello della qualità abitativa totale e parziale (per ciascun subindicatore).

5- MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ ABITATIVA NEL TEMPO
 La qualità abitativa deve essere monitorata al variare delle condizioni al contorno.

Fig. 38 - Fasi per l'utilizzo della Scorecard.

4. CONCLUSIONI

Questa ricerca è il presupposto sul quale impostare successivi studi volti a migliorare le condizioni abitative dei residenti anziani. Promuovere contesti abitativi che rispondano agli obiettivi dell'invecchiamento attivo è una fase fondamentale del processo di valorizza-

zione dell'anzianità che non deve essere considerata come il *"tratto terminale e declinante del ciclo di vita"* bensì come *"una fase con contenuti e finalità proprie, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità"* (GENSIS 2015).



E. Hopper - Cap. Cod morning - 1959

RINGRAZIAMENTI

Grazie alle associazioni per il supporto e grazie soprattutto a Claudio Falasca per la sensibilità e lo spirito di collaborazione: lui è la dimostrazione che la ricerca appartiene a tutti coloro che vogliono contribuire al miglioramento!

Grazie ai centri Auser per aver supportato la mia ricerca e ai volontari che hanno messo a disposizione ore preziose del loro tempo per somministrare il

questionario. Infine, grazie a tutti coloro che hanno deciso di partecipare al questionario...senza di voi non avrei conseguito questo importante risultato! Per chiunque volesse avere ulteriori informazioni sulla ricerca o volesse visionare altro materiale (questionario, struttura completa dell'indicatore, dati, etc.) può scrivere all'indirizzo: adriana.luciano@unina.it.



“ Very little is known about the ways older people are changing and consequently little is known about what they do in their everyday lives. We will not come to understand these things by treating older people as a different species to be observed and documented: we must recognise that older people will be us in a few years’ time. As designer we are designing our own future.”

“Si conosce molto poco sul modo in cui gli anziani stanno cambiando e, di conseguenza, sappiamo poco su come vivono la loro vita quotidiana. Non arriveremo a comprendere queste cose trattando gli anziani come una specie diversa da osservare e documentare: quello che dobbiamo fare è riconoscere che anche noi saremo anziani tra qualche anno. Come progettisti stiamo progettando il nostro stesso futuro.”


(R. Coleman, The Challenge of Age, 2004)

BIBLIOGRAFIA

- AARP. 2008. "Increasing Home Access : Designing for Visitability." Washington, D.C.
- AARP. 2010. "Home Modifications to Promote Independent Living." Washington, D.C.
- AARP. 2018. "2018 HOME AND COMMUNITY PREFERENCES SURVEY: A NATIONAL SURVEY OF ADULTS AGE 18- PLUS." <https://doi.org/10.26419/RES.00231.001>.
- AARP. 2019. "Here to Stay : Home Upkeep for All." Washington, D.C.
- Ahrentzen, Sherry, Elif Tural, Sherry Ahrentzen, and Elif Tural. 2015. "The Role of Building Design and Interiors in Ageing Actively at Home The Role of Building Design and Interiors in Ageing Actively at Home." *Building Research & Information* 0 (0): 1–20. <https://doi.org/10.1080/09613218.2015.1056336>.
- Arup. 2015. "Shaping Ageing Cities: 10 European Case Studies." London.
- Bamzar, Roya. 2018. *Assessing the Quality of the Indoor Environment of Senior Housing for a Better Mobility : A Swedish Case Study Assessing the Quality of the Indoor Environment of Senior. Journal of Housing and the Built Environment*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/s10901-018-9623-4>.
- Begley, Jaclene, and Lauren Lambie-Hanson. 2015. "The Home Maintenance and Improvement Behaviors of Older Adults in Boston." *Housing Policy Debate* 25 (4): 754–81. <https://doi.org/10.1080/10511482.2015.1004097>.
- Boldy, Duncan, Linda Grenade, Gill Lewin, Elizabeth Karol, and Elissa Burton. 2011. "Older People's Decisions Regarding 'Ageing in Place': A Western Australian Case Study." *Australasian Journal on Ageing* 30 (3): 136–42. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00469.x>.
- Brookfield, Katherine, Claire Fitzsimons, Iain Scott, Gillian Mead, John Starr, Neil Thin, Anthea Tinker, et al. 2015. "The Home as Enabler of More Active Lifestyles among Older People The Home as Enabler of More Active Lifestyles among Older People." *Building Research & Information* 0 (0): 1–15. <https://doi.org/10.1080/09613218.2015.1045702>.
- CENSIS. 2015. "MODELLI DI RISPOSTA TOP STANDARD AI BISOGNI DI TUTELA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI."
- Chan, Sewin, and Ingrid Gould Ellen. 2017. "Housing for an Aging Population." *Housing Policy Debate* 27 (2): 167–92. <https://doi.org/10.1080/10511482.2016.1184696>.
- Cocco, Francesco, and Raimondo Pibiri. 2016. "Residenze Sociali Con Servizi per Anziani. Il Modello Della 'Vivienda Dotacional' Del Comune Di Barcellona." In *Innovare Il Welfare. Percorsi Di Trasformazione in Italia e in Europa*. Milano.
- Coleman, Tara, Robin A Kearns, and Janine Wiles. 2016. "Older Adults' Experiences of Home Maintenance Issues and Opportunities to Maintain Ageing in Place." *Housing Studies* 31 (8): 964–83. <https://doi.org/10.1080/02673037.2016.1164834>.
- Cress, M Elaine, Stefania Orini, and Laura Kinsler. 2011. "Living Environment and Mobility of Older Adults." *Gerontology* 57: 287–94. <https://doi.org/10.1159/000322195>.
- Eriksen, Michael D, Nadia Greenhalgh-Stanley, and Gary V Engelhardt. 2015. "Home Safety, Accessibility, and Elderly Health: Evidence from Falls." *JOURNAL OF URBAN ECONOMICS* 87: 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.jue.2015.02.003>.
- Ervet. 2007. "Guidelines for the Planning of Houses for Senior Citizens." https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/1-32_E.pdf.
- Falasca, Claudio. 2015. "2° Rapporto Sulle Condizioni Abitative Degli Anziani in Italia Che Vivono in Case Di Proprietà."
- Falasca, Claudio. 2018. *Problemi e Prospettive Sulla Domiciliarietà. Il Diritto Di Invecchiare a Casa Propria*. LiberEtà. Roma.
- Fausset, Cara Bailey, Andrew J Kelly, Wendy A Rogers, and Arthur D Fisk. 2011. "Challenges to Aging in Place : Understanding Home Maintenance Difficulties." *Journal of Housing For the Elderly* 25 (2): 125–41. <https://doi.org/10.1080/02763893.2011.571105>.
- Granbom, Marianne, Björn Slaug, Charlotte Lofqvist, Frank Oswald, and Susanne Iwarsson. 2016. "Community Relocation in Very Old Age : Changes in Housing Accessibility." *American Journal of Occupational Therapy* 70: 1–9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016147> Marianne.
- Guzman, Shannon, Janet Viveiros, and Emily Salomon. 2017. "Housing Policy Solutions to Support Aging with Options." Washington, D.C.
- Hoof, J van, and H S M Kort. 2009. "Supportive Living Environments." *Dementia* 8 (2): 293–316. <https://doi.org/10.1177/1471301209103276>.



- ISTAT. 2019. "Tendenze Demografiche e Percorsi Di Vita."
- James, Bev, and Kay Saville-Smith. 2012. "Tools for Good Homes for Ageing in Place." In *6th Australasian Housing Researchers' Conference*. Adelaide, South Australia.
- Kamin, Stefan T, Anja Beyer, and Frieder R Lang. 2016. "Outdoor Motivation Moderates the Effects of Accessibility on Mobility in Old Age," no. November 2014: 372–78. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0946-4>.
- Kerbler, Bostjan. 2014. "AN INNOVATIVE BUILT ENVIRONMENT FORM FOR DWELLINGS FOR THE ELDERLY." *METU JOURNAL OF THE FACULTY OF ARCHITECTURE* 31 (1): 119–37. <https://doi.org/10.4305/METU.JFA.2014.1.6>.
- Leung, Mei-yung. 2015. "Impact of Indoor Facilities Management on the Quality of Life of the Elderly in Public Housing" 34 (9): 564–79. <https://doi.org/10.1108/F-06-2015-0044>.
- Löfqvist, Charlotte, and Signe Tomsone. 2017. "Changes in Home and Health over Nine Years among Very Old People in Latvia – Results from the ENABLE-AGE Project." *J Cross Cult Gerontol* 32: 17–29. <https://doi.org/10.1007/s10823-016-9311-3>.
- Lui, Chi-wai, Jo-anne Everingham, Jeni Warburton, and Michael Cuthill. 2009. "What Makes a Community Age-Friendly : A Review of International Literature." *Australasian Journal on Ageing* 28 (3): 116–21. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x>.
- Lux, Martin, and Petr Sunega. 2014. "The Impact of Housing Tenure in Supporting Ageing in Place: Exploring the Links between Housing Systems and Housing Options for the Elderly." *International Journal of Housing Policy* 14 (1): 30–55. <https://doi.org/10.1080/14616718.2014.884880>.
- Marquardt, Gesine, Deirdre Johnston, Betty S Black, Ann Morrison, Adam Rosenblatt, Constantine G Lyketsos, and Quincy M Samus. 2011. "Association of the Spatial Layout of the Home and ADL Abilities Among Older Adults With Dementia." *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 26 (1): 51–57. <https://doi.org/10.1177/1533317510387584>. Association.
- OECD. 2011. "How's Life? Measuring Well-Being." <https://doi.org/10.1787/9789264121164-en>.
- Oswald, Frank, Daniela Jopp, Christoph Rott, and Hans-werner Wahl. 2018. "Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction ?" 51 (2): 238–50. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq096>.
- Passi d'Argento. 2013. "Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi Delle Aziende Sanitarie per La Salute in Italia): Verso Un Sistema Nazionale Di Sorveglianza Della Popolazione Ultra64enne." Roma.
- Pekkonen, Maria, Mari Turunen, Ulla Haverinen-shaughnessy, Maria Pekkonen, Mari Turunen, and Ulla Haverinen-shaughnessy. 2017. "Housing Quality Perceptions in Finland : The Elderly Population Housing Quality Perceptions in Finland : The Elderly Population." *Building Research & Information*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/09613218.2017.1314116>.
- Petersson, Ingela, Anders Kottorp, Jakob Bergstro, and Margareta Lilja. 2014. "Longitudinal Changes in Everyday Life after Home Modifications for People Aging with Disabilities." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 16: 78–87. <https://doi.org/10.1080/11038120802409747>.
- SIGG. 2018. "Manuale Di Competenze in Geriatria." Società Italiana Di Gerontologia e Geriatria. 2018. https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-9_IA-DL-e-ADL-valutazione-degli-organi-di-senso-la-disabilita-e-il-recupero.pdf.
- Sixsmith, J, A Sixsmith, A Malmgren Fänge, D Naumann, C Kucsera, S Tomsone, M Haak, S Dahlin-ivanoff, and R Woolrych. 2014. "Healthy Ageing and Home : The Perspectives of Very Old People in Five European Countries." *Social Science & Medicine* 106: 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.006>.
- Smith, Stanley K, Stefan Rayer, Eleanor Smith, Zhen-glian Wang, Yi Zeng, Stanley K Smith, Stefan Rayer, et al. 2012. "Population Aging , Disability and Housing Accessibility : Implications for Sub-National Areas in the United States Population Aging , Disability and Housing Accessibility : Implications for Sub-National Areas in the United States" 3037. <https://doi.org/10.1080/02673037.2012.649468>.
- Tomsone, Signe, Vibeke Horstmann, Frank Oswald, and Susanne Iwarsson. 2013. "Aspects of Housing and Perceived Health among ADL Independent and ADL Dependent Groups of Older People in Three National Samples." *Ageing Clinical and Experimental Research* 25: 317–28. <https://doi.org/10.1007/s40520-013-0050-9>.
- UN. 2019. "Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing." *Second World Assembly on Ageing*. Vol. 53. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- WHO. 2002. "Active Ageing. A Policy Framework." Geneva.

- 
- WHO. 2007. "Global Age-Friendly Cities: A Guide." *Community Health*, 77. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf.
 - WHO. 2011. "Global Health and Aging." 11–7737.
 - WHO. 2015. "World Report on Ageing and Health."
 - WHO. 2018. *WHO Housing and Health Guidelines*. Geneva.
 - Wiles, Janine L., Annette Leibing, Nancy Guberman, Jeanne Reeve, and Ruth E.S. Allen. 2012. "The Meaning of 'Aging in Place' to Older People." *Gerontologist* 52 (3): 357–66. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>.
 - Yen, Irene H, and Lynda A Anderson. 2012. "Built Environment and Mobility of Older Adults: Important Policy and Practice Efforts." *Journal of the American Geriatrics Society* 60 (5): 951–956. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03949.x>.





E. Hopper - Second Story - Sunlight - 1960

Governo e istituzioni

Via libera dalla Conferenza Stato-Regioni al nuovo Piano pandemico

Individuate quattro fasi pandemiche e per ognuna dettate le cose da predisporre e fare. E la mascherina e le altre misure preventive per il Covid si consigliano anche durante le pandemie da virus influenzali. Il Piano dovrà essere aggiornato ogni 3 anni ma dei ritocchi potranno essere fatti anche prima su richiesta delle Regioni. Confermata la scomparsa l'indicazione agli operatori sulla selezione dei pazienti in caso di carenza di risorse anche se resta il richiamo etico al problema. "Durante una emergenza infettiva di sanità pubblica - sottolinea il Piano - sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione".

Tutte cose che l'OMS definisce come readiness ovvero "la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella preparedness".

La preparedness alle pandemie è più efficace se si basa su principi generali che guidano la pianificazione della preparazione a qualsiasi minaccia per la salute pubblica.

In particolare:

- per quanto possibile, la preparazione alle pandemie dovrebbe mirare a rafforzare i sistemi esistenti piuttosto che a svilup-

parne di nuovi, in particolare le componenti dei sistemi nazionali di prevenzione e controllo dell'influenza stagionale;

- i nuovi sistemi che saranno implementati durante una pandemia dovrebbero essere testati durante il periodo inter pandemico;

- devono essere stanziati risorse adeguate relativamente a tutti gli aspetti della preparazione e della risposta alla pandemia;

- la risposta alla pandemia richiede lo sviluppo di piani di continuità operativa che coinvolgano tutti gli altri settori che potrebbero essere colpiti da una pandemia.

- la risposta a una pandemia deve essere basata su evidenze, se disponibili, e commisurata alla minaccia, in conformità con il RSI. La pianificazione dovrebbe essere basata su pandemie di diversa gravità, mentre la risposta si basa sulla situazione reale determinata dalle valutazioni dei rischi nazionali e globali.

Fonte: Quotidiano Sanità

Barriere architettoniche, ok 110%

"L'estensione del 110% anche per gli interventi volti ad abbattere le barriere architettoniche e favorire la mobilità delle persone a partire da anziani over 65 e disabili motori, oltre 14 milioni di persone potenzialmente interessate, è una buona notizia.

Viene accolta la proposta che come Fillea e Spi, i sindacati degli edili e dei pensionati della Cgil, avevamo lanciato insieme a Legambiente, Auser, Abitare Anziani, Nuove RI-Generazioni, il 12 novembre scorso a Governo e Maggioranza".

Così in una nota Alessandro Genovesi, segretario generale di Fillea Cgil, che prosegue "la proroga degli incentivi però fino a giugno 2022 pur andando nella direzione giusta è ancora insufficiente. Una parte delle risorse del Piano Nazionale per la Ripresa, dovranno servire per portare l'incentivo fino al 2023. Leggeremo meglio nei prossimi giorni le nuove norme. Per intanto riconosciamo al Parlamento di aver assunto una questione di giustizia e benessere lanciata dal sindacato ed in particolare un plauso a quelle forze politiche come il PD, Leu e M5S che l'avevano da subito sostenuta".

Fonte: Fillea Cgil

Piano nazionale demenze, finalmente il finanziamento

«È con estrema soddisfazione che accogliamo la notizia dell'approvazione del finanziamento del Piano Nazionale Demenze: da molti anni la Federazione Alzheimer Italia si batte con forza per questo risultato e oggi non possiamo che essere orgogliosi. Un grande piacere che condividiamo con un milione e 200mila famiglie italiane che vivono a contatto



con la demenza e affrontano con dignità questa situazione: è per loro che ogni giorno lavoriamo ed è a loro che è dedicata questa vittoria. La cifra stanziata rappresenta solo il primo passo per poter dare il via a interventi concreti». Con queste parole Gabriella Salvini Porro, presidente della Federazione Alzheimer Italia, esprime la soddisfazione nell'apprendere che la Commissione Bilancio della Camera ha approvato un emendamento alla legge di bilancio 2021 che prevede un finanziamento di 15 milioni in 3 anni per il Piano Nazionale Demenze. L'emendamento inserito nella bozza di legge di bilancio, firmato da Angela Iano, ha preso spunto dal disegno di legge della senatrice Barbara Guidolin, scritto con la collaborazione della Federazione Alzheimer Italia. Si tratta di un passo avanti decisivo nella tutela dei diritti delle persone con demenza e dei loro familiari e nel miglioramento della loro qualità di vita: obiettivo per cui la Federazione Alzheimer Italia si impegna da oltre 25 anni. Ora il testo della legge di bilancio arriverà alla Camera e poi al Senato per ricevere l'approvazione definitiva.

Fonte: Vita

Recovery Fund. Sanità digitale, Case della Salute e valorizzazione del personale. Ecco le priorità per le Regioni sul tema della salute

Potenziamento della sanità digitale, rafforzamento della medicina territoriale con la creazione di più Case della Salute e ospedali di comunità. Ma non solo, valorizzazione del personale, ammodernamento degli ospedali, investimenti in ricerca e integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali e ambientali. Sono questi i capisaldi per la sanità messi nero su bianco dalle Regioni riguardo ai fondi del NextGeneration Eu.

Le priorità per la sanità:
Rafforzamento della resilienza e tempestività di risposta del sistema ospedaliero
Potenziamento ed ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico. Interventi per la messa in sicurezza delle strutture (sismica, antincendio) per migliorare l'efficienza e la sicurezza delle strutture, di assicurarne la prossimità e la capacità di rispondere alle esigenze sanitarie, perseguendo l'efficientamento energetico e il rispetto ambientale,

Sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica

Realizzazione infrastrutture e sostegno alla ricerca in ambito sanitario allo scopo di sviluppare il sistema di ricerca e innovazione in sanità.

Digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione

- Potenziamento del percorso di digitalizzazione finalizzato alla realizzazione di una sanità di prossimità attraverso piani di cura personalizzati e cure a distanza (telemedicina)
- Sviluppo ed implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Digitalizzazione dei servizi al cittadino in ambito sanitario al

fine di potenziare ed innovare l'offerta. Creazione di Piattaforme digitali e Sistemi ICT a supporto del governo dei sistemi sanitari.

Rafforzamento della prossimità delle strutture del SSN
Sviluppo e completamento della rete dei servizi territoriali e delle residenzialità post acuzie (Case della Salute, Ospedali di comunità, ambulatori infermieristici, ...). Creazione di poli sanitari attrezzati in aree montane

Integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali e ambientali

- Incremento e qualificazione della dotazione di posti residenziali e semiresidenziali sociosanitari per ottimizzare e rendere più sicura la risposta ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione
- Rafforzamento dell'integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali attraverso l'individuazione di nuovi modelli assistenziali a supporto dell'utenza fragile. Azioni per l'economia circolare e per una mobilità sostenibile nel servizio sanitario.

Valorizzazione delle politiche per il personale sanitario
Migliorare la gestione delle risorse umane

Fonte: Quotidiano Sanità

650mila persone hanno bisogno di un alloggio stabile

In Italia ci sono "650mila persone che hanno necessità di trovare un alloggio stabile", e per questo "nella legge di Bi-

lancio abbiamo inserito 850 milioni da fondi non spesi in un decennio per l'edilizia residenziale pubblica nelle città sopra i 60mila abitanti con maggiore stress abitativo". Paola De Micheli, ministra per le Infrastrutture e i Trasporti, lo dice partecipando al panel 'Territori sostenibili per il rilancio del Paese' nell'ambito della XXVII Assemblea Anci 'L'Italia al passo dei sindaci', evento online.

"Poi c'è il piano di rinascita urbana", prosegue De Micheli, e "l'Anci è il luogo ideale per promuovere questa misura" che ruota "attorno al recupero di immobili già esistenti per l'edilizia residenziale pubblica". Il governo, quindi, finanziando "con le Regioni, e anche il cofinanziamento dei privati, chiede alle città di trovare progetti che riqualifichino interi quartieri e pezzi di città", spiega.

Nell'assegnazione dei fondi, prosegue la ministra, "il punteggio più elevato" sarà assegnato "se si investirà anche sulla digitalizzazione, su modelli di accessibilità qualitativa migliore nelle aree urbane", in quella "periferia non geografica ma sociale della città", con stimolo ad attività "culturali e sportive", ad esempio, che "aumentano la qualità della vita".

Fonte: Redattore Sociale



Organizzazioni sociali e volontariato

Vaccini: Sindacati, è strage degli anziani. Fate presto

“Bisogna fare presto perché stiamo assistendo ad una vera e propria strage degli anziani nel nostro paese, che rischia di acuirsi ulteriormente nelle prossime settimane per i ritardi nella messa in opera del piano vaccinale.

Dobbiamo dircelo con grande chiarezza e franchezza. Ogni giorno, ora o minuto perso ha una diretta e drammatica conseguenza in termini di vite umane, in particolare nella categoria anagrafica degli over60 dove da inizio pandemia si concentra il 95,6% dei decessi”.

A lanciare l'allarme sono i Segretari generali dei Sindacati dei pensionati Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp-Uil Ivan Pedretti, Piero Ragazzini e Carmelo Barbagallo.

“Non si tratta – continuano i Segretari – solo di voler uscire rapidamente da questa situazione per tornare alla normalità ma di lottare contro il tempo per salvare la vita dei nostri anziani. Ci appelliamo per questo con forza a tutte le autorità competenti perché facciano tutto il necessario e perché portino il nostro paese fuori dall'emergenza in tempi rapidi. Ulteriori ritardi non sono più accettabili e bisogna lavorare ventre a terra per recuperare in fretta quelli già accumulati”.

Fonte: Spi-Cgil

“Tutti hanno diritti alla protezione da Covid 19: nessun profitto sulla pandemia”, una campagna europea a cui ha aderito Auser

E' una campagna ICE: Iniziativa dei Cittadini Europei, ed è promossa da autorevoli personalità di vari Paesi europei; per l'Italia la CGIL, con Cisl e Uil, è componente del comitato promotore nazionale. Obiettivo è la raccolta di 1 milione di firme online (per l'Italia 180mila). Raggiunto tale obiettivo il contenuto della petizione, autorizzata dalla Commissione Europea, è esaminata dalla stessa Commissione che sugli obiettivi dell'iniziativa proposta ha il potere di proporre un atto giuridico dell'Unione ai fini dell'attuazione dei trattati destinato a tutelare e migliorare la salute pubblica.

La petizione si può firmare al link <https://eci.ec.europa.eu/O15/public/#/screen/home> dove basta scegliere la nazionalità e compilare il breve e semplice modulo di adesione (numero documento di identità, nome e cognome).

Fonte: Auser

Un welfare che tuteli la vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie

«La riforma del sistema del welfare, da attuare a partire dalle

risorse messe a disposizione dal Recovery Fund e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il programma di investimenti che l'Italia deve presentare alla Commissione Europea nell'ambito del Next Generation EU, lo strumento per rispondere alla crisi pandemica provocata dal Covid-19»: è questa la sfida lanciata al Governo dal Consiglio Nazionale della FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap), tenutosi nei giorni scorsi, con grande partecipazione, che ha portato alla condivisione di un ampio documento presentato dalla Giunta e dalla Presidenza della Federazione stessa.

Per vincere quella sfida, si legge in tale documento, «occorrerà da parte delle Istituzioni una volontà specifica nel costruire azioni che impatteranno sulla vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie, avviando iniziative e assumendo decisioni che dovranno avere su di loro una ricaduta immediata».

Pertanto, sottolineano dalla FISH, «nell'ottica del mainstreaming, ovvero della partecipazione attiva delle persone con disabilità alla definizione trasversale di tutte le politiche che riguardano la comunità di cui esse sono parte, continueremo a partecipare ai principali organismi e tavoli istituzionali di confronto, per garantire che le scelte che investono direttamente le

vite delle persone con disabilità vengano effettuate con la piena partecipazione dei destinatari di queste misure».

Fonte: Superando

Anziani, un “vaccino contro la solitudine”: l’appello di Uneba

C’è il Covid, ma c’è anche la solitudine: se per il primo è arrivato il vaccino, anche per la seconda occorre trovare al più presto un rimedio. E’ quello che Uneba chiama il “vaccino contro la solitudine”, nell’appello in cui chiede che, per ogni anziano vaccinato, sia al più presto vaccinato anche uno dei suoi familiari. Come spiega Franco Massi, presidente di Uneba nazionale. “il vaccino contro il Covid 19 è fondamentale per gli anziani e le persone fragili accolte in Rsa e altre strutture residenziali per disabili, e applaudiamo la scelta di dare loro priorità nella somministrazione. Una scelta che può davvero fare la differenza tra la vita e la morte. Ma che non è sufficiente a rimediare all’altra ferita che questi mesi di pandemia hanno inferto ai nostri anziani: quella della solitudine. Perché se da un lato limitare le visite e i contatti con l’esterno ha limitato la diffusione del virus, è però anche vero che ha ridotto moltissimo le

opportunità di relazione. A soffrire altrettanto fortemente questa limitazione agli incontri sono stati anche figlie e figli, fratelli e sorelle, nipotini degli anziani e delle anziane delle Rsa”.

E’ a partire da questa considerazione e dalle tante storie raccontate e non raccontate in questi mesi, che Uneba chiede “che per ogni anziano vaccinato, sia vaccinato al più presto un familiare”.

Fonte: Redattore Sociale

Casa, i sindacati: emergenza sfratti, serve proroga di almeno sei mesi

“Nella legge di bilancio e nel decreto Ristori in discussione in Parlamento, e’ nel farraginoso e accidentato percorso degli emendamenti, non c’è traccia di una norma di sospensione ulteriore delle esecuzioni degli sfratti e delle procedure immobiliari, oltre la imminente scadenza del 31 dicembre”. Così in una nota congiunta le sigle sindacali di Sunia, Sicut, Uniat, Unione Inquilini.

“Questo- spiegano- significherebbe un sostanziale via libera agli sfratti dal 1 gennaio per famiglie ed esercizi commerciali, nonché alle esecuzioni forzate dei provvedimenti a seguito del mancato pagamento delle rate del mutuo per

la prima casa. L’assenza di una indispensabile norma di proroga è del tutto grave e incomprensibile anche alla luce degli intendimenti emersi durante la discussione del Def e degli impegni assunti dal governo in quanto significherebbe gettare benzina sul fuoco del dilagante disagio sociale. In assenza di risorse e politiche stabili e strutturali per la casa, a partire da un massiccio piano organico e strutturale per l’aumento degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, e nel bel mezzo di una pandemia che non accenna ad allentare la sua tragica presa sul paese, la ripresa delle esecuzioni degli sfratti sarebbe un colpo durissimo per la tenuta sociale e incrinerebbe ulteriormente la già debole fiducia dei cittadini e dei piccoli e medi operatori economici nei confronti delle istituzioni. Va considerato peraltro che la ripresa delle esecuzioni degli sfratti metterebbe a dura prova i Comuni che non potranno affrontare con adeguati servizi sociali questa nuova emergenza e, più in generale, le strutture di assistenza pubbliche e del privato sociale che ordinariamente intervengono per la prima tutela dei nuclei familiari sfrattati, soprattutto in presenza di minori, anziani o condizioni di precarietà economica e sociale”.

Fonte: Agenzia Dire



Osservatorio internazionale

Il Piano d'azione europeo per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027

La Commissione Europea ha presentato a fine novembre il Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027.

Si tratta di un documento inteso a fungere da orientamento delle politiche e da connettore di risorse, offrendo una panoramica del possibile utilizzo e valorizzazione dei diversi fondi europei che possono essere utilizzati per affrontare le barriere nell'accesso all'istruzione, all'occupazione, all'assistenza sanitaria e all'alloggio che oggi ostacolano la partecipazione e l'inclusione nella società europea delle persone provenienti da un contesto migratorio. In quanto piano d'azione non ha valore vincolante anche perché, a differenza dei flussi irregolari e dell'asilo, la migrazione regolare è di competenza nazionale. Il documento infatti punta molto sul ruolo che possono svolgere i paesi ospitanti, e in particolare le comunità locali dove concretamente vengono agiti ed attuati i programmi di integrazione.

Il Piano sottolinea che solo attraverso una fattiva politica europea di integrazione ed inclusione e una buona gestione delle politiche in materia di migrazione e asilo, sia possibile promuovere la coesione sociale e un'economia dinamica che funzioni per tutti, fondamentale in un mo-

mento così difficile.

Il piano innanzitutto riconosce l'importante contributo offerto dai migranti e dai cittadini dell'UE con background migratorio alla società e all'economia europea. La crisi Covid-19 ha reso ancora più evidente il loro contributo. Molti hanno contribuito a far fronte alla crisi come lavoratori nei servizi essenziali, medici e infermieri. Allo stesso tempo, sono tra i più esposti alla pandemia. L'UE avrà bisogno del contributo di tutti per la ripresa e la resilienza delle nostre economie all'indomani dell'emergenza Covid-19". Il Piano dunque considera che l'azione a favore dell'integrazione e dell'inclusione non sia solo un dovere morale in linea con i valori fondamentali dell'UE, ma anche un imperativo di ordine economico.

Specularmente, l'altro principio cardine è che l'integrazione inclusiva richiede impegno da parte sia delle persone da integrare, sia della comunità ospitante.

Il Piano sottolinea l'importanza di mettere a fuoco azioni mirate e su misura a seconda degli specifici ostacoli e barriere all'integrazione derivanti dal genere, la religione o una situazione di disabilità.

Il Piano si occupa non solo dei nuovi arrivati ma anche dei cittadini dei Paesi terzi da tempo presenti in Europa, e dei cittadini dell'Unione europea di seconda generazione. Per questo propo-

ne azioni specifiche per i diversi momenti e le diverse fasi del processo d'integrazione: misure precedenti la partenza, misure specificamente dedicate alla fase di accoglienza volte a favorire una integrazione rapida, e misure rivolte all'integrazione a lungo termine volte alla costruzione di società inclusive e coese.

Il Piano punta dunque a promuovere l'"Inclusione per tutti" che significa garantire che tutte le politiche implementate nei paesi Europei siano accessibili e funzionino per tutti, compresi i migranti e i cittadini con una storia migratoria. A tal fine propone di lavorare all'adattamento "delle politiche generali alle esigenze di una società diversificata, trasformandole e tenendo conto delle sfide e dei bisogni specifici dei diversi gruppi.

Fonte: Welforum

Il Parlamento europeo promuove il diritto ad un alloggio adeguato a prezzi sostenibili

Il Parlamento europeo ha approvato con 352 sì, 179 no e 152 astensioni una risoluzione che impegna i paesi membri a garantire l'accesso ad un alloggio dignitoso e a prezzi accessibili e a prevenire il fenomeno dei senzatetto. Marie Linder, presidente dell'Unione internazionale degli inquilini (IUT), nonché dell'Unio-

ne svedese degli inquilini, ha accolto con favore il voto in quanto inverte la tendenza della politica europea sulle questioni abitative. "Il Parlamento europeo è ora all'avanguardia nella realizzazione dei profondi e attesi cambiamenti del mercato immobiliare", è il commento della presidente dello IUT che aggiunge: "Mentre i governi nazionali credono ancora che il mercato risolverà tutti i problemi abitativi, il Parlamento europeo alza la red card, ferma la speculazione e supera le barriere agli investimenti per l'housing sociale. L'edilizia abitativa è la voce di spesa più alta per i cittadini europei. Il 38% delle famiglie a rischio di povertà spende più del 40% del reddito disponibile per l'alloggio mentre si stima che nell'Europa post pandemia 156 milioni di persone saranno a rischio di povertà".

Fonte: Siset

Decennio per l'invecchiamento sano, l'impegno di Auser

L'Oms presenta e dà il via al decennio 2021-2030 dell'Invecchiamento in Buona Salute, con un evento online "Decade of Healthy Aging 2021-2030" (Decennio per l'Invecchiamento Sano), con uno studio mondiale sulle condizioni di invecchiamento e buone pratiche cui hanno contribuito 100 differenti organizzazioni, con 350 studi di caso in 55 paesi in tutto il mondo. Fra questi anche l'Auser, indicata come un attore attivo nella costruzione di ambienti che favoriscano l'invecchiamento in buone condizioni di salute, valorizzando le competenze delle

persone di ogni età e fornendo assistenza concreta al fine di soddisfare alcuni dei bisogni primari legati al sopraggiungere dell'età anziana.

"Lo studio ci aiuta a focalizzare quanto (e quanto poco!) sappiamo delle persone anziane e delle loro reali priorità, sottolinea il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'etiopio Tedros Adhanom Ghebreyesus. L'obiettivo di questo Decennio dell'Invecchiamento in Buona Salute è contribuire a fornire risposte concrete in un approccio olistico basato sia sulla cura e tutela delle persone anziane sia sulla costruzione di ambienti accoglienti che ne favoriscano la partecipazione in società eque e inclusive".

"Ciò che si sta constatando - si legge in una nota - è la necessità di disporre di molti più dati in forma disaggregata, con spaccati per precise fasce di età, che aiutino a ricostruire ed articolare una visione condivisa di invecchiamento in salute, e che diano la possibilità di confrontare le situazioni di differenti paesi, individuando dove si trovino attualmente e quali miglioramenti possono aspettarsi nei prossimi 10 anni. Lo studio ha evidenziato i progressi fatti nei diversi paesi, secondo 10 indicatori utili a inquadrare la tematica, mostrando al tempo stesso come tali sforzi non siano però omogenei e come la velocità dei processi di miglioramento non sia sufficiente in relazione alle sfide che vengono poste alle nostre società dagli attuali tassi di invecchiamento".

Fonte: Redattore Sociale

In Ue oltre 700 mila senza dimora: la casa, "diritto umano"

La casa è un "diritto umano fondamentale" e l'"housing first" una misura che aiuta a ridurre il fenomeno dei senza dimora. Lo precisa il Parlamento europeo che ha approvato una serie di linee guida di contrasto, con una risoluzione non legislativa adottata con 647 voti favorevoli, 13 contrari e 32 astensioni. Chiede un'azione più forte da parte della Commissione e dei Paesi Ue per porre fine al fenomeno nell'Ue entro il 2030.

In Europa sono oltre 700 mila le persone che ogni notte si ritrovano senza un riparo, un numero che negli ultimi 10 anni è aumentato del 70%. Tuttavia secondo la stima della Fondazione Abbé Pierre e Feantsa, contenuta nel quinto rapporto sull'esclusione abitativa in Europa (luglio 2020) durante la crisi sanitaria il numero dei senza dimora "è diminuito drasticamente grazie alle misure di emergenza per fornire riparo ai più vulnerabili prese da tutti i paesi europei". Le organizzazioni hanno dimostrato che, "mobilitando meno del 3% dei sussidi previsti dal budget del Piano di ripresa post-Covid, l'Unione europea e gli Stati membri sono in grado di ricollocare immediatamente tutti i senzatetto in tutta Europa in condizioni dignitose per un anno intero".

Quello dei senza dimora, ricorda il Pe, è una delle forme più gravi di povertà e chiede che la Commissione europea sostenga i Paesi Ue, migliori il monitoraggio, continui a fornire finanziamenti e presentare un quadro europeo per le strategie nazionali.

Fonte: Redattore Sociale



Osservatorio dell'innovazione

Nasce nel tempo del Covid il primo tg a misura di anziani

Salute, benessere, stili di vita, informazioni utili, e ovviamente tanta attualità sui temi più rilevanti di questo tempo segnato dalla pandemia: tutto questo e molto altro in Senior News, il primo tg a misura di senior. Nato da Senior Italia FederAnziani, il format spazia dai temi della salute a quelli del sociale, dell'economia, delle nuove tecnologie, fino alla cultura e al tempo libero, con un linguaggio semplice, viaggiando sul social network più frequentato dagli over 65 (Facebook), su Youtube, attraverso la rete virtuale dei centri anziani, divenuta, in questi mesi di lockdown, più attiva che mai. Insomma un tg interamente dedicato agli over 65 e ai loro bisogni, in rete tutti i giorni dal lunedì al venerdì, alle 14.30, sul web. Con un'attenzione particolare a tutte le criticità legate alla condizione della pandemia, che è poi proprio il contesto in cui nei mesi scorsi è stato pensato e lanciato il suo format. Quindi grande spazio all'informazione utile, consigli su come affrontare le specifiche difficoltà di questo momento, aggiornamento puntuale su temi critici quali l'andamento della pandemia e, soprattutto, delle vaccinazioni. Accanto a queste rubriche di carattere pratico, come l'appuntamento con la cucina, e poi ancora la rubrica

per la digital inclusion, utile per imparare per esempio ad usare le app, e ancora i consigli sulla salute sessuale dei senior.

Fonte: Redattore Sociale

Cure digitali per raggiungere un anziano su dieci a casa

La «casa digitale come prima luogo di cura». Si chiama così uno dei capitoli principali del piano a cui lavora il Ministero della Salute che guarda ai fondi europei del Recovery fund (o del Mes) per finanziare la messa in sicurezza del Servizio sanitario nazionale dopo lo tsunami del Covid che dopo la prima violenta ondata ora potrebbe tornare a colpire la nostra Sanità.

Un terremoto che ha messo a nudo quello che è il fianco scoperto del Ssn: le cure a casa, mancate durante i mesi dell'emergenza quando si aspettavano i malati di coronavirus in ospedale invece di trattarli ai primi sintomi del virus.

Una lezione importante di cui si proverà a fare tesoro con le risorse che si spera arriveranno nei prossimi mesi dall'Europa. Da qui il progetto ambizioso del ministro Speranza: quello di far diventare l'Italia il primo Paese europeo nell'assistenza domiciliare capace di curare un over 65 su dieci a casa (oggi si assistono non più del 4% degli anziani).

Un addio parziale all'ospedale contenuta nelle bozze del piano messo a punto dai tecnici del ministero della Salute che sarà possibile investendo 5 miliardi in cinque anni sulle «cure territoriali digitali» creando «presidi a degenza temporanea» e strutture come le «Case di comunità» - l'idea è averne una ogni 50mila abitanti - dove equipe formate da medici di famiglia, infermieri e altri specialisti forniranno le cure per i primi bisogni della cronicità. Ma la vera rivoluzione sarà quella appunto di provare a trasformare il domicilio di anziani e pazienti cronici in una «casa digitale» in grado di diventare il «primo luogo di cura»: un progetto che secondo le bozze del piano del ministero vale almeno 2,5 miliardi in 5 anni che scommette sulla «riorganizzazione e la gestione dei servizi di cure domiciliari integrate - si legge nella scheda sulla casa digitale - attraverso l'utilizzo delle tecnologie digitali ed, in particolare, delle opportunità offerte dall'intelligenza artificiale e dall'evoluzione della rete che consente l'acquisizione di dati da sensori in maniera capillare, la telepresenza di presidi medici virtuali e la movimentazione di dati tra registri remoti».

In pratica una vera e propria svolta digitale dove la telemedicina potrebbe fare la parte del leone entrando a casa degli italiani.

Fonte: Il Sole 24 Ore



Indagini, studi, ricerche

“Negli ultimi 10 anni perdita di strutture, posti letto e personale nel Ssn”. Lo studio della Fondazione The Bridge

Una forte diminuzione delle strutture di ricovero tra il 2007 e il 2017, sia pubbliche (-22%) che private (-11%), la riduzione complessiva di posti letto ospedalieri (-35.797) nello stesso periodo e un continuo calo degli investimenti da parte dello Stato nel Servizio Sanitario nazionale. Questi alcuni dati che emergono dallo studio realizzato dalla Fondazione The Bridge sulle politiche sanitarie nazionali e l'impatto sulle Regioni.

L'analisi evidenzia come nel nostro Paese si è passati dai 12 posti letto per 1000 abitanti nel 1969 ai 3,5 attuali. Inoltre, il valore del finanziamento ordinario dello Stato al Ssn in rapporto al Pil dal 2010 è in continuo calo, con una percentuale di spesa sanitaria prevista per il 2021 intorno al 6,3%, rispetto al 6,8% del 2014. Un dato allarmante, soprattutto se raffrontato ad altri Paesi Europei come Francia e Germania, dove l'investimento di fondi pubblici destinati alla sanità supera i 2.850 euro pro-capite a fronte dei soli 1.844 euro dell'Italia (fonte Istat 2016).

Fonte: Quotidiano Sanità

Salute. Cresce la povertà sanitaria in Italia, +2,3%

Oltre 1,6 milioni di famiglie han-

no rinunciato a curarsi per motivi economici. Sono stati ben 314 mila, in un solo anno, i “viaggi della speranza” del Sud che hanno generato bilanci in rosso per oltre 1,2 miliardi di euro. Emilia-Romagna e Trentino-Alto Adige sono i sistemi sanitari più in salute del paese. Il presidente di Demoskopika, Raffaele Rio: «Regioni e Governo approfittano delle ingenti risorse finanziarie del dispositivo Next Generation EU della maggiore flessibilità della programmazione 2021-2027 per ridurre il disequilibrio dell'offerta sanitaria italiana».

Fonte: demoskopika.eu

Perché investire nella long term care

L'Italia ha il più alto rapporto di popolazione oltre i 65 anni sul totale della popolazione in Europa. Sebbene cresca la quota degli over 65 in buona salute, il problema della non autosufficienza (in inglese long term care, abbreviato Ltc, ndr) viene progressivamente spostato in avanti. L'assistenza alle persone non autosufficienti rappresenta una voce importante nei bilanci pubblici e in quelli delle famiglie. Invecchiare in salute è non solo un obiettivo fondamentale della qualità della vita, ma rappresenta anche un buon investimento dal punto di vista economico. Il piano nazionale per la ripresa e la resilienza proposto dal governo do-

vrebbe articolarsi anche intorno a questa consapevolezza.

La divisione del lavoro nel sistema italiano di Ltc rientra ancora in quello che era stato definito il “modello mediterraneo” di cura, centrato sostanzialmente sulla famiglia, che supervisiona spesso il lavoro di assistenza di una “badante”, con il supporto pubblico consistente in modo prevalente di trasferimenti monetari. Il ricorso alla cura residenziale viene spesso riservato alla fase di maggiore morbilità, con la conseguenza che è mutata nel tempo la popolazione delle residenze, cui spettano sempre di più compiti sanitari, più che assistenziali.

Nonostante l'urgenza crescente del bisogno, non ci sono stati cambiamenti notevoli in questo modello. Secondo il sociologo Cristiano Gori, le politiche per gli anziani non autosufficienti hanno raggiunto in Italia il massimo livello di espansione nel decennio 2000-2010, quando si sono avute risposte a livello locale alla crescente domanda, con un ampliamento dell'utenza nelle diverse tipologie di interventi. Tuttavia la crisi ha invertito la tendenza, lasciando cadere ogni iniziativa di riforma a livello centrale.

La differenza fra l'organizzazione del sistema italiano - combinato con l'evolversi delle caratteristiche demografiche, sanitarie e sociali (struttura della famiglia,



occupazione femminile, ecc.) – e gli altri sistemi europei è ben illustrata da due dati: il diverso peso dei lavoratori domestici e dei lavoratori nei servizi dell'assistenza in Italia sul totale europeo (con l'avvertenza che i dati riguardano solo i lavoratori regolari) (tabella 1) e il ruolo svolto dalla cura residenziale (figura 1). In Italia le strutture residenziali accolgono meno della metà degli anziani presenti in analoghe strutture di altri paesi avanzati. [1] Uno studio del Politecnico (citato in Arlotti e Ranci, 2020), documenta tre tendenze degli ultimi anni: una spiccata sanitarizzazione – aumenta notevolmente la quota di residenze ad alta intensità sanitaria; una fragilizzazione progressiva dei ricoverati – la quota dei ricoverati over 80 aumenta, così come quella dei soggetti non autosufficienti; un processo di privatizzazione delle strutture che sta riducendo il peso del settore pubblico – a fronte della perdita complessiva di circa 25.000 posti letto nelle strutture pubbliche si verifica un aumento di circa 20.000 posti letto nelle strutture private.

Tra le ragioni della privatizzazione gioca un ruolo importante una presunta maggiore efficienza gestionale e, in particolare, l'opportunità di ridurre i costi delle strutture. La privatizzazione consente infatti, funzionalmente, una riduzione dei costi perché al personale – che rappresenta la variabile principale di costo – si applicano contratti di lavoro meno onerosi e meno tutelati rispetto a quelli applicati dagli enti pubblici.

Fonte: In Genere

Divisa e dominata dalla paura: l'Italia del Covid secondo il Censis

Un Paese dove aumenta il divario tra poveri e ricchi, dove non si fanno più figli, dove la didattica a distanza ha aumentato il gap tra studenti e dove l'ansia e la paura sono i sentimenti predominanti. È il quadro che emerge dal rapporto Censis 2020 pubblicato oggi.

Secondo l'indagine, ben il 79,8% degli italiani è favorevole ad aumentare o almeno a non allentare le restrizioni in vista delle feste di Natale. Secondo la maggioranza degli intervistati, a pandemia conclusa, ne usciremo tutt'altro che migliori. Lo sostiene infatti il 44,8% di loro, mentre per il 20,5% questa esperienza ci renderà migliori. Quindi la paura del covid: il 57,8% degli italiani, rivela l'indagine, "è disposto a rinunciare alle libertà personali in nome della tutela della salute collettiva, lasciando al Governo le decisioni su quando e come uscire di casa".

Secondo il rapporto inoltre, si allarga la forbice tra poveri e ricchi: a fronte del 22% di cittadini che vive in famiglie che percepiscono un sussidio di emergenza, ammontano al 3% gli adulti che vantano un patrimonio che supera il milione. Di questi, 40 sono miliardari e sono aumentati sia in termini numerici che patrimoniali durante la prima ondata dell'epidemia. Rispetto al dicembre 2019, nel giugno 2020 la liquidità delle famiglie ha registrato un incremento di ben 41,6 miliardi di euro (+3,9% in 6 mesi) e ora supera i 1.000 miliardi. In parallelo sono crollate le azioni (-6,8%), obbligazioni

(-4,6%) e i fondi comuni (-5%). Per quel che riguarda la didattica a distanza, tale strumento "ha di fatto ampliato il gap di apprendimento tra gli studenti" per il 74,8% dei dirigenti scolastici. Infine, la natalità: "Nel 2019 i nati in Italia sono stati 420.170, 148.687 in meno rispetto al 2009, il 26,1% in meno. Gli italiani- spiega il Censis- fanno sempre meno figli".

Fonte: Redattore Sociale

Spesa sanitaria. Tra pubblica e privata Italia sempre sotto la media Ue. I numeri di Eurostat

In media nell'UE, la spesa sanitaria pubblica e privata è stata pari al 9,9% del PIL nel 2018. Tra gli Stati membri dell'UE, le quote maggiori sono state registrate in Germania (11,5% del PIL) e Francia (11,3%), seguite dalla Svezia (10,9%). L'Italia è con il suo 8,7% sotto la media e si colloca al 12° posto.

Al contrario, le quote più basse della spesa sanitaria sono state registrate in Lussemburgo (5,3% del PIL) e Romania (5,6%).

Per quanto riguarda la spesa pro capite, la spesa sanitaria è stata la più alta tra gli Stati membri dell'UE in Danimarca (5 260 euro per abitante), Lussemburgo (5220 euro) e Svezia (5 040 euro) nel 2018, mentre era più bassa in Romania (580 euro) e Bulgaria (590 euro). Anche in questo caso l'Italia con i suoi 2.534 euro pro capite si colloca al di sotto della media europea di 2.982 euro.

Fonte: Quotidiano Sanità



TESSERAMENTO 2021

CON NOI, PER UN FUTURO DI SOLIDARIETÀ.



La cittadinanza non ha età

www.auser.it

