

ISTITUTO
DI DIRITTO,
POLITICA E
SVILUPPO



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

SERVIZI E OPPORTUNITÀ PER GLI ANZIANI A LIVORNO

Rapporto di ricerca

Progetto realizzato con il contributo di



Progetto “Servizi e opportunità per gli anziani a Livorno”

Direzione scientifica Prof. Emanuele Rossi.

Testo a cura di Elena Innocenti.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione:

Per il comune di Livorno

Laura Dinelli, Arianna Guarnieri, Cristina Luschi, Stella Savi, Caterina Tocchini.

Per la Azienda Usl Toscana Nord Ovest – Distretto livornese

Laura Adorni Pallini, Milli Caschili

Tutte le associazioni e gli enti che hanno partecipato alla rilevazione.

Maggio 2020

Indice

Presentazione	p.	5
1. Il quadro di riferimento	»	7
1.1. Indicazioni internazionali	»	7
1.2. Le indicazioni dell'Unione Europea	»	10
1.3. Il recepimento in sede nazionale e regionale	»	13
2. I dati di contesto	»	18
2.1. Aspetti generali	»	18
2.2. Il profilo della popolazione anziana livornese	»	21
3. Il piano di ricerca, le fasi e gli strumenti	»	33
4. I Servizi e le opportunità istituzionali	»	40
4.1. Mobilità e trasporto urbano	»	41
4.2. Attività culturali	»	43
4.3. Servizi sociosanitari	»	45
5. I Servizi e le opportunità del terzo settore e della società civile	»	56
5.1. Il ruolo degli anziani nelle organizzazioni rispondenti	»	56
5.2. Le attività realizzate	»	66
5.3. Le risorse e le fonti di finanziamento	»	68
5.4. I beneficiari	»	69
Conclusioni	»	71

Presentazione

La ricerca “Servizi e opportunità per gli anziani a Livorno” è stata occasione per promuovere una effettiva conoscenza e messa in rete dei servizi e interventi per gli anziani a Livorno, realizzati da soggetti istituzionali e del privato sociale. Tale approfondimento vuole fornire a decisori istituzionali, attori sociali, cittadini, una rappresentazione utile a orientare, per le rispettive competenze e sensibilità, azioni e interventi per il futuro.

L’attività è stata realizzata tra il luglio 2019 e il marzo 2020, interrompendosi forzatamente nella sua parte finale a causa dell’insorgere dell’emergenza sanitaria che sta ancora insistendo nel nostro paese. Nella stesura del rapporto finale è così cambiato completamente il contesto in cui si vanno a collocare i risultati. Se in sede progettuale questa iniziativa doveva essere un momento di ricognizione delle attività e delle risorse disponibili, nella situazione attuale il rapporto diventa un’occasione per leggere in prospettiva futura le risorse e opportunità esistenti prima dell’emergenza sanitaria in funzione del “dopo”.

La fotografia rappresentata in questo report e la mappa degli interlocutori che risulta dal coinvolgimento diretto di istituzioni e organizzazioni sociali che hanno risposto all’invito della Fondazione Livorno può costituire la road map per pensare al dopo emergenza e al ruolo che la Fondazione bancaria e gli altri attori sociali della città possono avere in questa fase.

Nel promuovere questa iniziativa, Fondazione Livorno ha infatti dato luogo a un’interessante applicazione della funzione propria delle fondazioni bancarie, come sancita nel Preambolo della Carta delle Fondazioni, adottata da ACRI del 2012:

Le Fondazioni svolgono la loro attività nell’esclusivo interesse generale delle comunità di riferimento e rispondono del loro operato, interpretando le esigenze e corrispondendo alle istanze del proprio territorio, in maniera imparziale e con uno spirito di collaborazione con i soggetti espressione delle realtà locali, nel rispetto del principio di sussidiarietà orizzontale (come declinato dall’art. 118, comma 4, della Costituzione), quali organismi in grado di esprimere capacità programmatiche e progettuali a favore della crescita culturale, sociale ed economica dei territori di riferimento. In tal senso, svolgono una funzione di catalizzatore delle risorse, delle politiche e delle competenze presenti sul territorio su specifiche problematiche di interesse comune, stimolando direttamente o attraverso la promozione di partnership, processi di innovazione e sviluppo nei settori di intervento.

La progettazione e la realizzazione della ricerca sono state condotte dall’Istituto Dirpolis della Scuola Sant’Anna di Pisa in coerenza con i principi e le finalità sopra richiamate, cercando la massima valorizzazione e coinvolgimento del tessuto sociale e istituzionale della città, in una dimensione di collaborazione “circolare”: società civile e istituzioni sono state infatti fonti fondamentali per la conoscenza e l’approfondimento dell’oggetto dell’indagine, ma sono anche i principali destinatari dei risultati che il lavoro di ricerca ha prodotto, descritti nelle pagine di questo rapporto.

La conoscenza è infatti il primo passaggio per realizzare le condizioni idonee all’invecchiamento attivo, espressione coniata in sede internazionale per fare riferimento al più ampio processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, al fine di migliorare la qualità della vita delle persone anziane, abbracciando quindi tutti gli ambiti di vita degli individui e della società.

Queste sfide interrogano profondamente chi amministra, in termini di promozione di città a misura di anziano, ma anche più in generale in termini di perseguimento di obiettivi di sviluppo sostenibile.

Come si legge nel recente rapporto pubblicato da Istat (Istat 2019¹), «Alla popolazione che vive, lavora o transita nelle città va garantito accesso alla mobilità e qualità degli alloggi, sicurezza, sia in termini di adeguatezza strutturale di edifici e infrastrutture pubbliche e private, sia con riferimento alla tutela da forme di criminalità predatoria, violenze o molestie. Alle fasce più deboli e più vulnerabili (persone con disabilità, anziani, bambini, le fasce più povere di popolazione) va assicurata eguale garanzia di accesso e fruibilità dei servizi».

L'accesso ai servizi, agli spazi pubblici e privati è accesso alle opportunità. Come evidenziato anche in sede OMS² «la vera sfida consiste nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessarie, da un lato per il suo benessere e dall'altro per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo».

Nel dibattito scientifico è molto sottolineata l'importanza di sviluppare politiche per l'indipendenza, la salute e la protezione, promuovere capacità e autonomia economica delle persone anziane. La crisi economica e le politiche recessive stanno riducendo le risposte di welfare. Alcune conseguenze riguardano le condizioni di vita degli anziani ed è quindi necessario identificare le barriere che si oppongono al miglioramento della salute in età anziana.

È cioè necessario guardare alle soluzioni possibili e alle risorse di solidarietà e di impegno sociale disponibili nelle comunità locali, che possono essere meglio valorizzate. Occorre intervenire non solo attraverso politiche sanitarie di carattere preventivo e promozionale, ma anche attivare tutti i determinanti extra sanitari di salute. Tra questi, la situazione sociale, il reddito, la mobilità, la partecipazione civica sono fattori che incidono sostanzialmente sullo stato di salute e sull'autonomia delle persone anziane.

Il rapporto è composto da una sezione introduttiva (il quadro di riferimento) che dà conto del quadro internazionale ed europeo di riferimento in tema di invecchiamento attivo e di politiche pubbliche orientate alla promozione dell'autonomia e della tutela delle persone anziane. Si tratta di un complesso di atti di indirizzo, di fonti normative di soft law, di studi e report che costituiscono la «cassetta degli attrezzi» necessaria a declinare gli ambiti di studio e gli strumenti di indagine più adeguati per perseguire gli obiettivi della ricerca e organizzarne le azioni di dettaglio.

Segue la sezione di approfondimento relativa al contesto locale, ovvero i dati e le fonti informative ufficiali relative alla città di Livorno e alla popolazione anziana ivi residente: vi è presentata una selezione di indicatori rappresentativi delle diverse componenti dello stato di salute e benessere che incidono sulla configurazione delle condizioni e dei determinanti che possono facilitare o ostacolare processi di invecchiamento attivo.

La terza sezione presenta invece il piano di ricerca sul campo, realizzato coinvolgendo le istituzioni locali più rappresentative negli ambiti di intervento pubblico che hanno maggiore impatto sulle condizioni di vita della popolazione anziana e le organizzazioni attive sul territorio.

Le due sezioni successive riportano i risultati degli approfondimenti realizzati con le istituzioni e con le organizzazioni della società civile che hanno offerto la loro disponibilità di tempo e di conoscenze: alle persone che hanno collaborato, partecipando alle interviste, agli approfondimenti in loco e a distanza, va il ringraziamento di tutto il gruppo di ricerca.

Una ultima sezione approfondisce i punti di forza e le criticità che l'indagine ha messo in luce, così da offrire una lettura ragionata delle opportunità esistenti e degli spazi di miglioramento possibili per rendere la città di Livorno una città ancora più accogliente, vivibile e inclusiva, per tutte le età della vita.

¹ Istat, Rapporto SDGS 2019. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia, Roma, 2019.

² World Health Organization (WHO), *Global Age-friendly Cities*, 2007.

1. Il quadro di riferimento

1.1. Indicazioni internazionali

La considerazione degli anziani come soggetti destinatari di particolari forme di protezione a livello internazionale, è un'acquisizione relativamente recente. Il primo atto internazionale che ha ad oggetto il tema della tutela degli anziani è il Piano di Azione del 1982 adottato a Vienna in occasione della prima Assemblea mondiale sul problema dell'invecchiamento della popolazione organizzata dall'ONU. In quella sede viene per la prima volta affermato che i diritti fondamentali e inalienabili della Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo si applicano pienamente e senza limiti alle persone anziane, e si impegnano gli stati a porre in essere azioni per garantire una adeguata qualità della vita delle persone anziane.

In particolare il Piano vuole promuovere “un programma internazionale di azione per garantire alle persone anziane la sicurezza sul piano economico e sociale e per offrire loro la possibilità di contribuire allo sviluppo nazionale” (Ministero del Lavoro 1982, Assemblea mondiale sull'invecchiamento. Documentazione. Istituto poligrafico Zecca dello Stato, Roma). Le raccomandazioni contenute nel Piano contengono elementi che risultano ancora estremamente attuali e di interesse: si sottolinea infatti la dimensione fisiologica dell'invecchiamento, come stagione della vita in cui la persona comunque partecipa alla vita economica e sociale del proprio paese; si raccomanda la realizzazione di politiche di promozione e di tutela a favore della popolazione anziana in tutti gli ambiti delle politiche pubbliche (salute e alimentazione, casa e ambiente, lavoro e formazione, protezione sociale); si valorizza l'apporto della società civile alle realizzazioni dei programmi promossi dalle diverse autorità nazionali, regionali, locali.

I documenti internazionali successivi sviluppano i contenuti del Piano. Con la risoluzione n. 46 del 1991 vengono riconosciuti i Principi dell'ONU per le persone anziane, tra i quali sono compresi:

la garanzia dell'accesso a cibo, acqua, alloggio, abbigliamento adeguati, la realizzazione di servizi sociali e di assistenza sanitaria adeguati alle esigenze della popolazione, la disponibilità di reddito, il sostegno familiare e comunitario;

l'attuazione di politiche e interventi che permettano agli anziani di vivere in ambienti sicuri e adattabili al cambiamento delle loro capacità, di poter contribuire allo sviluppo e alla formazione delle giovani generazioni, prestare opera volontaria in servizi comunitari adeguati alle loro competenze e ai loro interessi;

godere del rispetto della loro dignità, delle loro convinzioni religiose, della loro privacy e del diritto di prendere decisioni circa la propria salute e la propria sicurezza, liberi dallo sfruttamento, da ogni abuso fisico o mentale, da ogni discriminazione, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalla razza o dall'etnia, dall'invalidità o dalle condizioni economiche.

Dopo aver promosso, nel 1999, l'Anno Internazionale delle Persone Anziane, le Nazioni Unite articolano progressivamente il progetto internazionale di “una società per tutte le età”. In coerenza con questa impostazione, nel 2002 l'assemblea dell'ONU adotta il “Plan of Action on Aging” 2002.

Le aree di intervento prioritarie individuate sono: invecchiamento della popolazione e sviluppo sociale ed economico, la salute e il benessere nella terza età, ambienti sicuri e accessibili. Nella dichiarazione che apre il piano, tra le disposizioni inserite, l'art. 10 afferma la visione dell'invecchiamento come potenzialità di sviluppo, e non come costo, poiché richiede alle società e agli stati di *“rely increasingly on the skills, experience and wisdom of older persons, not only to take*

the lead in their own betterment but also to participate actively in that of society as a whole". A tal fine, all'art. 13, si richiama la responsabilità degli stati nel "*promoting, providing and ensuring access to basic social services, bearing in mind specific needs of older persons*". A tal fine si sollecita la collaborazione tra autorità nazionali e locali, organizzazioni non governative, soggetti privati, organizzazioni di volontariato, associazioni, anche promosse dagli anziani stessi, famiglie e comunità.

I report pubblicati dalle Nazioni Unite successivamente evidenziano come la tutela dei diritti umani delle persone anziane richieda forme specifiche di garanzia e promozione. In particolare si sottolinea la necessità di interpretare tutti i provvedimenti e le fonti che riguardano la protezione dei diritti umani, considerando l'età come uno dei fattori che possono determinare condotte discriminatorie (Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) 2011)³.

Con riferimento alla effettiva implementazione delle azioni previste dal piano di azione da parte degli stati membri, emergono numerose criticità di processo e di merito⁴: le attività di reporting e monitoring realizzate dagli stati membri risultano inadeguate a rappresentare la situazione effettiva nei diversi paesi. Al tempo stesso sono sottodimensionate le violazioni che vanno a colpire la popolazione anziana, in particolare il cosiddetto ageism, ovvero la diffusione di forme di trattamento discriminatorio fondato sull'età delle persone interessate. "*Social ageism is a specific prejudice against and stereotyping of persons based on their age, which is particularly found in later life. Ageism can both interpersonal and a result of institutional practice. Where countries have prohibited age discrimination by law, this usually only relates to employment and not other areas such as social care, healthcare or other services*". Altri rischi specifici per la popolazione anziana rilevati a livello internazionale riguardano la povertà, soprattutto nei paesi dove i sistemi pensionistici e gli schemi di protezione sociale non garantiscono adeguate coperture; il rischio di violenze e abusi, negligenze nei contesti domestici o di cura, in caso di conflitto. Un aspetto specifico che viene in rilievo nei report istituzionali e negli studi internazionali riguarda la salute nella terza età e i diritti a questa correlati: il diritto a una ragionevole qualità della vita, all'informazione, alla privacy e alla dignità personale nei luoghi di cura, la libertà di scelta. In diversi paesi i servizi sanitari sono eccessivamente costosi per le persone anziane, oppure subordinano l'accesso alle cure su criteri aged based.

In tema di salute, accesso ai servizi sanitari e promozione di politiche mirate di prevenzione e promozione di stili di vita sani, un ruolo fondamentale è stato svolto negli anni a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale di Sanità, cui si deve anche la formulazione del concetto di invecchiamento attivo. In preparazione del Piano di azione delle Nazioni Unite del 2002⁵, l'OMS conia questa espressione per qualificare il processo di implementazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza necessarie a garantire la qualità della vita della popolazione che invecchia.

Il concetto di invecchiamento attivo si applica ai singoli individui e a gruppi di popolazione. Permette alle persone di realizzare le proprie potenzialità e raggiungere il massimo livello di benessere fisico, mentale, e sociale durante tutto l'arco della vita e a partecipare alla vita sociale secondo i propri bisogni, desideri e capacità. Contestualmente garantisce alle persone anziane adeguate forme di protezione, sicurezza e cura.

Come viene specificato nel documento del 2002, la parola "attivo" si riferisce alla partecipazione continuativa in ambito sociale, economico, spirituale, civico, non solo alla capacità di essere

³ Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) 2011, Background paper: human rights of older persons: international human rights principles and standards, United Nations, New York; cfr UN Secretary-General 2011, Follow up to the Second World Assembly on Ageing, report 2011, United Nations, New York.

⁴ Fredvang M. and Biggs S. (2012), The rights of older persons. Protection and gaps under human rights law, Social Policy Working Paper n.16, Centre for Public Policy University of Melbourne.

⁵ WHO (2002), Active Ageing. A Policy Framework.

fisicamente attivo o di partecipare alla forza lavoro. Le persone anziane in pensione, quelle malate o con disabilità possono offrire un contributo significativo nelle loro famiglie, con i pari, nelle comunità locali e nazionali.

L'invecchiamento attivo è strettamente correlato al concetto di salute come definito in sede di OMS, ovvero il benessere fisico, mentale e sociale (OMS, Carta di Ottawa, 1986). Per questo motivo, la cornice nella quale perseguire obiettivi di invecchiamento attivo include tutte le politiche e i programmi che promuovono benessere e inclusione sociale, quali componenti di importanza analoga a quella delle politiche sanitarie strettamente intese.

Nel 2007 l'OMS introduce un ulteriore elemento per implementare le politiche per la terza età⁶: posto che la maggior parte della popolazione anziana nei paesi occidentali vive in contesti urbani, viene promossa un'iniziativa di sperimentazione di azioni di politica pubblica urbana finalizzate a migliorare la qualità della vita degli anziani nelle città e a facilitare l'esercizio dei loro diritti di cittadinanza.

Viene così definito l'insieme delle aree che qualificano le città "age-friendly": l'accessibilità degli edifici, dei servizi e degli spazi pubblici, l'investimento in tecnologie, la rimozione di barriere architettoniche e la disponibilità di alloggi accessibili, informazione e comunicazione mirata, trasporti e servizi per la mobilità. L'opportunità per le persone anziane di accedere ai servizi offerti dalla città senza difficoltà permette loro, a prescindere dalle difficoltà e dalle limitazioni psicofisiche che possono avere, di continuare a partecipare attivamente e in forma autonoma alla vita sociale.

In letteratura questo approccio rivolto alla definizione di modelli di "città ideali" è valutato criticamente: più che assumere un modello ideale da applicare in ogni contesto, le indicazioni internazionali possono essere un riferimento per avviare processi reali, a partire da focus sulle condizioni materiali delle città, così da definire azioni in grado di intervenire sulle reali criticità che gli anziani incontrano nella vita quotidiana. Viene suggerito cioè di passare da un approccio basato sulla domanda "Qual è una città ideale per le persone anziane?" alla questione su "Quali sono le opportunità e i vincoli nella città per mantenere una adeguata qualità di vita per la popolazione che invecchia?"⁷.

Questa impostazione viene valorizzata da parte dell'OECD, che nel 2015 pubblica un report in cui sono presentate esperienze realizzate in diverse città dei paesi occidentali⁸. L'analisi di questi casi di studio permette di evidenziare potenzialità e strategie utili alla realizzazione di città a misura di anziano. In primo luogo viene ribadito come l'invecchiamento della popolazione non sia un problema in sé. La longevità è anzi il risultato dello sviluppo sociale ed economico raggiunto e può essere un'opportunità di crescita e di ulteriore sviluppo tecnologico. Le città che possono garantire una alta qualità della vita per gli anziani sono città che offrono una buona qualità della vita per tutti. Diversamente da altre possibili evenienze, come le crisi finanziarie o i disastri naturali, l'invecchiamento è un processo fisiologico prevedibile, il cui impatto può essere prefigurato e quantificato. Le città possono quindi prepararsi con adeguato anticipo all'impatto dei cambiamenti demografici, attivando strategie in grado di rispondere non solo alle necessità attuali, ma di far fronte al cambiamento della struttura demografica della popolazione, prefigurando obiettivi economici e sociali in grado di supportare la transizione in corso e cogliendo come opportunità le sfide che l'invecchiamento della popolazione comporta. La revisione delle infrastrutture e dell'assetto urbano, del patrimonio immobiliare abitativo, nell'accessibilità ai servizi, ai luoghi, alle opportunità, alle

⁶ WHO (2007), *Global Age-friendly Cities: A Guide*, World Health Organization, Geneva.

⁷ Buffel T., Phillipson C., Scharf T. (2012), *Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities*, in *Critical Social Policy*, 32(4), 597-617.

⁸ OECD (2015), *Ageing in Cities*, OECD Publishing, Paris.

informazioni, apre a nuove possibilità di sviluppo e di investimento in tecnologie ICT, in servizi age friendly, in interventi di revisione strutturale e organizzativa.

Il rapporto individua alcune precondizioni strategiche per poter attuare l'obiettivo proposto: in primis lo sviluppo di una visione a lungo termine del contesto locale in cui si opera e del processo di invecchiamento che investe la comunità locale; l'inclusione nel processo di tutti gli attori presenti nel territorio che possano essere portatori di valore aggiunto, per competenze, ambiti di intervento, finalità, rispetto ai temi trattati; la promozione di sinergie e forme di collaborazione inter istituzionale tra i diversi livelli di governo interessati; il superamento della settorialità delle politiche, attraverso una struttura di governance trasversale ai diversi comparti interessati.

Sul piano generale, nel 2012 è stata presentata una prima strategia europea che riunisce gli elementi relativi all'invecchiamento del programma di lavoro dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS in un insieme coerente, presentandoli sotto forma di quattro aree strategiche d'azione e cinque interventi prioritari⁹. Le quattro aree strategiche di intervento riguardano: a) la promozione dell'invecchiamento in salute attraverso tutto il corso dell'esistenza; b) la creazione di ambienti favorevoli alla salute; c) lo sviluppo di sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine adeguati alle popolazioni in via di invecchiamento; d) il potenziamento della ricerca.

I cinque interventi prioritari che sono individuati dal piano, da implementare a livello nazionale dalle autorità competenti riguardano invece aspetti specifici, quali: la prevenzione delle cadute; la promozione dell'attività fisica; la realizzazione di programmi di vaccinazione delle persone anziane e di prevenzione delle malattie infettive nelle strutture sanitarie; il sostegno pubblico all'assistenza informale, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare; il rafforzamento delle competenze specifiche, geriatriche e gerontologiche, del personale impegnato nell'assistenza sanitaria e sociale. Tre interventi di supporto collegano poi l'invecchiamento sano al contesto sociale generale: la prevenzione dell'isolamento e dell'esclusione sociale; la prevenzione dei maltrattamenti agli anziani; la realizzazione di strategie per assicurare la qualità dell'assistenza alle persone anziane in tutti i servizi alla persona.

1.2. Indicazioni dall'Unione Europea

L'attenzione da parte delle istituzioni europee al tema della terza età si è sviluppata relativamente tardi. Una prima previsione specifica in tema di protezione dei diritti umani delle persone anziane si trova all'art. 4 del protocollo addizionale alla Carta Sociale Europea, adottato nel 1988. In tale disposizione, per la prima volta, si introduce una specifica garanzia a favore degli anziani, i quali sono membri della società e come tali non suscettibili di subire limitazioni in ordine all'accesso alla vita sociale, anche se con autonomia ridotta, disabilità fisica o mentale. Spetta agli stati membri provvedere a servizi, interventi e politiche finalizzate a migliorare le condizioni di vita degli anziani e la tutela dei loro diritti.

La norma è stata poi incorporata nell'art. 23 della nuova versione della Carta Sociale Europea, adottata nel 1996. Il nuovo art. 23 afferma i diritti degli anziani già previsti nel vecchio articolo 4, enfatizzando la necessità di adottare politiche di tutela nell'ambito di tutti gli aspetti della vita quotidiana, a sostegno della libertà e dell'autodeterminazione delle persone anziane in ordine alle proprie scelte di vita, favorendone la vita autonoma e la partecipazione sociale. Gli ambiti di intervento considerati riguardano in particolare le condizioni di vita, la sicurezza, la garanzia di servizi di assistenza adeguati. Spetta agli stati membri definire le politiche e gli interventi che meglio garantiscono tali forme di protezione e garanzia, secondo modelli e bisogni specifici di ogni stato.

⁹ WHO Regional Office for Europe, Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (EUR/RC62/9). Copenhagen, 2012.

Con l'adozione della Carta dei diritti fondamentali dell'UE nel 2000, il tema della tutela delle persone anziane trova riconoscimento in diverse disposizioni. L'articolo 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE si riferisce esplicitamente all'età come motivo di discriminazione, mentre all'articolo 25 si riconosce il diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa e indipendente e a partecipare alla vita sociale e culturale. Queste disposizioni vanno lette in modo coordinato con le altre disposizioni della Carta, in particolare con riferimento al diritto all'integrità della persona (art. 3) e al diritto all'integrazione delle persone con disabilità (art. 26).

L'approccio dell'Unione europea agli anziani e alle persone con disabilità è orientato a garantire pari opportunità di coinvolgimento nella vita sociale ai cittadini, anche coloro che vivono condizioni di ridotta autonomia. Il trattato di Lisbona ha stabilito che i diritti umani, come affermati nella Convenzione europea e derivati dalle tradizioni costituzionali comuni a tutti gli Stati membri, costituiscono principi generali del diritto dell'Unione (art. 6 TUE). Il trattato non ha arricchito l'UE con nuove competenze legislative; tuttavia, l'attenzione del trattato alla centralità della dignità umana e al rispetto dei diritti umani ha aperto la strada a uno spostamento dell'azione dell'Unione europea dal “mercato” alla “cittadinanza”. Questo cambiamento di prospettiva ha incoraggiato un'azione più incisiva dell'Unione europea in molti ambiti legati alla protezione dei diritti sociali, pur restando di competenza statale la determinazione e il finanziamento dei sistemi di welfare nazionali¹⁰.

In questo ambito, gli strumenti di soft law assumono un'importanza fondamentale: da un lato costituiscono indirizzi di riferimento per gli Stati membri e le istituzioni europee, dall'altro sono espressione e veicolo di cambiamento sociale e di innovazione. In tema di invecchiamento nel 2006 la Commissione europea ha pubblicato una comunicazione intitolata “Il futuro demografico dell'Europa: dalla sfida all'opportunità”, in cui stabilisce una serie di raccomandazioni per sfruttare appieno le opportunità offerte dall'allungamento della vita. Nel 2007 il Consiglio europeo ha adottato una risoluzione intitolata “Le opportunità e le sfide del cambiamento demografico in Europa: il contributo degli anziani allo sviluppo economico e sociale”. In questo ambito si introduce, in coincidenza con gli atti promossi in tema dalle Nazioni Unite e dall'OMS, già richiamati, una “via europea” all'ambiente urbano inclusivo: la Commissione sostiene la creazione di città accessibili, premiando quelle esperienze che hanno sviluppato un ambiente accessibile per tutte le persone a mobilità ridotta.

Negli anni successivi sono pubblicati altri atti in tema di invecchiamento: la conclusione del Consiglio europeo del 2009 su “Invecchiamento sano e dignitoso” esorta la Commissione, tra l'altro, ad avviare attività di sensibilizzazione per promuovere l'invecchiamento attivo, tra cui eventualmente un Anno europeo sull'invecchiamento attivo e la solidarietà tra generazioni. Nella comunicazione della Commissione “Europa 2020 – Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva” si sottolinea l'importanza per l'Unione europea di promuovere l'invecchiamento sano e attivo della popolazione, nell'interesse della coesione sociale e di una maggiore produttività. Nell'ambito di questi provvedimenti si sottolinea la necessità di migliorare i sistemi di protezione sociale, l'apprendimento permanente e le politiche di inclusione attiva, al fine di creare opportunità nelle varie fasi della vita delle persone e di proteggerle dal rischio dell'esclusione sociale.

L'invecchiamento attivo rientra negli obiettivi di numerosi programmi dell'Unione, quali il Fondo sociale europeo, il Fondo europeo per lo sviluppo regionale, il Programma sull'apprendimento permanente, il Programma sulla salute pubblica, i Programmi specifici sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e sulle scienze socioeconomiche e umane nell'ambito del programma-quadro per la ricerca e lo sviluppo, il Programma d'azione “Invecchiare bene nella società dell'informazione”, il Programma comune sulla domotica per categorie deboli, i progetti pilota di diffusione sulle TIC per invecchiare bene, il Programma d'azione sulla mobilità urbana. Anche la politica sociale per gli anziani sviluppata nell'ultimo decennio all'interno dell'area europea mostra un

¹⁰ Giubboni S. (2012), Diritti e solidarietà in Europa: i modelli sociali nazionali nello spazio giuridico europeo, Il Mulino, Bologna.

crescente interesse per l'ambiente urbano come area focale per la protezione dei diritti sociali¹¹.

L'invecchiamento della popolazione è una sfida comune a tutti i Paesi europei per la sostenibilità dei sistemi di assistenza. L'invecchiamento comporta un aumento progressivo della necessità di assistenza, e del conseguente consumo di servizi sanitari e sociosanitari, soprattutto a lungo termine. Lo sviluppo del Long Term Care (LTC), rivolto non solo agli anziani ma in generale alle persone con bisogni di lungo assistenza (malati cronici, persone con disabilità) costituisce un altro ambito di crescente interesse a livello europeo.

Dal 2008, con la comunicazione Com (2008) 418, la Commissione europea ha proposto il rafforzamento del metodo aperto di coordinamento in ambito sociale, identificando per le politiche di assistenza sanitaria e di LTC tre macro-obiettivi: 1) universalità nell'accesso, assicurando che il bisogno di assistenza non si traduca in povertà e dipendenza finanziaria; 2) alta qualità, anche favorendo l'adozione di un approccio preventivo e il passaggio dall'assistenza di tipo istituzionale a quella basata su servizi domiciliari e comunitari personalizzati; 3) sostenibilità, garantendo che l'assistenza rimanga economicamente accessibile e finanziariamente sostenibile tramite la promozione di un uso razionale delle risorse.

Nel quadro del Social Investment Package (SIP) inaugurato nel 2013 dalla Commissione per modernizzare le politiche dei Paesi membri secondo l'approccio dell'investimento sociale lungo il ciclo di vita¹², la Commissione invita a adottare un approccio di policy basato su nuove forme di finanziamento pubblico-privato, di collaborazione multi-attore e multi-livello, di integrazione socio-sanitaria, di assistenza domiciliare e di comunità, di sostegno dei caregiver informali e qualificazione di quelli formali, di prevenzione e riabilitazione.

Come è stato sottolineato di recente¹³, “gli orientamenti di policy sostenuti dall'UE per affrontare le sfide poste dall'invecchiamento invitano a inquadrare il tema della LTC nel più ampio ciclo di vita dell'individuo, sottolineando l'importanza di un approccio mirato innanzitutto a prevenire o ritardare l'insorgenza della non autosufficienza: un approccio preventivo e proattivo più che riparativo e reattivo, ritenuto essenziale per contenere la domanda di assistenza, ridurre i costi per il sistema e migliorare la qualità della vita degli anziani e di chi se ne prende cura”.

Il pilastro europeo dei diritti sociali (principio 18) afferma che tutti hanno il diritto a un'assistenza a lungo termine accessibile di buona qualità, in particolare l'assistenza domiciliare e i servizi basati sulla comunità. L'assistenza a lungo termine è di competenza degli Stati membri, tuttavia, la visibilità che gli è stata data nel pilastro offre l'opportunità di sviluppare un piano d'azione più ambizioso a livello dell'UE per rispondere alle crescenti sfide comuni. Si sono infatti susseguiti atti e programmi finalizzati a esplorare i sistemi della lungo assistenza esistenti negli stati membri, al fine di orientare le azioni europee e nazionali in questo ambito. In uno dei più recenti studi realizzati su impulso della Commissione Europea¹⁴ sono messi a confronto e analizzati i sistemi di lungo assistenza di 35 paesi europei, tra cui l'Italia. I risultati evidenziano alcune criticità comuni. Le disposizioni nazionali in materia di LTC per gli anziani (65+) variano sostanzialmente tra i 35 paesi sotto esame in termini di organizzazione, finanziamento e tipi di assistenza offerti. Tuttavia, ci sono tre tendenze e sfide comuni a molti di essi. In primo luogo, la maggior parte dei paesi europei deve affrontare problemi relativi all'accesso e al finanziamento dei sistemi LTC, a causa della frammentazione istituzionale e geografica della fornitura di questo tipo di assistenza. Ciò è problematico, anche per quanto riguarda la qualità dell'LTC, che rimane un fattore critico nel mantenimento e nel miglioramento della qualità della vita delle persone anziane fragili sia in ambito residenziale sia in ambito domestico.

¹¹ Longo E., Vagni L. (2016), Socio-Economic Rights of Senior People in Urban Areas: Towards a New European Perspective, in *Law and Administration XXI Century*, n.4, 2016

¹² Innocenti E. (2014), Recenti indicazioni dall'Europa per una modernizzazione dei sistemi di welfare nazionali, in *Diritto e società*, 1, 2014, p. 103.

¹³ Razzetti F., Maino F. (2019), Long-Term Care e innovazione sociale: riflessioni e spunti dall'Unione europea, in *I Luoghi della cura*, 4, 2019, Network Non Autosufficienza.

¹⁴ Spasova S., Baeten R., Coster S., et al (2018), Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

In secondo luogo, c'è stata una chiara tendenza a dare priorità all'assistenza domiciliare. Tuttavia, i servizi di assistenza domiciliare e l'assistenza di base sono quelli a più difficile accesso in molti dei paesi considerati, poiché sono sottosviluppati, poco diffusi, altamente selettivi. A fronte di questa scelta, viene segnalata la riduzione dei posti di assistenza residenziale, diminuita in diversi paesi negli ultimi 25 anni. Nei paesi con una lunga tradizione di assistenza residenziale, in particolare i paesi nordici, il processo di deistituzionalizzazione è altamente visibile. I paesi dell'Europa meridionale e orientale hanno invece aumentato i posti disponibili, anche se la domanda di assistenza supera considerevolmente - e sempre più - l'offerta. In questo contesto, diversi esperti hanno rilevato una forte tendenza a lungo termine verso la privatizzazione e la commercializzazione del settore. L'assistenza domiciliare richiede uno stretto raccordo con le strategie di prevenzione e riabilitazione, per consentire agli anziani di vivere in modo indipendente e di mantenere la propria autonomia fisica, mentale e sociale più a lungo. Tuttavia, solo alcuni paesi hanno implementato con successo strategie integrate di intervento.

In terzo luogo, in tutti e 35 i paesi analizzati si registra un'alta incidenza ed espansione delle cure informali, principalmente a causa della mancanza di strutture di cura professionale accessibili, della scarsa qualità e dell'elevato costo. Nonostante i cambiamenti culturali, i nuovi atteggiamenti e i relativi progressi nella distribuzione dei compiti di cura, le donne continuano ad assumersi la responsabilità e svolgere la maggior parte delle cure. Ciò ha un impatto negativo sulla partecipazione del mercato del lavoro femminile. Solo un numero limitato di paesi, tra cui non è compresa l'Italia, ha servizi ben sviluppati (ad es. formazione, consulenza, servizi di sollievo) su misura per i caregiver informali. I lavoratori domestici, spesso migranti, svolgono un ruolo sempre più importante nell'assistenza informale in molti paesi: i problemi relativi alla loro qualificazione professionale e alle condizioni di lavoro loro imposte richiedono risposte politiche ancora assenti in molti paesi.

Accanto alle indicazioni di policy e alle raccomandazioni rivolte agli stati membri, l'impegno delle istituzioni europee è cresciuto anche sul versante epidemiologico e conoscitivo. Da alcuni anni infatti vengono predisposti rapporti annuali sull'invecchiamento in Europa (Ageing in Europe 2018, 2019), che costituiscono un importante strumento di confronto. Se infatti l'invecchiamento è un processo comune a tutte le società europee, si stanno evidenziando delle specificità tra gli stati membri e all'interno di questi, che richiedono risposte "multilivello", cioè l'attivazione di politiche e interventi europei, nazionali, regionali, locali.

1.3. Il recepimento in sede nazionale e regionale

Il contesto italiano è caratterizzato da una estrema frammentazione delle competenze, e quindi delle politiche, che riguardano i settori considerati ai fini della ricerca. Tali settori corrispondono a ambiti di competenza legislativa e funzioni amministrative attualmente distribuite tra stato, regioni e autonomie locali, la cui ricostruzione e delimitazione non è priva di criticità e di aspetti problematici di fatto ancora insoluti.

In termini estremamente generali, e limitandosi al solo comparto del c.d. welfare assistenziale, mentre il sistema sanitario e le politiche a questo correlate si caratterizzano per un impianto legislativo e attuativo che vede lo Stato avere ancora una potestà di indirizzo nazionale e di coordinamento, anche grazie alla struttura del finanziamento del sistema e all'introduzione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, sul versante sociale la diversità di risposte, finanziamenti, forme di intervento è estremamente pronunciata, a livello nazionale, regionale e locale. L'assenza, in ambito sociale, di livelli essenziali di assistenza, cioè di standard di risposta e di finanziamento unitari da garantire su tutto il territorio nazionale, rende ancora più pronunciata la differenziazione interna. L'introduzione di strumenti e fonti di finanziamento dedicati, come il fondo per le non autosufficienze, se ha permesso una distribuzione di maggiori risorse in uno degli ambiti più critici del sistema di assistenza, quello della lungo assistenza a persone non autosufficienti, dall'altra non ha strutturato un sistema unitario di risposte da garantire a livello nazionale. Ogni regione destinataria delle risorse le ha inserite nel proprio sistema di servizi con esiti diversi, in termini di beneficiari raggiunti e tipi di

intervento finanziati. Sul versante delle politiche promozionali e di intervento sui determinanti sanitari e non sanitari, a fronte di programmi di monitoraggio nazionali consolidati, non vi sono strumenti di programmazione nazionale dedicati.

Il programma nazionale più conosciuto di monitoraggio delle condizioni di salute e benessere della popolazione anziana è il “Passi d’argento”, promosso dall’Istituto Superiore di Sanità, ispirato alla strategia Active ageing dell’Oms.

Tra gli argomenti indagati dalla sorveglianza vi sono le caratteristiche socio anagrafiche, la condizione e la percezione dello stato di salute, lo stile di vita (attività fisica, sovrappeso e obesità, consumo di frutta e verdura, consumo di alcol, abitudine al fumo), l’isolamento e la partecipazione sociale, la tutela e la sicurezza. Al programma di sorveglianza, attivo dal 2012, partecipano 18 Regioni e la P.A. Trento. Si svolge attraverso la somministrazione di un questionario a persone di età superiore ai 64 anni selezionate con un campionamento dall’anagrafe degli assistiti delle Asl delle regioni partecipanti. Il campione è costituito da quasi 40mila persone anziane. I risultati di maggiore interesse per gli obiettivi della ricerca sono presentati nella sezione relativa all’analisi del contesto locale. Come indicato nella presentazione del programma, i risultati della sorveglianza “se correttamente comunicati e a chi di dovere (ultra64enni stessi, famiglie, operatori sanitari, amministratori delle Asl o dei Comuni, e altri) dovrebbero produrre un miglioramento delle condizioni di vita tramite delle azioni che già in molti contesti si sono dimostrate efficaci”.

Sul versante dell’elaborazione delle politiche e degli strumenti di programmazione, non esiste ad oggi in Italia un piano di azione dedicato al tema dell’invecchiamento, strutturato analogamente al modello proposto in ambito internazionale¹⁵. Indicazioni in tema si trovano prevalentemente negli strumenti di programmazione sanitaria e sociale, che a livello nazionale dovrebbero orientare anche gli interventi regionali.

Sul versante sociale, il piano nazionale degli interventi e servizi sociali, risalente ormai al 2001, sottolineava che “Le politiche nei confronti della popolazione anziana possono qualificarsi con programmi improntati ad una visione positiva dell’età anziana, promuovendo una cultura che valorizzi l’anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale, garantendo condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi” (Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003, p. 11). Gli obiettivi che le politiche sociali complessivamente intese dovevano porsi erano: sostenere le famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela dell’autonomia della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l’onere dell’assistenza); innovare e diversificare l’offerta di servizi e interventi; riconoscere il diritto dell’anziano a scegliere dove abitare. Nel piano si comprendevano tra le politiche sociali tutte quelle che hanno finalità redistributive e di sostegno, incluse quelle fiscali, con un riferimento esplicito al trattamento delle spese per l’adeguamento delle abitazioni e per l’assistenza rivolta alle persone anziane con limitazioni di autonomia e non autosufficienza.

In ambito sanitario, l’invecchiamento in buona salute è considerato come strategia di intervento specifica nello schema di piano sanitario nazionale 2011-2013 (p. 87 e ss.), il cui iter si è interrotto, per la mancata approvazione definitiva del provvedimento da parte del Consiglio dei ministri. Nel piano si promuoveva una strategia complessiva di intervento che teneva insieme aspetti prettamente sanitari (prevenzione delle patologie, trattamenti specialistici per la terza età, ecc.) con aspetti sociali e sociosanitari. Nel provvedimento si legge: “Il raggiungimento della vecchiaia in buona salute, cioè priva di effetti tipici delle malattie cronico-degenerative, richiede efficaci strategie di prevenzione che vadano ad agire tanto sul contesto quanto sulla persona: svolgimento di una vita attiva che riduca i motivi di stress psicofisico, mantenimento di una costante attività intellettuale, esercizio fisico programmato, adozione di una idonea alimentazione, limitazione nel consumo di alcolici, astensione dal fumo, controllo della pressione arteriosa, screening di alcune condizioni morbose tali da rappresentare fattori di rischio, ricorso alla vaccinazione antiinfluenzale, ma anche abitazioni prive

¹⁵ Calvellini G., Iacobucci S., Marchi G., Matarese M., Tufo M. (2019), Le politiche di invecchiamento attivo, in Canavesi G., Ales E. (a cura di), La vecchiaia nella tutela pensionistica, Giappichelli, Torino, 2019.

di ostacoli con eliminazione di potenziali fattori di rischio per cadute, riduzione dell'inquinamento ambientale, garanzia di un buon livello di sicurezza”.

Negli interventi successivi questo approccio allargato alle politiche per l'invecchiamento sembra venire meno: limitandosi alla programmazione, gli atti che si sono succeduti dopo il 2013 in ambito sociosanitario hanno assunto una connotazione sempre più settoriale e specialistica.

Nel Piano nazionale demenze, approvato come Accordo in Conferenza Unificata il 30 ottobre 2014, si forniscono indicazioni per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Nel Patto per la salute 2014-2016 si riporta al livello regionale lo sviluppo di modelli integrati di gestione delle patologie croniche nelle varie età della vita. La numerosità dei malati cronici aumenta con l'avanzare dell'età e la gestione proattiva della cronicità sul territorio è una strategia diffusa per una migliore presa in carico, che si inserisce ed alimenta i processi di riorganizzazione delle reti assistenziali ed in particolare dell'area territoriale, ai sensi dell'art. 1 dalla legge n. 189 del 2012 e dell'art. 5 del Patto stesso.

Nel Piano nazionale della cronicità, adottato con accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 si parla in merito di welfare di “nuova generazione”, caratterizzato da una forte connotazione integrata tra prestazioni di sostegno sociale, di assistenza alla persona, di cura e riabilitazione, capaci di rispondere anche a situazioni di deprivazione complessa. In tale modello vengono particolarmente valorizzati l'autonomia del paziente e la sussidiarietà, intesa in senso orizzontale (famiglie, reti parentali, volontariato, formazioni sociali) e verticale (Comune, Regione, Stato). Indicazioni analoghe si trovano nell'accordo del 26 ottobre 2017, in cui sono adottate le “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze”.

Come è stato evidenziato con riferimento alla riforma dei livelli essenziali sanitari, intervenuta con DPCM 12 gennaio 2017, la definizione dei destinatari degli interventi ricompresa nei livelli essenziali di assistenza si fonda sulla presenza o sulle conseguenze postume di uno stato patologico. La condizione di anziano non è presa in considerazione, di per sé, come atto a fondare livelli essenziali di assistenza specifici¹⁶. Nell'ambito del capo del decreto dedicato all'integrazione sociosanitaria, si disciplinano i percorsi assistenziali a favore delle “persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse”, in cui possono essere ricompresi non tutti gli anziani, ma soltanto quelli che versano in condizioni di non-autosufficienza e fragilità. Questa scelta definitoria, se può essere comprensibile in ragione del contesto specialistico in cui è stata adottata, è però indice di un approccio iperspecialistico che si riscontra anche nella programmazione sanitaria, sempre più settoriale e orientata all'organizzazione delle risposte assistenziali piuttosto che alla elaborazione di politiche e strategie di più ampio respiro.

Nel recente Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021, nella versione presentata a consultazione nell'ottobre 2019, si tratta il tema delle disabilità gravi e gravissime e della non autosufficienza, con un focus fortemente orientato alle questioni legate alla definizione delle diverse tipologie di destinatari del fondo non autosufficienza nazionale e alle modalità di presa in carico: la valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato, il budget di progetto. Si introducono prevalentemente obiettivi di sistema e di processo legati alle modalità di utilizzo delle risorse da parte delle regioni.

Infine, il Patto per la salute per gli anni 2019-2021, su cui è stato siglato l'accordo in conferenza Stato - Regioni il 18 dicembre scorso, sottolinea come “l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute”. In stretta

¹⁶ Rossi E., 2018, Il “sociosanitario”: una scommessa incompiuta? in Osservatorio sistemi sanitari, 2, 2018.

correlazione con gli i piani settoriali (si richiamano il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione), il Patto intende promuovere “un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti”.

A livello regionale toscano, le politiche e gli interventi a favore della terza età sono collocati prevalentemente negli strumenti di programmazione sociosanitaria, inseriti in un più ampio quadro di programmazione regionale di sviluppo. Nei piani sociali e sanitari che si sono succeduti il tema dell'invecchiamento demografico e della cura degli anziani ha sempre avuto uno spazio importante, sia per l'entità delle risorse assorbite da interventi rivolti a questo target di popolazione, sia per l'incremento su base regionale della domanda di assistenza. La dimensione promozionale e preventiva è quindi declinata soprattutto in termini sanitari e sociosanitari. Non sono stati riscontrati interventi specifici per la terza età all'interno dei piani settoriali relativi agli altri settori che, in base alle indicazioni internazionali, incidono sulla salute e sull'autonomia degli anziani: la mobilità, l'assetto urbano, la cultura e partecipazione.

Nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015 si prevede come azione strategica la promozione e la divulgazione agli anziani toscani dell'informazione e delle buone prassi per un promuovere una cultura della buona salute, sostenendo le azioni necessarie a supportare l'invecchiamento attivo della popolazione. Nel recente Piano Integrato Sociale e Sanitario Regionale 2018-2020 le politiche sociosanitarie per la terza età perseguono obiettivi in linea con le indicazioni internazionali sopra richiamate. Si legge infatti tra le finalità riferite alla popolazione anziana che “occorre migliorare complessivamente lo stato di salute della popolazione anziana, intervenendo in fase preventiva per garantire un invecchiamento attivo e in buona salute e rafforzare, o talvolta ricreare, la rete sociale capace di mantenere al suo interno l'anziano nel suo eventuale passaggio da auto a non autosufficiente”. L'approccio è quindi coerente con le raccomandazioni internazionali e con la necessaria intersectorialità degli interventi rivolti a questa fascia di popolazione. Le azioni previste sono orientate a promuovere un'ampia e capillare informazione ai familiari e ai caregiver sull'accesso ai servizi dedicati agli anziani attraverso tutti i canali istituzionali e informali possibili, “per combattere isolamento, solitudine, disperazione e nascita di nuovi e maggiori bisogni di assistenza sanitaria e sociale per l'intera famiglia”. La concreta attuazione di queste strategie deve avvenire in sede locale, con il coinvolgimento del sistema integrato dei servizi e di tutti gli attori e le organizzazioni presenti nei territori, in una dimensione di sussidiarietà che caratterizza complessivamente il modello toscano di welfare.

Uno spazio dedicato riguarda l'invecchiamento attivo, con un approccio che tiene insieme tutte le politiche e gli interventi che possono migliorare l'accessibilità di ambienti e spazi: “Mantenere, invecchiando, una vita attiva contribuisce alla salute fisica e mentale individuale così come alla coesione sociale e al benessere della comunità. La partecipazione all'attività fisica non si concretizza tuttavia solo attraverso lo sport o l'attività organizzata, ma è influenzata dagli ambienti costruiti, naturali e sociali in cui vivono le persone” (PISSR 2018-2020, p.129). Per realizzare questo tipo di impostazione è necessario “un approccio integrato di comunità, nel quale prima ancora che l'accesso ai servizi sanitari deve essere promosso l'accesso ad iniziative e risorse presenti sul territorio di riferimento capaci di supportare l'adozione ed il mantenimento di corretti stili di vita, determina una possibilità di valorizzazione e trasformazione dei territori in un'ottica di “produzione di salute” (PISSR 2018-2020, p.237).

Sul versante delle risposte sociosanitarie dedicate, con la legge regionale istitutiva del fondo per la non autosufficienza (legge regionale n. 66 del 2008), oltre alla messa a disposizione di risorse finalizzate, è stato attivato un modello regionale di presa in carico e di intervento assistenziale sociosanitario omogeneo. È stata strutturata una rete di presidi territoriali finalizzati alla prima informazione e all'accesso, i Punti insieme, cui possono accedere i cittadini toscani. Le domande di assistenza sono valutate secondo modalità unitarie e multidimensionali, nell'ambito delle Unità di valutazione multidisciplinare (UVM), istituite presso ogni zona distretto. Queste sono incaricate di

realizzare anche i Piani di assistenza personalizzati (PAP) in cui sono indicati gli interventi erogabili, i tempi di attuazione, le modalità di verifica.

Le prestazioni sono erogate alle persone non autosufficienti, disabili e anziane utilizzando il sistema dei servizi sociosanitari territoriali, al fine di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare. Le prestazioni previste dal piano di assistenza personalizzato (PAP) sono articolate in interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, erogati tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, inserimenti in strutture semiresidenziali, temporanei o di sollievo in residenza; inserimenti permanenti in residenza.

Allo stato attuale non esiste un monitoraggio istituzionale ufficiale dello stato di attuazione della legge regionale. Report indipendenti realizzati negli ultimi anni hanno evidenziato alcune criticità con riferimento alla disponibilità e accessibilità dei Punti insieme nelle diverse realtà territoriali, alla diversa capacità di risposta delle UVM incaricate della valutazione delle domande e della realizzazione dei PAP, in termini di risorse organizzative e di personale, di numero di piani realizzati, di utenza raggiunta¹⁷.

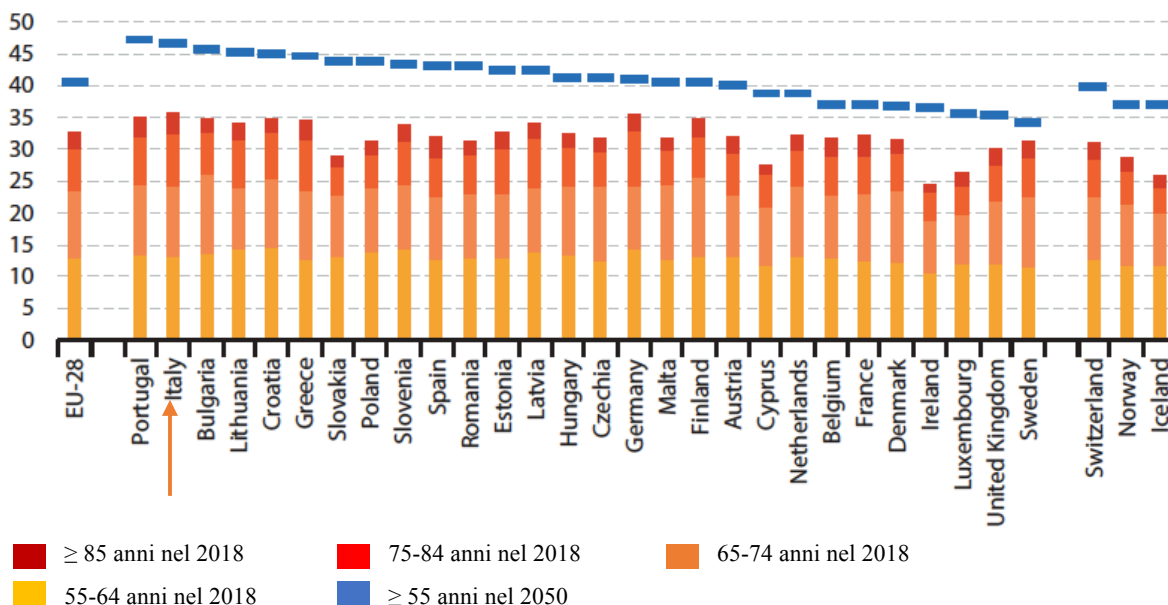
¹⁷ FNP Cisl Toscana, Fondazione “E. Zancan”, 2012-2018, Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana. Report regionale, vari anni, <https://www.pensionaticisl Toscana.it/ufficio-studi/>.

2. I dati di contesto

2.1. Aspetti generali

L'invecchiamento è un processo comune a tutti i paesi occidentali. Le proiezioni Eurostat indicano un incremento della popolazione di grandi anziani diffusa in tutto il continente. In Italia assume connotazioni peculiari per quantità e qualità: nel 2018 circa oltre un quinto della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni, con una presenza di grandi anziani (over 75 e over 85) tra le più alte in Europa. Nel 2050 oltre il 45% della popolazione italiana sarà composto da persone di età uguale o superiore ai 55 anni (Fig. 2.1).

Fig. 2.1. Popolazione di età maggiore o uguale a 55 anni, per classi di età, 2018 e 2050 (percentuale sulla popolazione totale)



Fonte: Eurostat per Ageing in Europe, 2019

La distribuzione della popolazione anziana non è uniforme all'interno degli stati europei (Fig. 2.2). La Toscana condivide con poche altre regioni europee, indicate in rosso nella figura seguente, la presenza di over 65 che si attesta oltre il 25% della popolazione complessiva. Nella maggior parte dei territori si trovano percentuali che si attestano nella fascia compresa tra il 19,7 e il 25% (in arancio) o tra il 15 e il 19,7 (in azzurro). La media europea è del 19,7%.

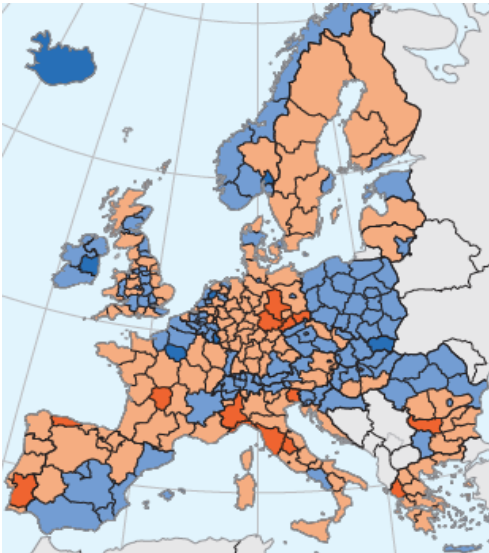
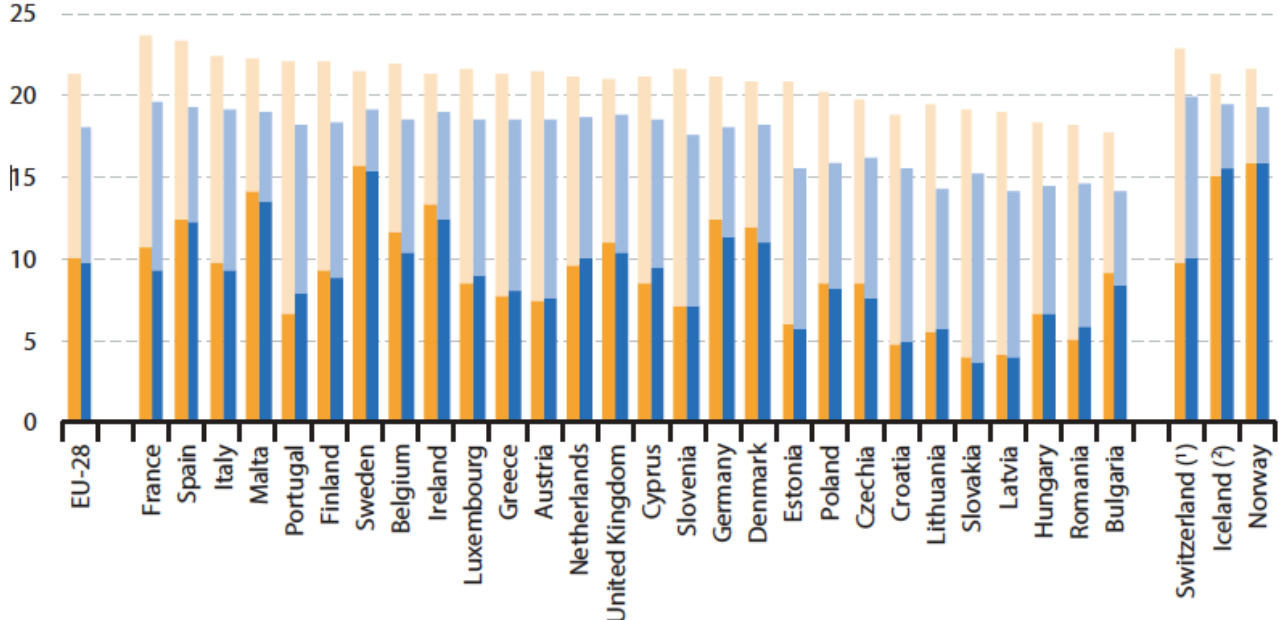


Fig. 2.2. Distribuzione della popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni, valore percentuale sul totale della popolazione, 2018 (da Ageing in Europe, 2019).

Un altro elemento che caratterizza l'invecchiamento italiano riguarda il rapporto tra aspettativa di vita e anni vissuti in buona salute (Fig. 2.3). Se infatti l'Italia ha un'aspettativa di vita tra le più alte in Europa, il numero di anni vissuti in buona salute durante la terza età è molto più basso rispetto ad altri paesi, anche con aspettative di vita inferiori rispetto alla nostra. Ciò significa che gli anni guadagnati non sono anni in buona salute, soprattutto per quanto riguarda la popolazione femminile.

Fig. 2.3. Aspettativa di vita e anni di vita in buona salute, per genere, dati 2017 (valore in anni)



Fonte: Ageing in Europe, 2019

- donne, anni in buona salute
- uomini, anni in buona salute
- donne, aspettativa di vita, anni non in buona salute
- uomini, aspettativa di vita, anni non in buona salute

Questa conclusione è confermata dai dati relativi allo studio Passi d'Argento, già citato. Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale riportano tra gli altri aspetti considerati, alcune peculiarità regionali che meritano di essere evidenziate, per le connessioni con il lavoro di ricerca realizzato.

Un primo elemento interessante riguarda il livello di “partecipazione” della persona ultra 65enne, che è indagato attraverso diverse domande nel questionario che rilevano la partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione, l’essere una risorsa per la famiglia e/o conviventi e per la società, avere un lavoro che produce reddito. In particolare questo viene declinato in termini di:

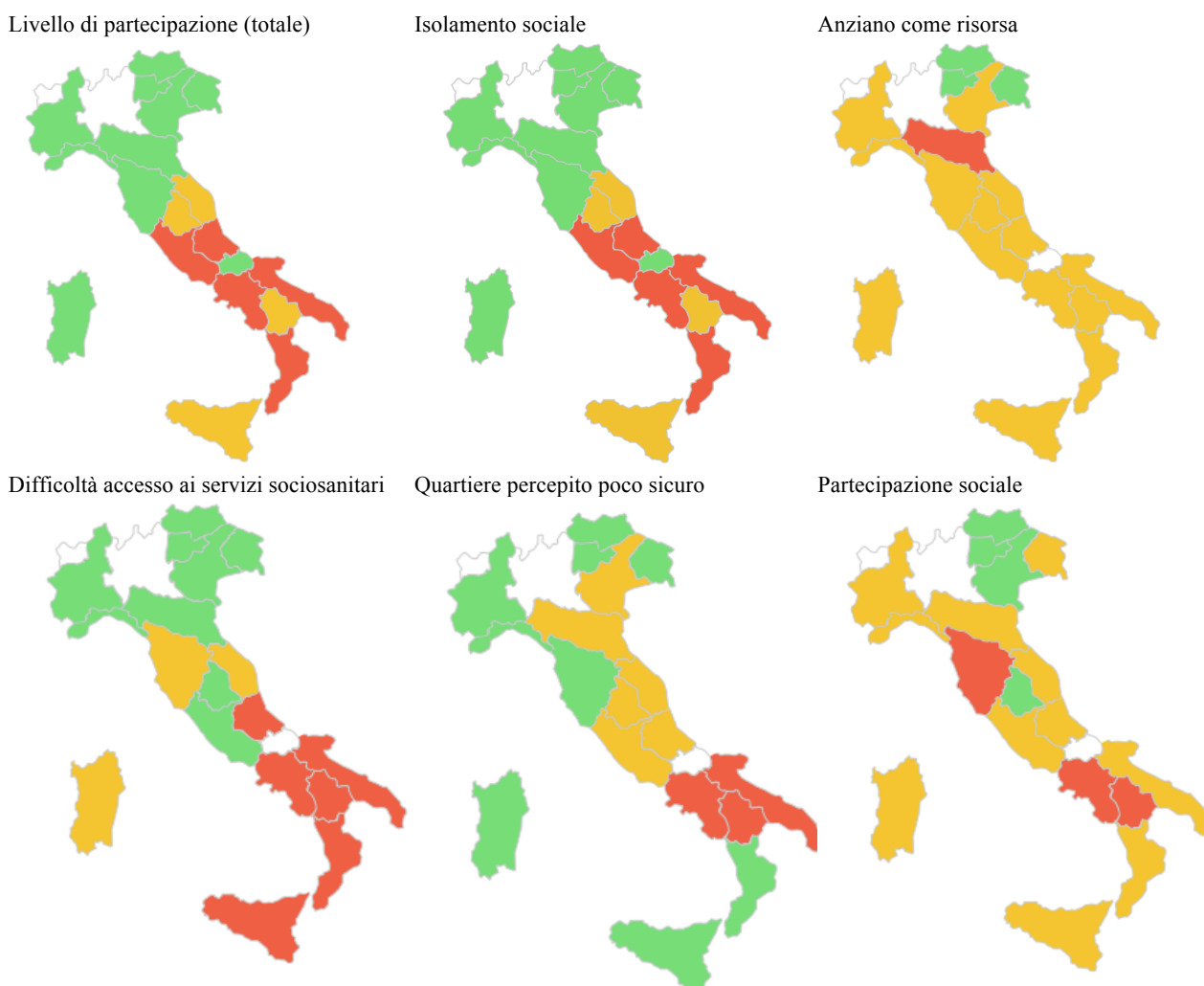
- “essere risorsa”, ovvero aver accudito persone conviventi o non conviventi, aver svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro;
- “partecipazione sociale”, ovvero aver partecipato ad attività sociali e corsi di formazione e/o a gite o soggiorni organizzati con altre persone.

Un elemento collegato alla partecipazione è l’isolamento sociale, che riguarda i contatti e le relazioni quotidiane che la persona anziana può intrattenere con pari e con familiari.

Altri aspetti interessanti riguardano l’accessibilità ai servizi sociosanitari presenti nel territorio e la percezione della sicurezza nell’ambiente di vita: si tratta di due elementi che possono condizionare fortemente l’autonomia della persona anziana e la sua concreta possibilità di muoversi nella città.

La situazione regionale toscana, come rilevata nel corso dell’ultimo monitoraggio, presenta criticità su alcuni di questi elementi, se comparata con le altre regioni, con riferimento all’essere risorsa e all’accessibilità ai servizi sociosanitari (Fig. 2.4).

Fig. 2.4. Programma Passi d’argento, confronto regionale, dati 2017.



Fonte: Istituto Superiore Sanità, programma Passi d’argento, 2017.

Il focus sulla situazione toscana, che riguarda un campione di 1200 anziani residenti nella nostra regione, evidenzia ulteriori peculiarità¹⁸.

Solo il 16% degli anziani (65 anni e più) vive da solo. Le condizioni abitative sono buone, raramente le case hanno problemi strutturali. Circa il 30% del campione intervistato ha difficoltà nell'arrivare a fine mese con le proprie risorse economiche, percentuale che sale al 55% raggiunti gli 85 anni e al 79% tra chi deve sostenere le spese per una badante.

Circa l'80% degli anziani risulta soddisfatto della vita che riesce a condurre, anche se i due terzi degli intervistati convivono con almeno una patologia cronica. Tutti gli anziani non autosufficienti possono contare su un aiuto familiare, la metà è assistita da un/una badante, il 40% ha almeno un contributo economico pubblico. Circa il 16% degli anziani è una risorsa per gli altri: si prende cura di familiari, fa volontariato, ecc. Circa il 9% degli anziani ha scarsissime relazioni sociali, tanto che durante una settimana normale non ha mai occasione di telefonare o incontrare altre persone per fare quattro chiacchiere. È un fenomeno questo che aumenta fortemente con l'età e riguarda un terzo degli anziani dopo gli 85 anni. Circa il 21% ha occasione di partecipare a gite o soggiorni organizzati, il 31% frequenta con regolarità centri anziani, circolo o parrocchie, mentre il 3% si è dedicato a corsi di formazione. La condizione di non autosufficienza o fragilità determina una generale difficoltà di movimento e di spostamento fuori dalla propria abitazione.

In generale circa il 34% degli anziani intervistati ha difficoltà nel raggiungere servizi come l'ambulatorio del proprio medico o della Asl, gli uffici comunali, la farmacia, i supermercati o i negozi di generi alimentari.

2.2. Il profilo della popolazione anziana livornese

L'approfondimento sulla popolazione anziana livornese si basa sui dati demografici ed epidemiologici ufficiali più recenti. Dove possibile, la situazione livornese è stata confrontata con la situazione degli altri comuni della provincia e della zona distretto.

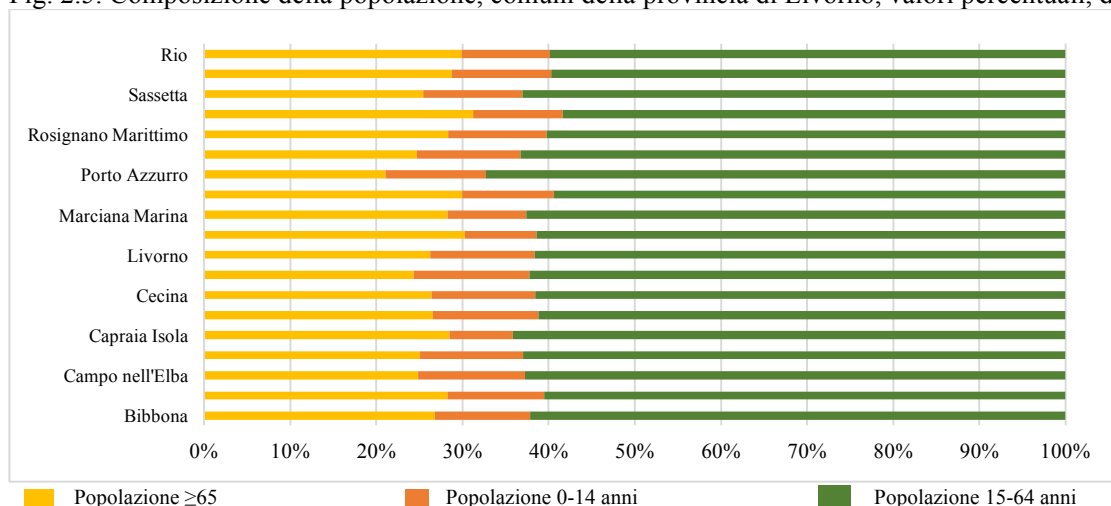
Quest'ultima è composta dai comuni di Livorno, Collesalveti e Capraia. Poiché la popolazione del comune di Livorno costituisce oltre il 90% della popolazione complessiva della zona distretto, alcuni indicatori presenti nel profilo di salute zonale¹⁹, non disaggregabili per comune, sono assunti come rappresentativi anche della situazione comunale.

Al 2019 la popolazione residente nei comuni della provincia di Livorno ha una componente di over65 che oscilla dal 21% di Porto Azzurro a oltre il 30% dei comuni di San Vincenzo, Rio nell'Elba, Marciana Marina, Piombino. Livorno si trova in una situazione intermedia, con circa il 26% di popolazione anziana (Fig. 2.5).

¹⁸ ARS, Salute e qualità della vita degli anziani in Toscana - I risultati dell'indagine Passi d'argento 2017, 2018.

¹⁹ Il Profilo di salute è lo strumento di analisi dei bisogni e delle risorse della zona distretto, introdotto in ambito sociosanitario dalla legislazione regionale toscana come documento preliminare alla definizione degli strumenti di programmazione locale, il Piano integrato di salute e il Piano di inclusione zonale.

Fig. 2.5. Composizione della popolazione, comuni della provincia di Livorno, valori percentuali, dati Istat 2019.

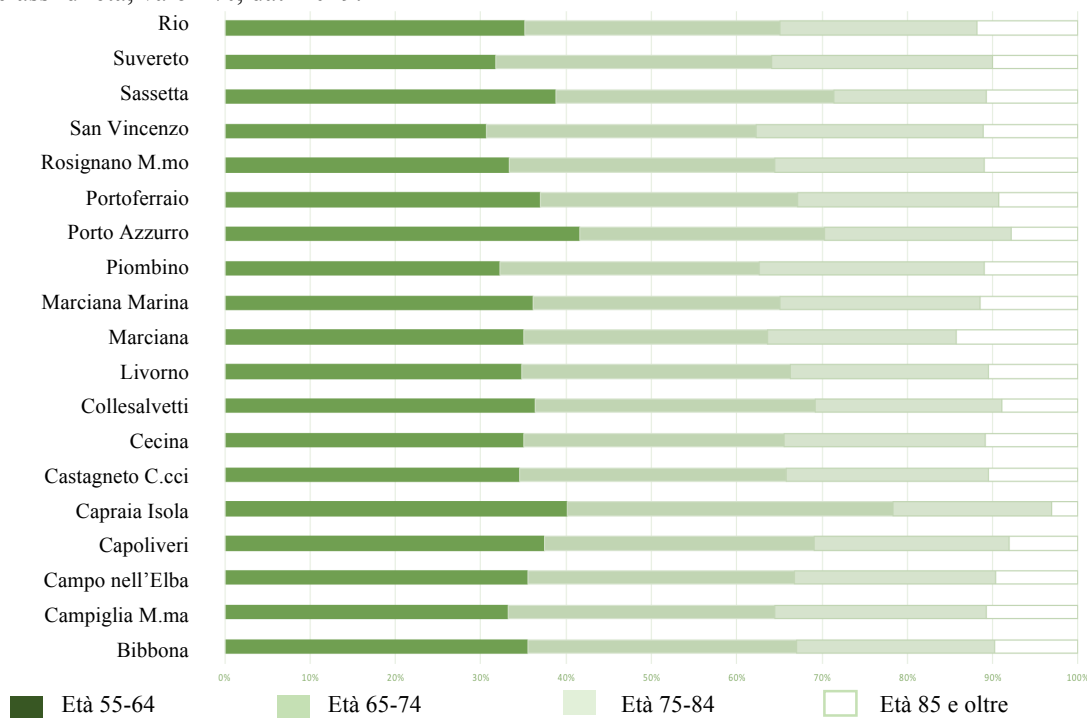


È possibile approfondire la composizione della popolazione anziana, distinguendo le diverse fasce di età: dai 55 ai 64 anni (i quasi anziani), dai 65 ai 74 anni (terza età), dai 74 agli 85 (quarta età), oltre gli 85 anni (i grandi anziani).

Anche se in ambito statistico l'età anziana è fissata dai 65 anni di età, a livello epidemiologico è utile considerare le quattro fasce di età in modo specifico: mentre la popolazione over 74 rappresenta il corpo di anziani a maggior rischio di vulnerabilità e di perdita di autonomie, la popolazione compresa tra i 55 e i 74 anni costituisce, anche dal punto di vista della strategia dell'invecchiamento attivo, un target "positivo", su cui concentrare azioni di prevenzione e di promozione della salute, ma anche da valorizzare in termini di risorsa per la comunità locale. Se infatti normalmente dai 75 anni di età aumenta l'effettiva perdita di autonomie e il conseguente aumento dei consumi sociosanitari, la popolazione compresa nelle altre due classi di età è potenzialmente una popolazione sana, in parte ancora impegnata in attività lavorativa, comunque da considerare come componente attiva della società.

Nel confronto provinciale, Livorno presenta una situazione che potremmo dire equilibrata: circa i due terzi della popolazione target considerata ha meno di 75 anni, la componente dei grandi anziani è di circa il 10%. Rispetto al contiguo comune di Collesalveti, la componente di quarta età e grandi anziani livornese è maggiore, ma resta comunque inferiore rispetto ad altre situazioni più critiche, San Vincenzo e Piombino in primis, dove la componente degli anziani potenzialmente fragili arriva quasi al 40% del totale della popolazione over 55 (Fig. 2.6).

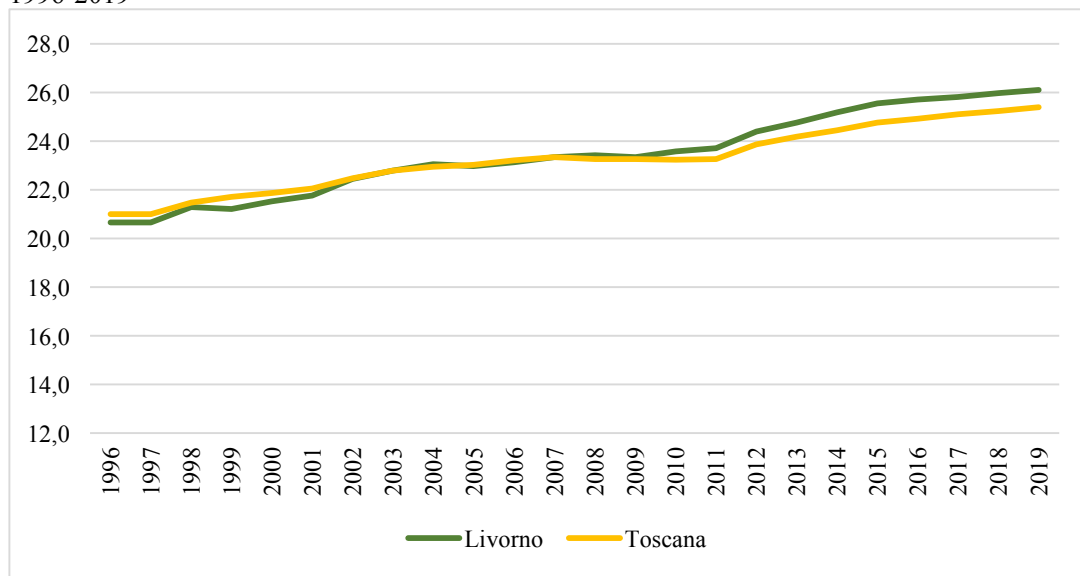
Fig. 2.6. Composizione della popolazione di età superiore ai 55 anni nei comuni della provincia di Livorno, per classi di età, valori %, dati 2019.



Fonte: Istat, 2019

L'indice di invecchiamento pesa statisticamente la popolazione over 65 residente sul totale: l'andamento di questo indice nella zona distretto livornese nell'ultimo ventennio ha seguito tendenzialmente la media regionale, per poi iniziare, dal 2011 in poi, ad incrementare più rapidamente (Fig. 2.7).

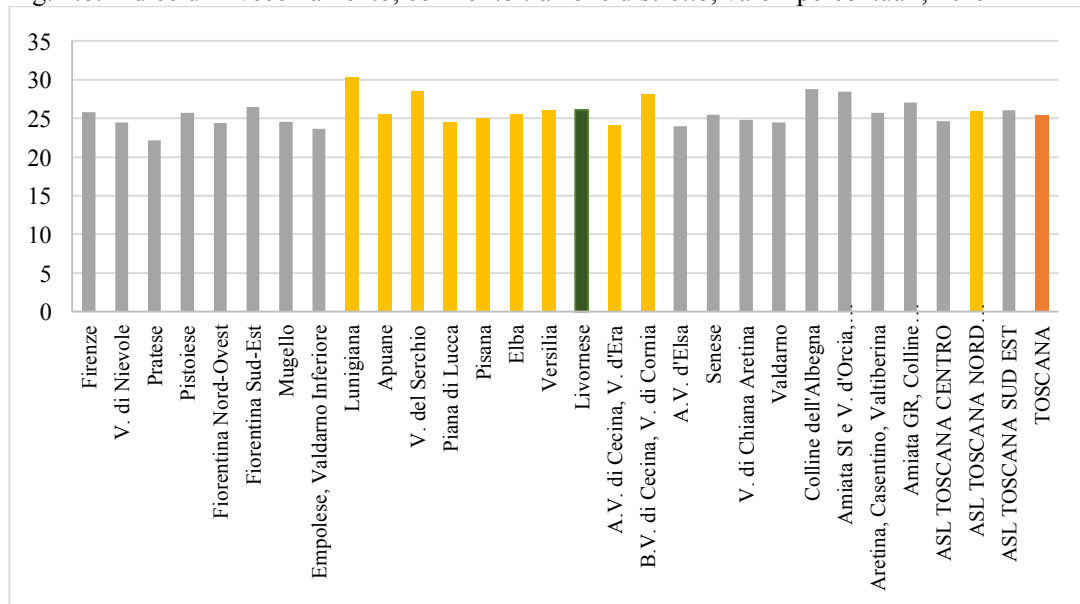
Fig. 2.7. Indice di invecchiamento, valori percentuali, confronto zona distretto livornese e Regione Toscana, 1996-2019



Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, Profili di Salute, 2019.

Nel confronto con le altre zone distretto dell'area vasta Toscana Nord Ovest (Fig. 2.8) l'indice livornese è il quarto per valore: è inferiore a quelli rilevati nelle zone Lunigiana, Apuane, Val di Cornia, superiore a tutte le altre.

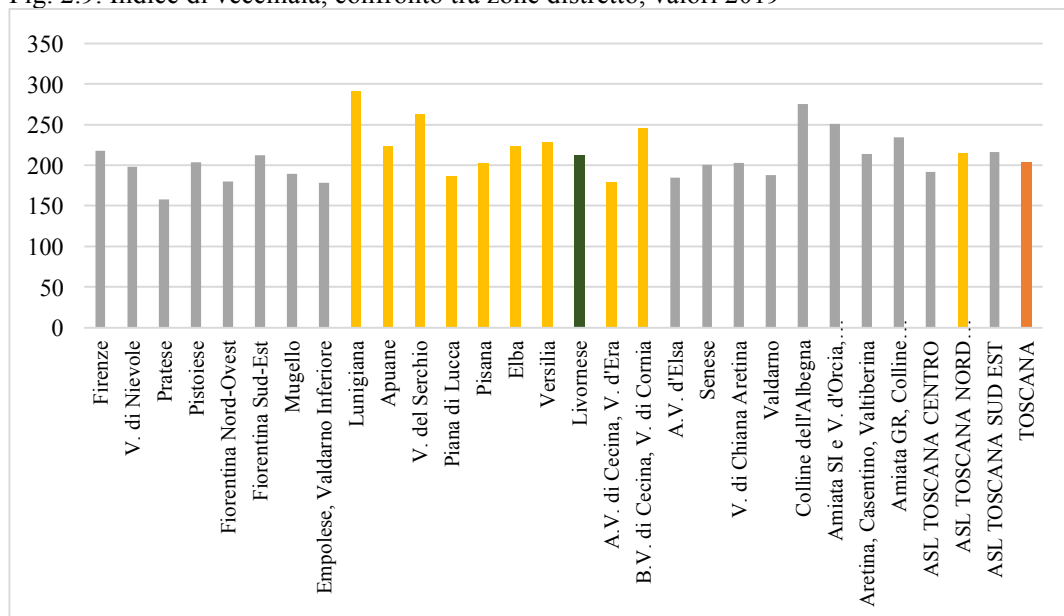
Fig. 2.8. Indice di invecchiamento, confronto tra zone distretto, valori percentuali, 2019



Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, Profili di Salute, 2019.

Un altro indicatore tradizionalmente utilizzato per rappresentare il peso della popolazione anziana è l'indice di vecchiaia, che misura il numero di anziani (over65) sulla popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni. Più il rapporto è superiore a 100, più è alto il disequilibrio tra le due componenti, a favore della popolazione anziana. L'indice regionale per il 2019 è pari a 205, cioè per ogni 100 bambini di età compresa tra gli 0 e i 14 anni ci sono 205 persone ultrasessantacinquenni. Il valore di zona distretto livornese è pari a 213, quindi più alto della media regionale ma lievemente inferiore alla media delle zone che compongono l'area vasta Nord Ovest, pari a 215 (Fig. 2.9).

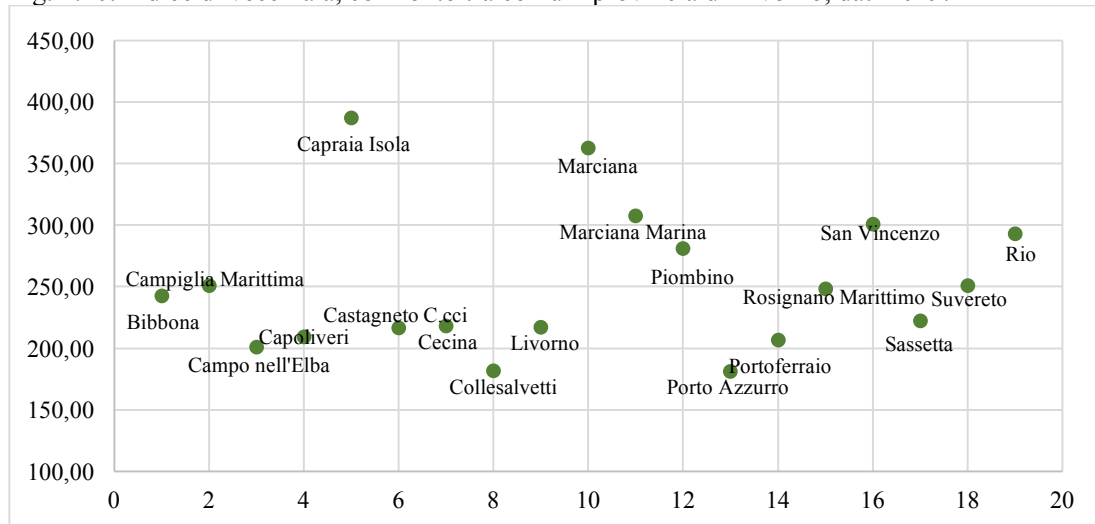
Fig. 2.9. Indice di vecchiaia, confronto tra zone distretto, valori 2019



Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, Profili di Salute, 2019.

All'interno della provincia di Livorno i valori dell'indice di vecchiaia dei comuni sono molto eterogenei (Fig. 2.10). I valori estremi si registrano nei due comuni che con Livorno costituiscono la zona distretto: a Collesalvetti il più basso (181), a Capraia Isola il più alto (386). Il dato del comune di Livorno è pari a 216,9.

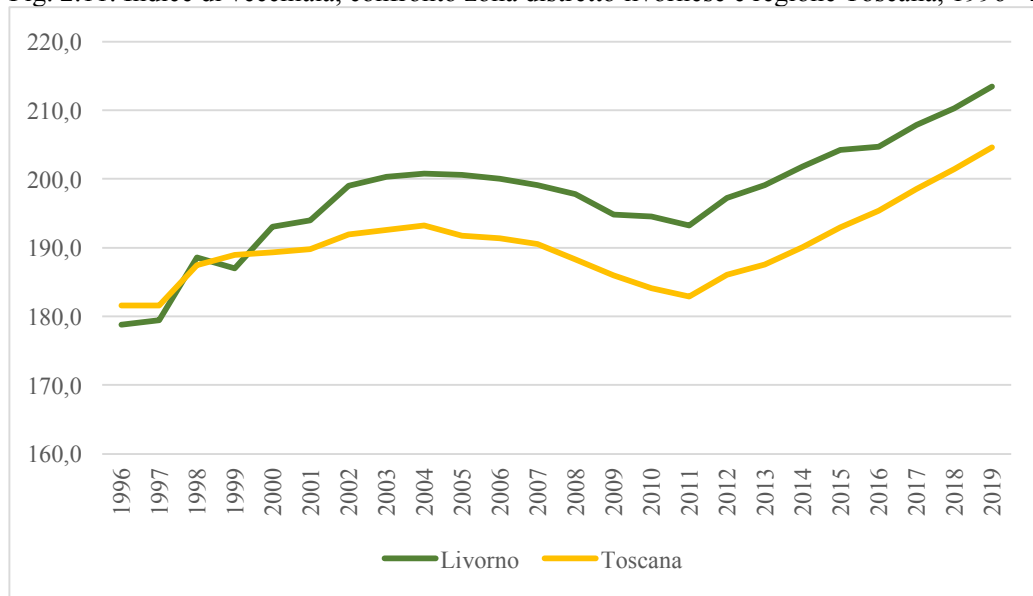
Fig. 2.10. Indice di vecchiaia, confronto tra comuni provincia di Livorno, dati 2019.



Fonte: Elaborazione su dati Istat, 2019.

L'evoluzione dell'indice rispetto alla media regionale nell'ultimo ventennio evidenzia dal 2000 in poi un andamento che segue la tendenza regionale, attestandosi però su valori costantemente più alti (Fig. 2.11).

Fig. 2.11. Indice di vecchiaia, confronto zona distretto livornese e regione Toscana, 1996 - 2019



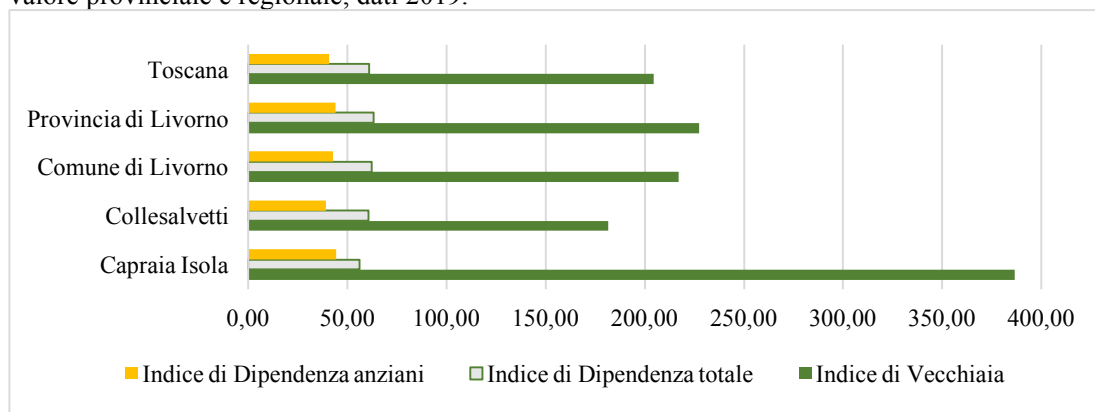
Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, Profili di Salute, 2019.

Altri due indici utilizzati per misurare il “carico” delle componenti potenzialmente deboli della popolazione sono gli indici di dipendenza anziani e l'indice di dipendenza totale (o globale). Il primo è dato dal rapporto tra la popolazione over 65 e la popolazione in età compresa tra i 15 e i 64 anni, considerata convenzionalmente popolazione “attiva” dal punto di vista economico e sociale, il

secondo invece riguarda il rapporto tra la popolazione di età 0-14 sommata alla popolazione over 65 e la popolazione attiva. Nel primo caso si misura quindi il potenziale carico di cura determinato dalla presenza di popolazione anziana, il secondo tiene conto congiuntamente del carico di cura della prima e terza età, che grava sulla componente attiva della popolazione.

Il confronto tra i due indici e l'indice di vecchiaia (Fig. 2.12), rilevati su base regionale, provinciale e nei comuni della zona distretto livornese, conferma quanto già evidenziato in riferimento ai singoli indici già considerati: i valori di Livorno sono lievemente più alti di quelli regionali in tutte e tre le variabili. Lo scarto tra i due indici di dipendenza mostra quanto del carico sia dovuto alla componente infra quattordicenne della popolazione: più i due valori si avvicinano, minore è il peso di tale componente. Nei tre comuni lo scarto minore si rileva in Capraia Isola, dove la componente anziana è prevalente: l'indice di vecchiaia infatti raggiunge il valore di oltre 386 anziani ogni 100 abitanti sotto i 14 anni.

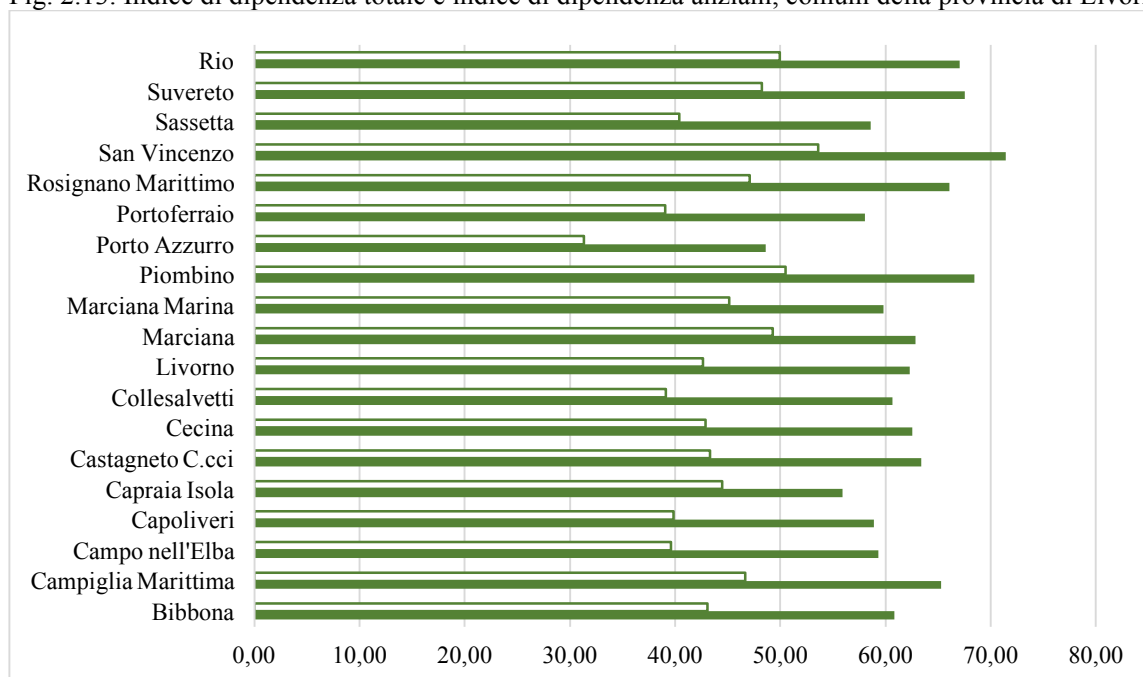
Fig. 2.12. Indici di dipendenza anziani e totale, indice di vecchiaia, confronto tra valori comunali di zona distretto, valore provinciale e regionale, dati 2019.



Fonte: Elaborazione su dati Istat, 2019

La rappresentazione dei due indici di dipendenza dei comuni della provincia di Livorno valorizza le specificità del territorio (Fig. 2.13).

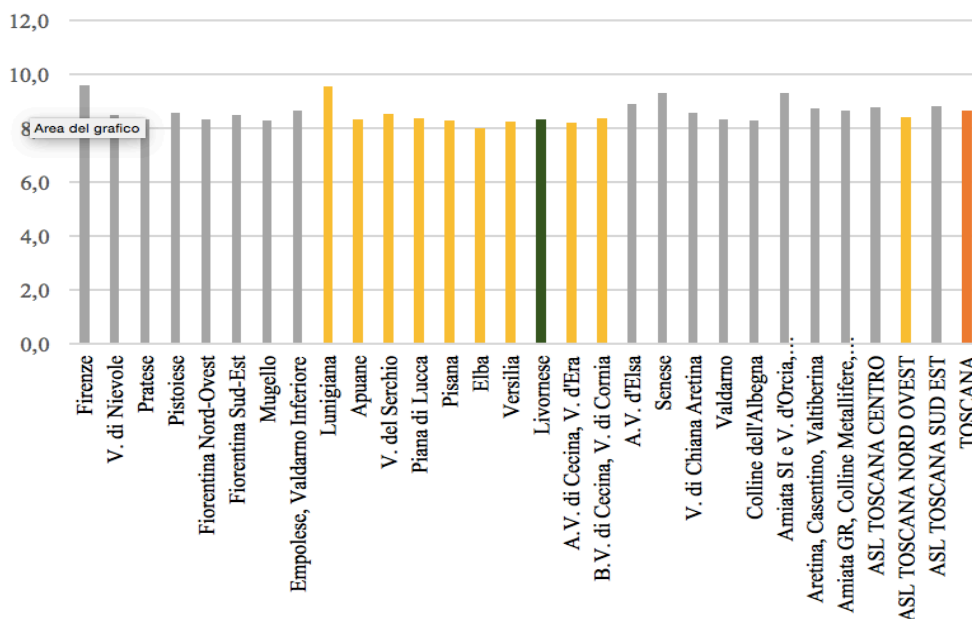
Fig. 2.13. Indice di dipendenza totale e indice di dipendenza anziani, comuni della provincia di Livorno, 2019



Fonte: Elaborazione su dati Istat, 2019

Come già sottolineato sopra, la presenza della popolazione anziana non è di per sé un indice di bisogno assistenziale. Per avere una stima della quota di anziani fragili o con limitazioni di autonomia si riportano i dati forniti dall’Agenzia regionale di sanità (ARS), pubblicati nei Profili di salute zonale predisposti per l’avvio della programmazione sociosanitaria. In termini percentuali, la popolazione stimata non autosufficiente nella zona distretto livornese nel 2019 è pari a circa 3800 persone, pari all’8,3% della popolazione anziana. Nel confronto regionale (Fig. 2.14), il valore livornese è più basso rispetto alla media toscana (8,7) e alla media di area vasta (8,4).

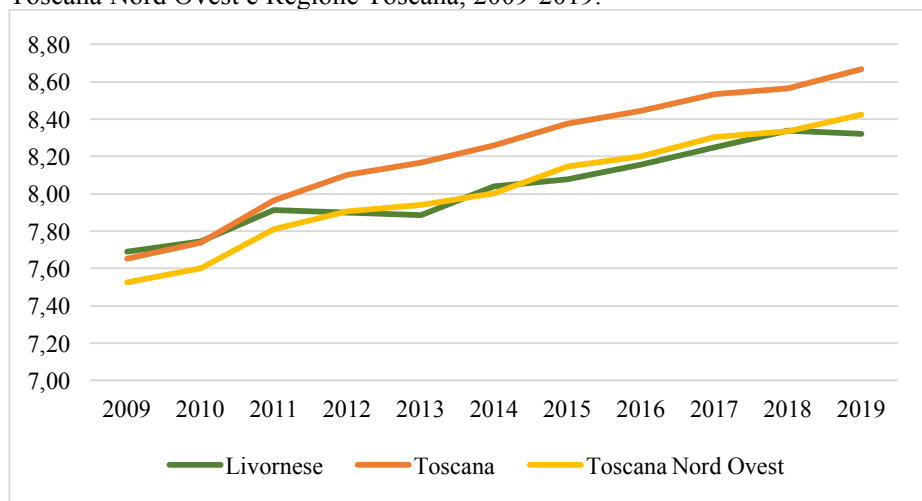
Fig. 2.14. Anziani non autosufficienti, confronto zonale, per area vasta e regione, dati 2019



Fonte: Elaborazione su dati ARS-Osservatorio sociale regionale, 2019.

La percentuale di anziani non autosufficienti negli ultimi dieci anni nella zona distretto livornese è aumentata in misura minore rispetto al dato regionale e di area vasta. Nel 2009 il dato livornese risultava il più alto, mentre dal 2010 in avanti il suo incremento è progressivamente diminuito, diversamente da quanto registrato a livello di area vasta e di regione (Fig. 2.15).

Fig. 2.15. Anziani non autosufficienti, percentuale su popolazione target, confronto Zona distretto livornese, Area Toscana Nord Ovest e Regione Toscana, 2009-2019.

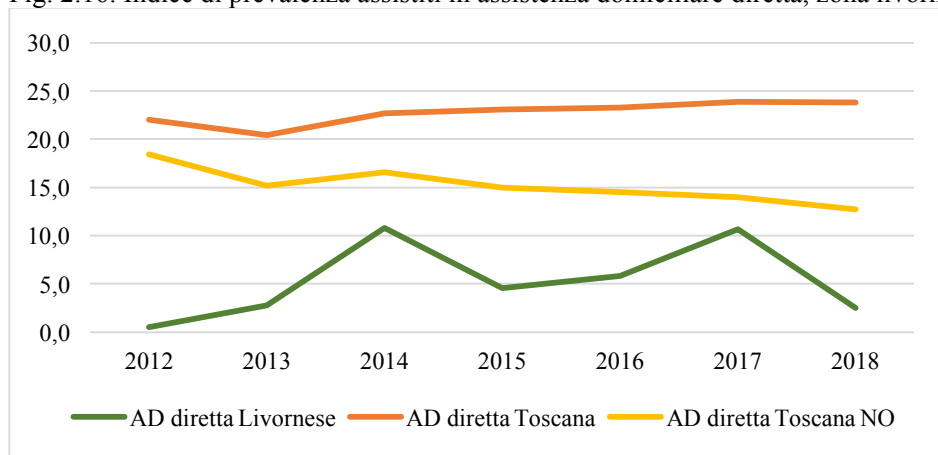


Fonte: Elaborazione su dati ARS-Osservatorio sociale regionale, 2019.

Alcune informazioni ulteriori possono essere ricavate in tema di numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare e in RSA permanente.

Il primo indicatore offre una misura delle persone anziane che sono curate a domicilio dalla rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza²⁰, cioè dell'utenza intercettata a cui è stato possibile offrire almeno una risposta diretta, con l'intervento di operatori sociosanitari. Si distingue dall'assistenza domiciliare indiretta, che prevede la corresponsione di un contributo economico finalizzato. Rispetto al bacino di domanda assistenziale è sicuramente un valore sottostimato, ma comunque significativo per confrontare la situazione livornese con le altre zone distretto. I dati disponibili riguardano il periodo 2012-2018, e mostrano per la zona distretto livornese un andamento discontinuo, diversamente da quanto rilevato nelle altre zone distretto dell'area vasta e a livello regionale (Fig. 2.16).

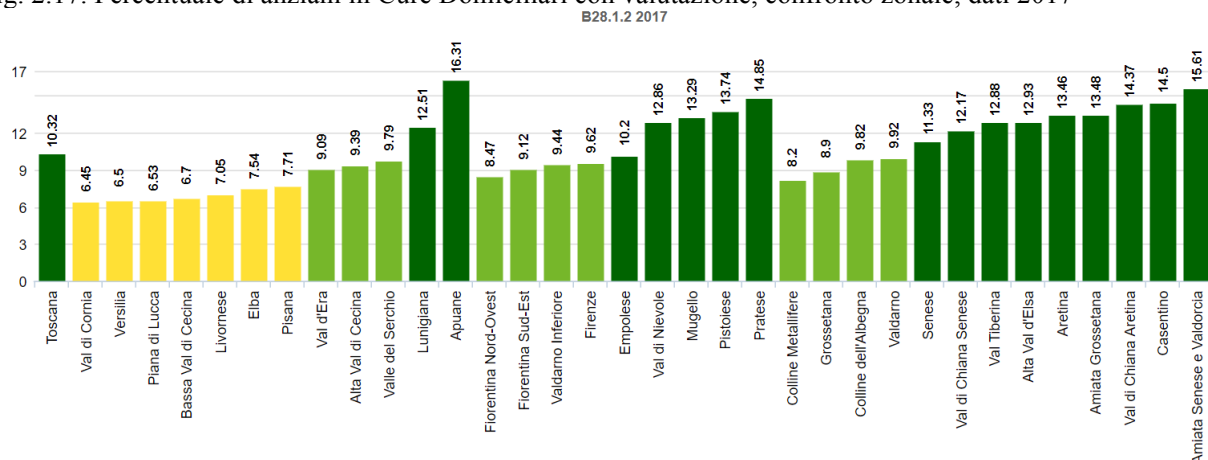
Fig. 2.16. Indice di prevalenza assistiti in assistenza domiciliare diretta, zona livornese e regione, 2012-2018.



Fonte: Elaborazione su dati ARS-Osservatorio sociale regionale, 2019.

Un indicatore ulteriore del potenziale bacino di utenza degli anziani che necessitano di assistenza è quello relativo al numero di anziani per i quali è stata effettuata una valutazione ai fini dell'attivazione di cure domiciliari, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM). Anche considerando questo indicatore, il dato livornese riferito al 2017 è nettamente inferiore rispetto alle altre realtà regionali (Fig. 2.17).

Fig. 2.17. Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione, confronto zonale, dati 2017

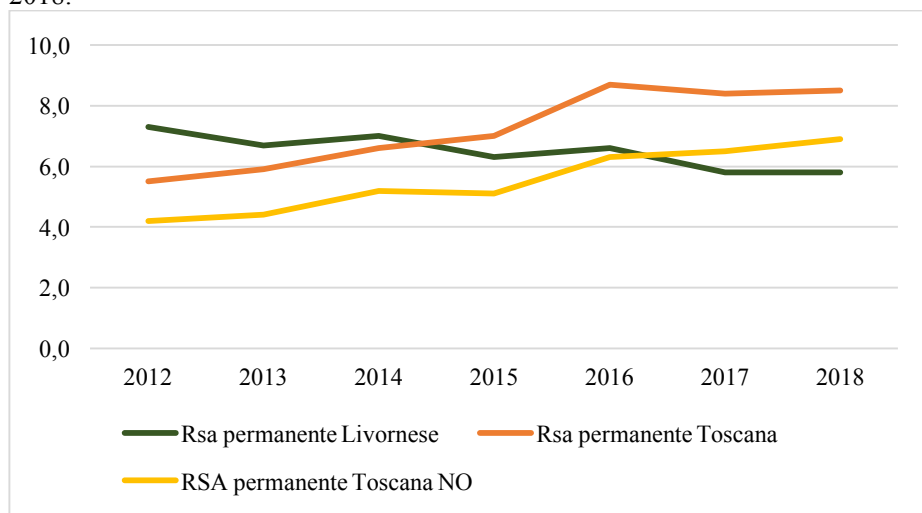


Fonte: Mes Lab, 2018.

²⁰ L'indicatore misura il numero di residenti over 65 che hanno ricevuto almeno una prestazione domiciliare nell'anno, sul totale dei residenti over 65 della zona distretto.

L'indice di prevalenza degli assistiti in RSA permanente²¹ ha un andamento più regolare e mostra una progressiva diminuzione del valore negli anni considerati, a fronte di un incremento costante registrato invece a livello regionale e di area vasta (Fig. 2.18). Questo andamento può essere dovuto a un calo della domanda come pure a una restrizione delle risorse (quote sanitarie) e dei posti disponibili sul territorio.

Fig. 2.18. Indice di prevalenza assistiti in RSA permanente, confronto zona distretto livornese e regione, 2012-2018.



Fonte: Elaborazione su dati ARS-Osservatorio sociale regionale, 2019.

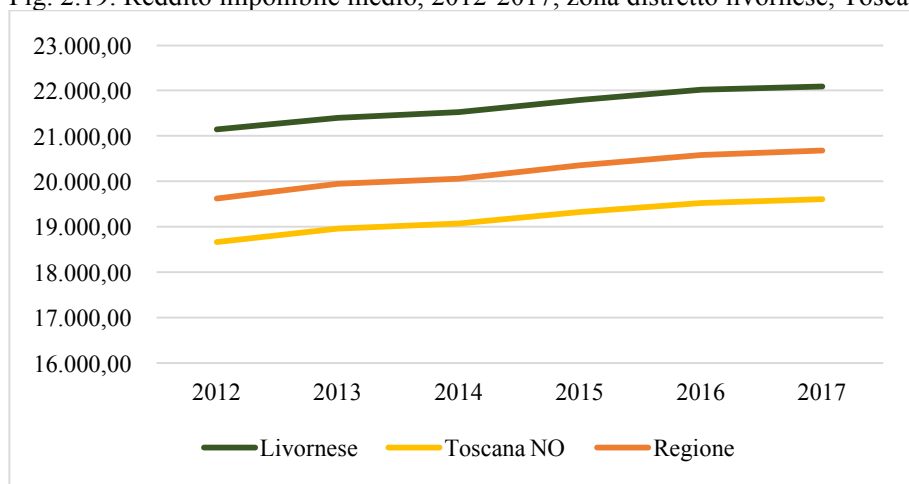
Un ultimo set di indicatori di contesto che è utile considerare ai fini della ricerca è di tipo economico: la disponibilità di risorse economiche è infatti un fattore che può incidere sulle concrete possibilità di fruizione di spazi, servizi, opportunità presenti sul territorio. La povertà, come richiamato in sede internazionale, è un fattore di ulteriore vulnerabilità per le persone anziane.

A livello zonale, gli indicatori disponibili per rappresentare questa dimensione sono tre: il reddito medio imponibile, che dà la misura della disponibilità economica di tutta la popolazione residente; l'importo medio delle pensioni erogate dall'INPS, che permette di quantificare la situazione economica delle persone anziane; il tasso di pensioni e assegni sociali erogati, che invece offre una misura approssimativa della fragilità economica della popolazione anziana. Si tratta in tutti e tre i casi di indicatori c.d. "proxy", cioè che offrono una rappresentazione vicina ma non esatta della dimensione che si vuole indagare.

La zona distretto livornese risulta avere valori più alti della media in tutti e tre gli indicatori considerati. Il reddito medio imponibile nel 2017 (ultimo anno disponibile) risulta pari a 22.097 euro, a fronte di una media regionale di 20.680 euro e di area vasta di 19.602 euro. Nel corso del quinquennio 2012-2017 tale posizione non è mai mutata nel tempo (Fig. 2.19): la zona livornese ha sempre avuto valori più alti e, analogamente alle altre due grandezze considerate, ha visto un costante incremento del dato.

²¹ L'indicatore misura il numero di residenti over 65 che hanno avuto almeno un giorno di ricovero in RSA permanente nell'anno, sul totale dei residenti over 65 della zona distretto.

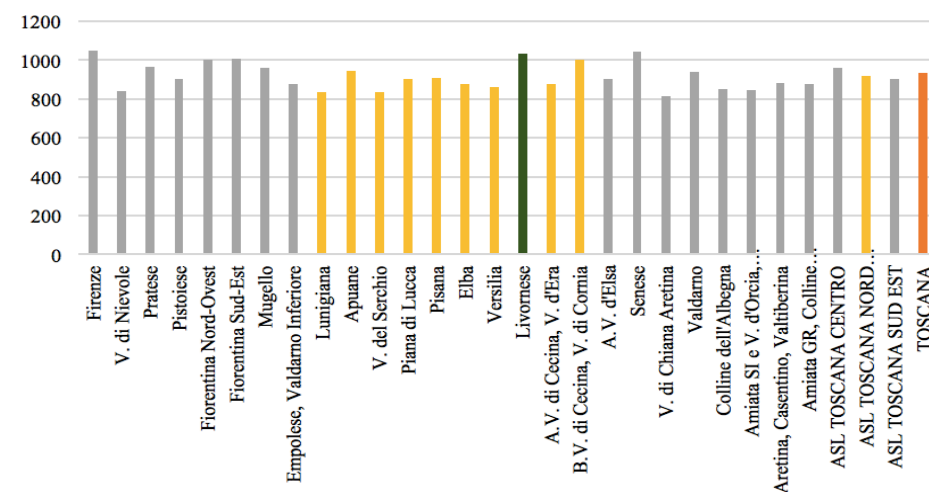
Fig. 2.19. Reddito imponibile medio, 2012-2017, zona distretto livornese, Toscana NO, regione.



Fonte: Osservatorio sociale regionale, 2019

Un indicatore che riguarda invece in modo specifico la popolazione anziana è l'importo medio delle pensioni INPS erogate alla popolazione residente. La media livornese nel 2018 supera i 1000 euro mensili (1033,4 euro), a fronte dei 932,7 euro della media regionale e dei 920 della media di area vasta. Nel confronto regionale (Fig. 2.20) il valore livornese è il terzo, dopo quello di Firenze (1049 euro) e di Siena (1043 euro).

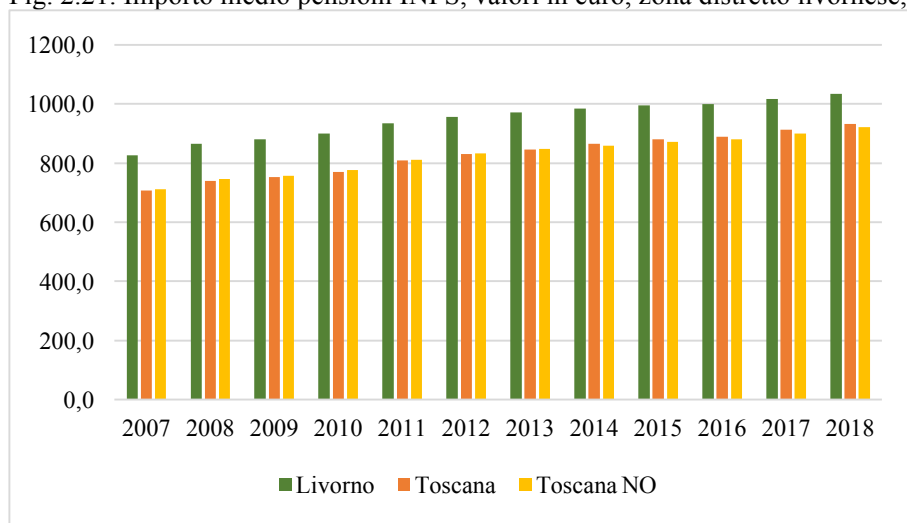
Fig. 2.20. Importo medio pensioni INPS in euro, zone distretto, aree vaste, regione, dati 2018



Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, 2019

Questa superiorità del dato livornese è una costante del medio periodo: tra il 2007 e il 2018 infatti l'importo medio è sempre stato nettamente più alto della media di area vasta e regionale. Il dato di area vasta, che fino al 2012-2013 era allineato alla media regionale, dal 2014 in poi ha iniziato a decrescere (Fig. 2.21).

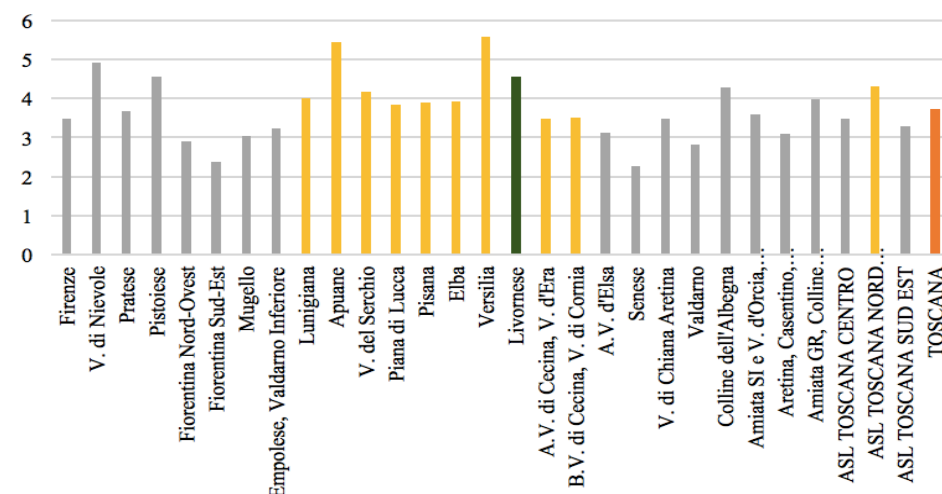
Fig. 2.21. Importo medio pensioni INPS, valori in euro, zona distretto livornese, Toscana NO, regione, 2007-2018



Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, 2019.

Un ultimo indicatore rilevante per rappresentare la situazione economica della popolazione anziana è il tasso delle pensioni e degli assegni sociali, cioè il numero delle prestazioni assistenziali erogate dall'INPS a favore della popolazione anziana residente che non ha maturato sufficiente anzianità contributiva per godere di un trattamento previdenziale. Questo indicatore offre una approssimazione del "tasso di povertà" della popolazione anziana residente. Il dato livornese risulta il terzo più alto nell'area vasta, dopo le Apuane e la Versilia e il quarto su base regionale. Si attesta nel 2018 a 4,87, a fronte di una media regionale del 3,72 e di area vasta del 4,30 (Fig. 2.22).

Fig. 2.22. Tasso pensioni e assegni sociali, valori percentuali, zone distretto, aree vaste, regione, 2018.



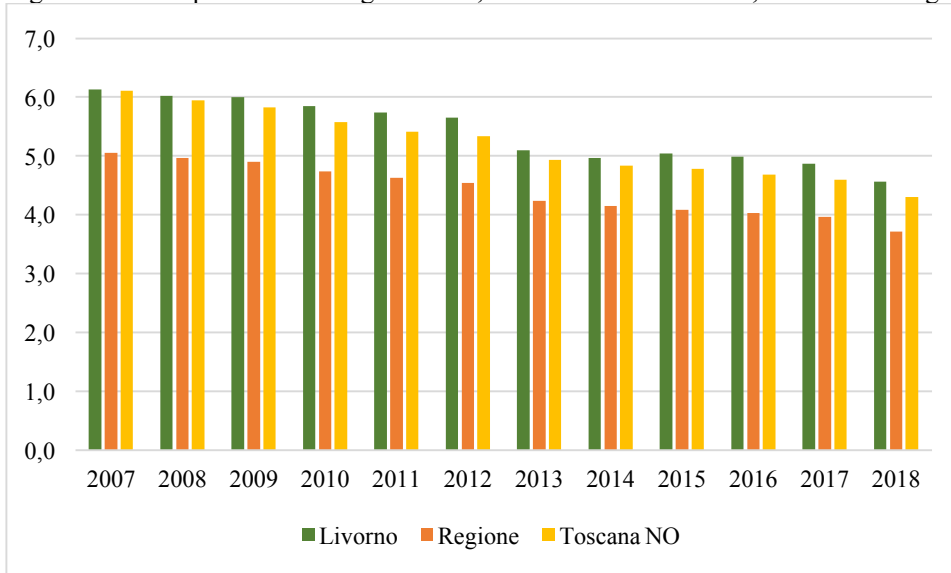
Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, 2019.

Se si guarda al periodo 2007-2018, il dato della zona distretto è costantemente superiore a quello regionale e di area vasta (Fig. 2.23). Tutti e tre i valori risultano decrescenti, indice di un miglioramento generale della condizione della popolazione anziana residente, che trova conferma nel trend crescente degli indicatori relativi al reddito imponibile medio e all'importo medio di pensioni erogate.

Resta comunque evidente una peculiarità della zona distretto livornese, che a fronte di indici di ricchezza positivi, presenta anche un tasso di pensioni e assegni sociali tra i più alti. Questa apparente

contraddizione può essere indice di una forte sperequazione tra i redditi pensionistici erogati, nonché di possibili carriere lavorative non sempre regolari dal punto di vista contributivo, che quindi hanno allargato la platea di beneficiari di trattamenti sociali.

Fig. 2.23. Tasso pensioni e assegni sociali, zona distretto livornese, area vasta e regione, 2007 - 2018.



Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale regionale, 2019.

3. Il piano di ricerca, le fasi e gli strumenti

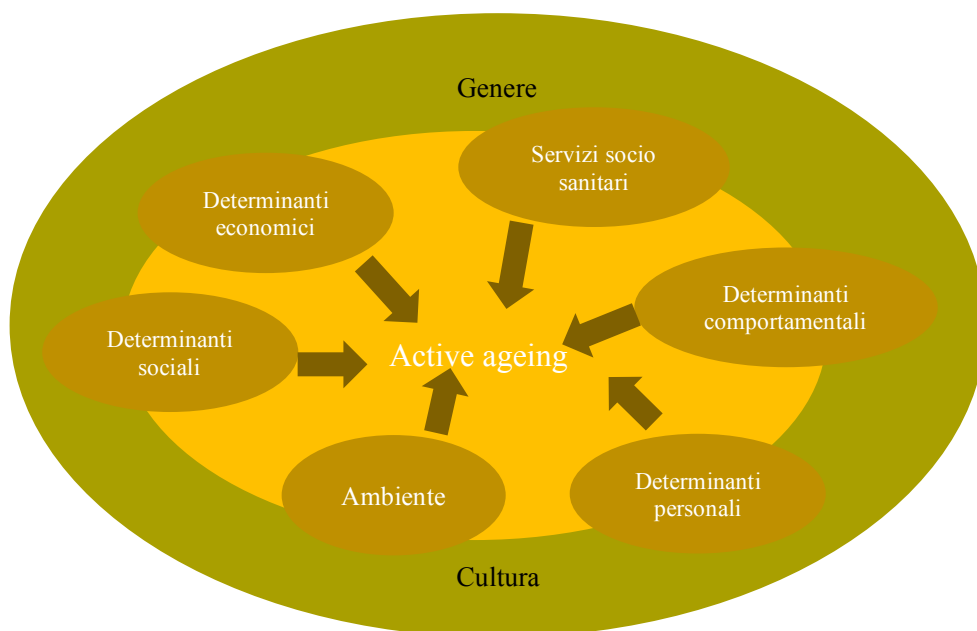
L'approfondimento del contesto scientifico e normativo è stato necessario per impostare un piano di ricerca coerente con le principali indicazioni di policy internazionale e che tenesse conto degli indirizzi nazionali e regionali esistenti.

I principi guida assunti sono stati quindi:

- l'attenzione alla dimensione intersettoriale delle politiche e degli interventi che facilitano i processi di invecchiamento attivo;
- la focalizzazione sulle materie e sulle politiche di intervento di rilevanza locale, così da evidenziare le specificità esistenti nella città di Livorno, come possibile città age friendly;
- la valorizzazione dell'apporto dei diversi soggetti attivi: le istituzioni locali, le forme organizzative espresse dalla società civile, dal volontariato, dall'associazionismo.

La prima fase di lavoro ha riguardato la ricerca di dati utili a ricostruire il contesto locale. Nella selezione degli indicatori da considerare si è fatto riferimento ai determinanti individuati dall'OMS come rilevanti ai fini dell'invecchiamento attivo relativi alle dimensioni sociali, ambientali, economiche, sociosanitarie (Fig. 3.1).

Fig. 3.1. I determinanti dell'invecchiamento attivo



Fonte: Rielaborazione OMS 2002

Le attività realizzate si sono concentrate su due aree di lavoro:

1. La ricerca delle fonti e dei dati ufficiali relativi alle caratteristiche della popolazione anziana livornese, attraverso banche dati regionali e comunali, studi tematici, report statistici e di approfondimento.

È stato così possibile costruire un profilo della popolazione anziana residente a Livorno, presentato nella sezione seguente.

2. La mappatura delle opportunità e delle risorse a favore della popolazione anziana residente a Livorno, promosse dalle organizzazioni della società civile e dalle istituzioni.

Questo secondo ambito di ricerca ha richiesto tempi e strumenti dedicati (Fig. 3.2). In particolare, l'individuazione e la selezione degli interlocutori della società civile è avvenuta attraverso la consultazione degli albi comunali delle associazioni e delle organizzazioni di volontariato. Contestualmente è stato predisposto lo strumento di rilevazione, un questionario articolato in tre sezioni, finalizzato a:

- raccogliere informazioni in merito alla presenza e al ruolo degli anziani nel mondo dell'associazionismo e del terzo settore livornese (sezione 1),
- mappare le risorse e le opportunità a questi dedicate dalle organizzazioni censite (sezione 2),
- quantificare e qualificare la fruizione da parte della popolazione anziana delle iniziative promosse dai soggetti della società civile e rivolte alla generalità della popolazione (sezione 3).

In particolare sono stati considerati i servizi e interventi esistenti, la loro localizzazione, i requisiti di accesso, le modalità di finanziamento, l'eventuale compartecipazione alla spesa, le risorse umane impegnate, i destinatari specifici raggiunti, gli elementi di criticità e le potenzialità emergenti.

L'invito a partecipare alle attività è stato rivolto in prima battuta a tutte le associazioni e organizzazioni di volontariato presenti nel registro comunale. Nei successivi contatti è stata realizzata, in accordo con Fondazione Livorno, una selezione maggiormente ragionata degli enti presenti negli albi, sulla base dell'oggetto sociale risultante dalle schede di descrizione disponibili sul sito istituzionale. Sono state così escluse le associazioni, prevalentemente attive in ambito sportivo, che risultavano svolgere attività esclusivamente con fasce giovanili di popolazione, nonché gli enti che non risultavano aver confermato la propria iscrizione nel 2018.

Per facilitare la compilazione del questionario e promuovere ulteriormente il progetto sono stati organizzati degli incontri di presentazione e assistenza tecnica: si sono svolti nei giorni 12 e 26 luglio, 13 settembre, 4 ottobre. Parallelamente è stata garantita assistenza a distanza, via mail e telefono. Sono stati così raccolti 48 questionari sui 188 inviati, con una percentuale di risposta pari al 26%.

Fig. 3.2. Il piano della rilevazione delle attività e risorse della società civile organizzata



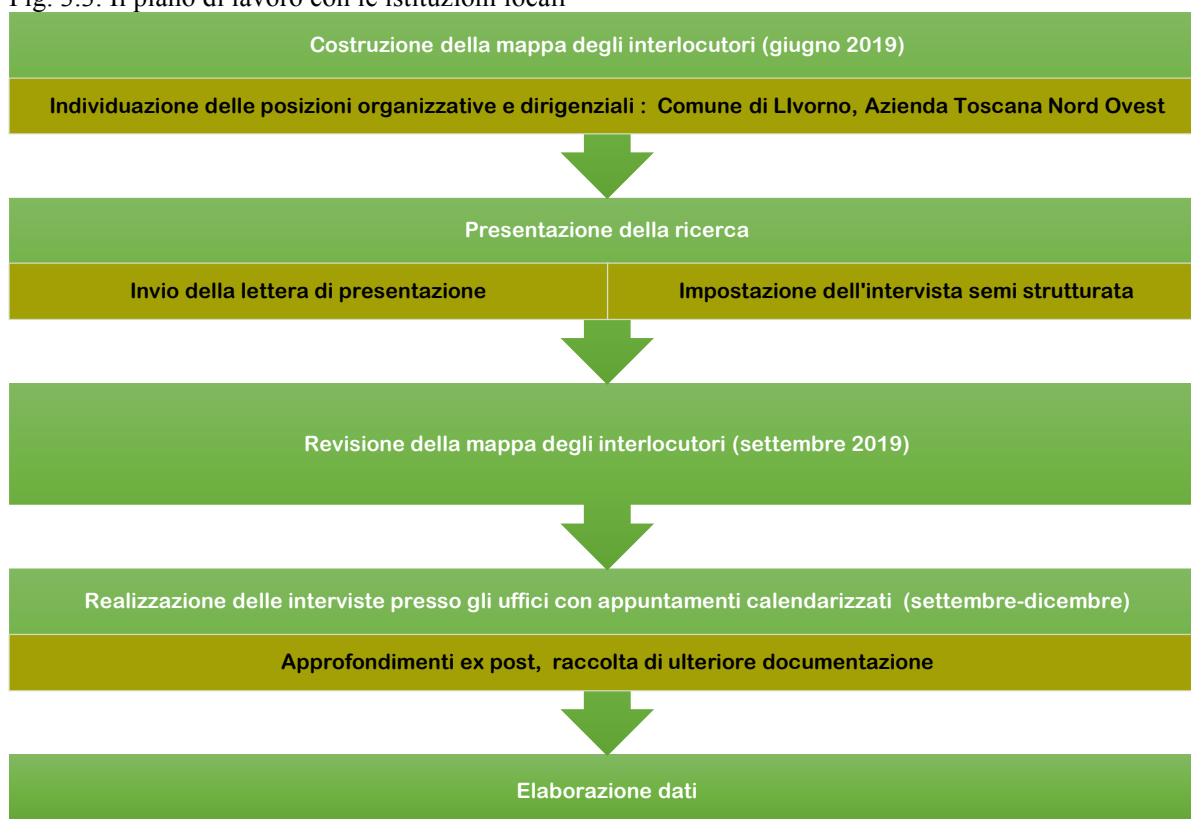
Parallelamente sono state realizzate le attività dedicate al versante istituzionale (Fig. 3.3). Anche in questo caso la prima mappatura degli interlocutori è stata realizzata attingendo alle fonti ufficiali delle organizzazioni. Per i diversi settori considerati sono state individuate le figure dirigenziali e le posizioni organizzative di riferimento. Entrambe le organizzazioni coinvolte, Comune e Azienda Sanitaria hanno subito nei mesi dedicati alla ricerca variazioni significative. Il rinnovo degli organismi comunali ha comportato anche una revisione complessiva degli incarichi dirigenziali degli uffici, con tempi di ridefinizione dell'organizzazione che si sono procrastinati fino all'autunno. Contestualmente, si sono avvicinate le figure apicali della zona distretto livornese dell'Azienda Sanitaria Toscana Nord Ovest, con conseguente ridefinizione degli interlocutori da contattare.

Gli uffici interpellati sono stati:

- per il Comune di Livorno: Dipartimento Lavori pubblici e assetto del territorio (Settore Infrastrutture e spazi urbani, Settore Ambiente e mobilità), Dipartimento servizi al cittadino (Settore Politiche sociali e socio-sanitarie, Settore Attività culturali, musei e fondazioni, Ufficio Sport e impianti sportivi)
- per la Zona distretto livornese: direzione, coordinamento sanitario, coordinamento sociale.

Per ogni settore contattato sono state concordate interviste di approfondimento in loco, con invio preliminare della traccia di intervista e successiva integrazione delle informazioni raccolte in sede attraverso ulteriori passaggi di materiale informativo.

Fig. 3.3. Il piano di lavoro con le istituzioni locali



A conclusione della raccolta dati è stato organizzato un focus di approfondimento, realizzato a inizio 2020 finalizzato a condividere una lettura complessiva dei dati emersi, evidenziare gli elementi qualificanti la situazione livornese, individuare possibili priorità di intervento per migliorare le condizioni e le opportunità di vita degli anziani nella città.

Gli strumenti

Questionario di indagine

Nome e Cognome della persona che ha compilato il questionario (se diversa dal legale rappresentante):

Sezione 1: Anagrafica, ambito di attività, compagine sociale

1. Denominazione:

2. Sede legale:

3. Anno di costituzione:

4. Ambito di attività (possibili risposte multiple)

- interventi e servizi sociali
- interventi e prestazioni sanitarie
- prestazioni socio-sanitarie
- educazione, istruzione e formazione professionale, attività culturali di interesse sociale con finalità educativa;
- interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento delle condizioni dell'ambiente e all'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali
- interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio;
- formazione universitaria e post-universitaria;
- ricerca scientifica di particolare interesse sociale;
- organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, incluse attività, anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato e delle attività di interesse generale di cui al presente articolo;
- radiodiffusione sonora a carattere comunitario;
- organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso;
- formazione extrascolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo e al contrasto della povertà educativa;
- cooperazione allo sviluppo;
- commercio equo e solidale,
- servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro
- alloggio sociale, nonché ogni altra attività di carattere residenziale temporaneo diretta a soddisfare bisogni sociali, sanitari, culturali, formativi o lavorativi;
- accoglienza umanitaria ed integrazione

5. Soci, amministratori, volontari

5.1 Indicare il numero di soci/aderenti al 30.06.2019

Uomini	Donne	Totale

5.2. Indicare il numero di soci/aderenti al 30.06.2019 di età uguale o superiore ai 65 anni

Uomini	Donne	Totale

5.3. Indicare il numero di amministratori in carica al 30.06.2019

Uomini	Donne	Totale

5.4. Indicare il numero di amministratori in carica al 30.06.2019 di età superiore o uguale ai 65 anni

Uomini	Donne	Totale

5.5. Indicare il numero di Volontari presenti al 30.06.2019

Uomini	Donne	Totale

5.6. Indicare il numero di Volontari presenti di età uguale o superiore ai 65 anni al 30.06.2019

Uomini	Donne	Totale

Sezione 2: Attività dedicate agli anziani

1. La sua organizzazione realizza attività specifiche per anziani?

- Sì (procedere con la presente sezione)
 No (passare alla sezione 3)

2. Indicare le attività dedicate agli anziani presenti al 30.06.2019, la sede in cui sono svolte e la data di avvio

Attività	Sede	Data di avvio

3. Per ogni attività dedicata agli anziani specificare le modalità di accesso. Sono possibili più risposte per la stessa attività.

Legenda delle voci

- *Libero: la persona interessata si reca presso l'ente e accede direttamente all'attività, eventualmente previa iscrizione*
- *Su invio dei servizi sociali o sanitari: la persona interessata accede solo se inviata da servizi istituzionali sociali o sanitari del territorio (azienda asl, servizi sociali del comune)*
- *Su invio o segnalazione di altri enti: la persona interessata accede al servizio su invio o segnalazione da parte di altri enti del terzo settore*

Attività	Modalità di accesso			
n.....	<input type="checkbox"/> Libero	<input type="checkbox"/> Su invio dei servizi sociali	<input type="checkbox"/> Su invio dei servizi sanitari	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

4. Per ogni attività dedicata agli anziani indicare le modalità di compartecipazione. Sono possibili più risposte per la stessa attività.

Legenda delle voci

- *Gratuito: nessuna compartecipazione richiesta al beneficiario*
- *A pagamento: il beneficiario sostiene direttamente e integralmente il costo dell'attività fruita*
- *Compartecipazione parziale al costo: il beneficiario paga una quota del costo dell'attività fruita*

Attività	Modalità di compartecipazione			
n.....	<input type="checkbox"/> gratuito	<input type="checkbox"/> a pagamento	<input type="checkbox"/> compartecipazione parziale al costo	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

5. Indicare il numero di persone anziane beneficiarie delle attività realizzate negli ultimi 12 mesi (fino al 30.06.2019)

Attività	Uomini	Donne	Totale
....			

6. Indicare il numero di persone anziane beneficiarie delle attività di età superiore ai 75 anni

Attività	Uomini	Donne	Totale
....			

7. Indicare il valore complessivo delle attività realizzate a favore degli anziani negli ultimi 12 mesi

Valore in euro	
----------------	--

8. Indicare in quota percentuale le fonti di finanziamento delle attività svolte a favore degli anziani negli ultimi 12 mesi

Voci	Valore percentuale
Entrate pubbliche da convenzione	
Entrate pubbliche da contributi su progetto	
Entrate da contributi di finanziatori privati (comprese fondazioni bancarie)	
Entrate da compartecipazione degli utenti	
Entrate da raccolta fondi, iniziative autopromosse, ecc.	
Altre entrate (specificare)	
Totale	100%

9. Indicare il numero delle risorse umane impegnate nello svolgimento delle attività rivolte agli anziani

Risorse umane	Numero	Di cui di età uguale o superiore ai 65 anni
Retribuite		
Volontarie		

Sezione 3: Attività rivolte alla generalità della popolazione

1. La sua organizzazione realizza attività rivolte alla generalità della popolazione a cui partecipano anche persone di età superiore ai 65 anni?

- Sì (procedere con la presente sezione)
 No (la compilazione del questionario è conclusa, grazie per la collaborazione)

2. Indicare le attività presenti al 30.06.2019, la sede in cui sono svolte e la data di avvio

Attività	Sede	Data di avvio

3. Per ogni attività indicare le modalità di compartecipazione. Sono possibili più risposte per la stessa attività.

Legenda delle voci

- *Gratuito: nessuna compartecipazione richiesta al beneficiario*
- *A pagamento: il beneficiario sostiene direttamente e integralmente il costo dell'attività fruita*
- *Compartecipazione parziale al costo: il beneficiario paga una quota del costo dell'attività fruita*

Attività	Modalità di compartecipazione			
n.....	<input type="checkbox"/> gratuito	<input type="checkbox"/> a pagamento	<input type="checkbox"/> compartecipazione parziale al costo	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

4. Indicare il numero di persone beneficiarie delle attività realizzate negli ultimi 12 mesi

Attività	Uomini	Donne	Totale

5. Indicare il numero di persone di età uguale o superiore ai 65 anni beneficiarie delle attività realizzate negli ultimi 12 mesi

Attività	Uomini	Donne	Totale

6. Indicare il valore complessivo delle attività realizzate negli ultimi 12 mesi

Valore in euro	
----------------	--

7. Indicare in quota percentuale le fonti di finanziamento delle attività svolte negli ultimi 12 mesi

Voci	Valore percentuale
entrate pubbliche da convenzione	
entrate pubbliche da contributi su progetto	
entrate da contributi di finanziatori privati (comprese fondazioni bancarie)	
entrate da compartecipazione degli utenti	
entrate da raccolta fondi, iniziative autopromosse, ecc.	
altre entrate (specificare)	
Totale	100%

Intervista strutturata

Data:

Presenti:

Settore-Ufficio

1. Quali sono le attività rivolte alla generalità della popolazione con utenza anziana: descrizione, percentuale dell'utenza anziana sul totale.

2. Indicare le attività dedicate agli anziani, la sede in cui sono svolte, il soggetto gestore

3. Specificare le modalità di accesso.

Accesso	Attività
Libero	
Su domanda	
Su invio	
Altro	

4. Modalità di compartecipazione.

Modalità	
Gratuito	
A pagamento	
A compartecipazione	

5. Indicare il numero di persone anziane beneficiarie delle attività realizzate negli ultimi 12 mesi

Attività	Uomini	Donne	Totale

6. Indicare il numero di persone anziane beneficiarie delle attività di età superiore ai 75 anni

Attività	Uomini	Donne	Totale

7. Indicare il numero delle risorse umane impegnate nello svolgimento delle attività rivolte agli anziani.

Punti di forza delle politiche e dei servizi attualmente esistenti

Punti di criticità

Elementi di potenzialità

Elementi di rischio

4. Servizi e opportunità istituzionali

L'efficacia delle pratiche age friendly è condizionata da aspetti:

- a. individuali, come l'atteggiamento verso la vita, il carattere, la presenza di desideri (di conoscenza, scoperta, avventura ecc.) anche in età anziana, i progetti di vita personali;
- b. sociali, come la presenza di una famiglia e di una vita di coppia, nonché il relativo progetto di coppia, la presenza di reti familiari, amicali e sociali vive e partecipi;
- c. sanitari, come la presenza di condizioni di salute positive o, quanto meno, non ancora compromesse.
- d. culturali: con il crescere della scolarizzazione sembra crescere la propensione verso un maggior protagonismo individuale.

Nel corso di una ricerca in tema realizzata in Toscana²² (Innocenti, Vecchiato, 2013), è emerso che nella percezione degli stessi anziani i fattori che intervengono maggiormente sulla propria esperienza di invecchiamento sono riconducibili allo stile di vita, alla socializzazione, alla partecipazione.

Con il primo è stato inteso l'insieme dei comportamenti individuali riferiti alla salute, all'alimentazione, alla cura di sé e alla pratica di movimento e attività fisica; con il secondo è stata intesa la dinamica relazionale e di amicizia nonché la partecipazione con altri ad attività piacevoli e ricreative; con il terzo fattore è stato inteso l'impegno volontario e la partecipazione a gruppi organizzati.

Promuovere condizioni per un "buon invecchiamento" implica che sul territorio esistano opportunità e possibilità accessibili e non escludenti di promozione di buona salute in tutte le età, di socializzazione, a cui gli anziani possano liberamente accedere e partecipare. Tutto ciò presuppone enti locali capaci di promuovere e sostenere tali opportunità, favorendo l'auto-organizzazione delle organizzazioni sociali, progettando spazi urbani e servizi che permettano agli anziani di muoversi in sicurezza. Alcuni studi qualitativi hanno messo in evidenza infatti come gli anziani prediligano vivere in quartieri con servizi e attività commerciali di cui hanno necessità. In questo modo è più facile muoversi, camminare e fare attività fisica. Il traffico, gli spazi pedonali inadeguati e in genere la poca attenzione ai pedoni rendono la circolazione delle strade insicura e non favoriscono la mobilità degli anziani.

Ecco che in questa sezione di approfondimento sono state incluse le azioni di politica locale ed i servizi che nella città di Livorno possono favorire l'autonomia e la partecipazione degli anziani alla vita cittadina:

- l'ambito della mobilità e del trasporto;
- l'ambito delle attività culturali;
- l'ambito dei servizi sociali e sociosanitari.

Per ognuna di queste si presentano i principali interventi o servizi a favore della terza età, le iniziative più significative realizzate nell'ultimo anno ed alcuni dati quantitativi raccolti da fonti istituzionali o forniti dagli interlocutori interpellati negli approfondimenti realizzati in loco.

²² Vecchiato T., Innocenti E. (2013), Volontariato e invecchiamento attivo, Quaderni Cescvot, 10, 2013, Firenze.

4.1. Mobilità e trasporto urbano

Sulla base degli orientamenti comunitari, è in corso l'elaborazione del Piano Urbano di Mobilità Sostenibile (PUMS) del Comune di Livorno, che introduce il concetto di pianificazione partecipata e integrata rispetto alla pianificazione territoriale esistente.

Il processo di elaborazione e attuazione di questi piani si fonda sui principi di cooperazione tra i vari livelli istituzionali, collaborazione tra aree urbane vicine, valutazione della performance presente e futura e coinvolgimento pubblico degli stakeholders. Il 4 agosto 2017 sono state approvate con decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti le Linee guida per la redazione dei PUMS.

Il piano operativo per la realizzazione del piano del Comune di Livorno, deliberato nel giugno 2019 prevede il coinvolgimento di portatori di interesse, distinti in:

1. Stakeholders primari: chi sarà influenzato positivamente o negativamente dalle nuove misure di trasporto (ad esempio, i cittadini in generale, i diversi gruppi sociali o le professioni, alcuni quartieri della città, rami aziendali, le singole organizzazioni);
2. Attori chiave: chi ha la responsabilità politica (sindaci, assessori, altri livelli di autorità), chi ha le risorse finanziarie (fondi pubblici e privati), chi ha l'autorità (per competenza istituzionale o territoriale), chi ha le capacità e le competenze (amministrazioni pubbliche, università, settore privato) nei settori dei trasporti e affini (uso del suolo, ambiente, istruzione, sanità, turismo etc.);
3. Intermediari: chi attua la politica dei trasporti (TPL e gestori di infrastrutture, Amministrazioni pubbliche, polizia, etc.), chi svolge importanti attività nel settore dei trasporti (operatori del trasporto merci, porti, aeroporti, etc.), chi rappresenta i gruppi di interesse pertinenti (associazioni camere, cooperative, reti), chi informa e relaziona sui trasporti (autorità, operatori, media locali).

In relazione al tema della mobilità, sono da considerare come "stakeholder" anche tutti i cittadini/e, stratificati rispetto alle variabili più significative: fascia di età (elemento essenziale per l'autonomia e le esigenze in termini di mobilità) e zona di residenza, in funzione della situazione territoriale della città. Tra questi sono considerati anche gli anziani, che con gli altri gruppi di cittadini "deboli" (giovani, minoranze etniche, persone con disabilità, persone con basso livello di istruzione) sono riconosciuti dal documento stesso come i più difficili da raggiungere e da coinvolgere in un processo partecipato. Per superare questa criticità, il tessuto associativo cittadino e l'ente locale sono chiamati ad uno sforzo di advocacy notevole, soprattutto tenuto conto che l'utenza debole è anche quella che potrebbe trarre maggiore giovamento dalla realizzazione di un piano di mobilità urbana realmente improntato all'accessibilità per tutti i cittadini.

I temi legati alla mobilità che dovrebbero essere esaminati in via prioritaria nel PUMS sono:

- Trasporto pubblico
- Mobilità ciclabile
- Mobilità pedonale
- Mobilità per persone con disabilità
- Sicurezza stradale
- Zona a traffico limitato
- Inquinamento da traffico veicolare
- Viabilità (adeguatezza della rete stradale)
- Sosta e parcheggi
- Mobilità delle merci
- Traffico veicolare privato.

Di questi, ve ne sono alcuni, come la mobilità pedonale e per le persone con disabilità e il trasporto pubblico, che hanno maggiore attinenza ai temi dell'invecchiamento e delle peculiari esigenze di mobilità della popolazione anziana, ma in generale tutti i principali argomenti del Piano possono essere declinati in una dimensione "age friendly".

La mobilità cittadina è fortemente influenzata dalla qualità e accessibilità del trasporto urbano.

Attraverso l'ufficio mobilità del Comune di Livorno è stato possibile quantificare il numero di utilizzatori abituali del servizio di trasporto urbano. Per le tessere infatti è possibile risalire al dato aggregato degli utenti over 65, mentre non è monitorabile l'uso dei mezzi pubblici tramite l'acquisto di titoli di viaggio semplici. I dati così reperiti sono quindi probabilmente sottostimati rispetto al totale dei fruitori del servizio, ma comunque rappresentativi.

Con riferimento al 2019, gli utenti over 65 che hanno acquistato abbonamenti sono stati 3.192, su un totale di 6.707 tessere, pari a quasi il 50%. Di queste, 1.286 sono le tessere agevolate attribuite agli utenti anziani secondo i criteri della legge regionale n. 100 del 1998 (Tab. 4.1).

In base alla normativa regionale (Legge regionale 23 dicembre 1998, n. 100, Disciplina tariffaria di trasporto pubblico locale in favore di particolari categorie) tra i beneficiari di tariffe agevolate per l'acquisto di biglietti ed abbonamenti di trasporto pubblico vi sono anche i cittadini di età superiore ai 65 anni purché in situazioni di fragilità economica:

1) se celibi, vedovi, liberi di stato o giudizialmente separati, percettori di un reddito annuo personale imponibile ai fini IRPEF non superiore all'importo della pensione minima INPS maggiorata ai sensi della legge 15 aprile 1985, n. 140 e successive modificazioni.

2) se coniugati, qualora il reddito personale del richiedente non superi quello sopra indicato ed il reddito annuale di coppia non superi 2,5 volte il medesimo limite, ovvero se il reddito del richiedente superi quello indicato al punto precedente ma il reddito di coppia non superi il doppio del medesimo limite.

I requisiti di reddito sono accertati attraverso l'applicazione dell'ISEE. L'incidenza dell'utenza anziana, già alta in termini complessivi, è quindi per una quota significativa un'utenza economicamente fragile: su 100 utenti abituali del servizio di trasporto urbano, ve ne sono 48 anziani, di cui 19 in situazioni economiche critiche. Indicizzato sulla popolazione, questo significa che per 1000 anziani presenti a Livorno, ve ne sono almeno 77 che utilizzano i mezzi pubblici abitualmente, e di questi, 31 sono in situazione economica precaria. Oltre due su tre utilizzano in trasporto pubblico in ambito urbano (Tab. 4.2).

Tab. 4.1. Utilizzo del trasporto locale: numero tessere Carta Mobile e tessere agevolate, utenza totale e over 65, valori assoluti, percentuali e indicizzati sulla popolazione residente, 2019

Tessere 2019	N. tessere totale	N. tessere over 65	b/a*100	N. tessere/pop. totale*1000	N. tessere/pop over 65*1000
Carta mobile	5.078	1.906	38%	32,18	45,96
Tessere agevolate	1.629	1.286	79%	10,32	31,01
Totali	6.707	3.192	48%	42,51	76,98

Fonte: Elaborazioni su dati Comune di Livorno

Tab. 4.2. Utenti over 65 per tipologia di abbonamento utilizzato

Utenti tessere agevolate per tipologia di abbonamento	n° tessere
abbonamenti urbani	918
abb.extr.inf.50 km	363
abb.urb.+ extr.inf.50km	2

Utenti tessere agevolate per tipologia di abbonamento	n° tessere
abb.extr. inf. 50 km	2
abb.urb.+ extr.inf.50km	1

Fonte: Comune di Livorno

In sede di approfondimento con i tecnici del Comune di Livorno sono emersi i seguenti elementi:

<p>Punti di forza Traffico e mobilità hanno numeri più gestibili rispetto ad altre città.</p>	<p>Opportunità Stagione di programmazione in avvio, con un'attenzione specifica alla mobilità delle fasce vulnerabili di popolazione</p>
<p>Punti di criticità Condizione di anziano non rileva di per sé, ma in quanto caratterizzato da una condizione di disabilità-non autosufficienza, ecc. Non ci sono ad oggi interventi mirati per questo target.</p>	<p>Rischi La città ha limiti strutturali in termini di spazi, barriere architettoniche, ecc. C'è un piano di riduzione progressiva delle barriere architettoniche, ma con tempi di attuazione lunghi e una articolazione per zone.</p>

4.2. Attività culturali

Nell'approfondimento delle opportunità per gli anziani in ambito culturale sono state considerate le reti bibliotecaria, teatrale e museale livornese di titolarità comunale. I plessi sono distribuiti prevalentemente nei quartieri centrali della città (Fig. 4.1).

Fig. 4.1. Plessi bibliotecari, musei e teatri, Comune di Livorno

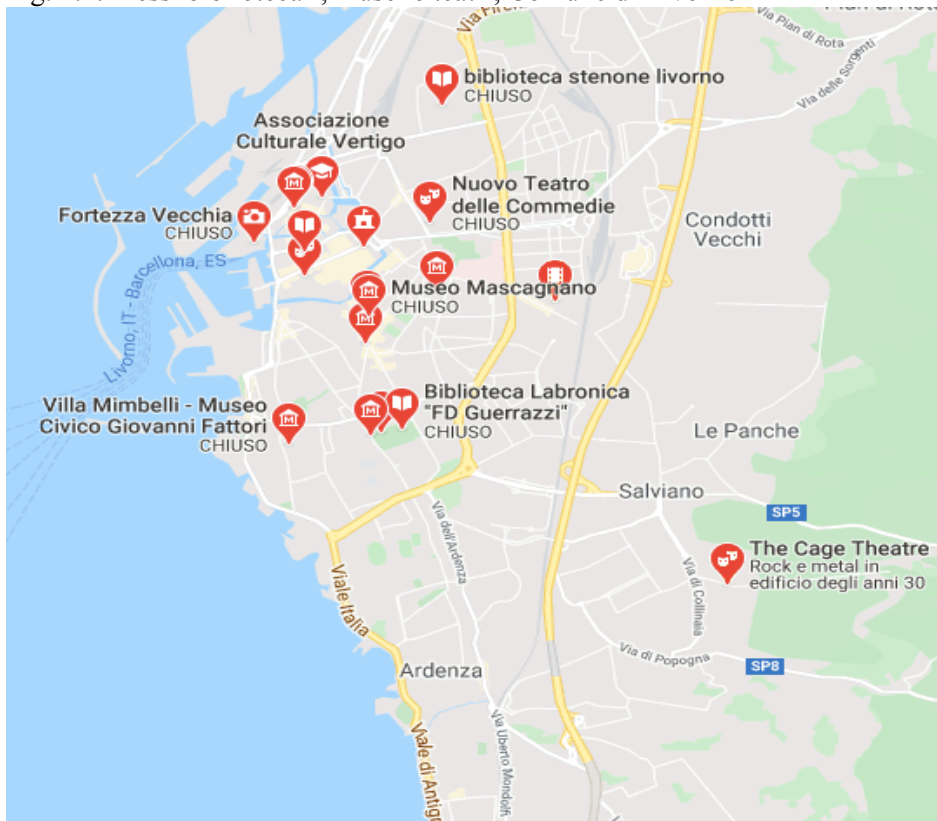


Immagine estratta da googlemaps il 30 marzo 2020

La rete bibliotecaria labronica F.D. Guerrazzi si articola in sei sedi, distribuite nella città: la sede storica e centrale di Villa Fabbriotti, che ospita anche la biblioteca dei ragazzi, la Biblioteca Nicolò Stenone, l'Emeroteca, la biblioteca di Villa Maria e il recente plesso dei Bottini dell'Olio. Tutte le sedi sono aperte al pubblico con orari diurni differenziati.

Ogni sede, oltre ai servizi bibliotecari di consultazione e prestito, promuove iniziative ed incontri pubblici ad accesso libero: cicli di seminari su temi storici e artistici, presentazioni di volumi e opere, incontri con autori. La calendarizzazione delle iniziative avviene annualmente con il coinvolgimento di associazioni interessate, in un'ottica di coinvolgimento di tutta la popolazione. Nell'approfondimento con la referente del comune, dott.ssa Luschi, la presenza degli anziani risulta significativa, pur in assenza di dati di dettaglio in merito agli ingressi.

In termini generali, l'unica fonte di dati certi in merito alla presenza di over 65 e alla fruizione dei servizi di rete bibliotecaria è il numero dei tesserati ammessi a prestito: dagli ultimi dati disponibili il 17% dei tesserati del sistema bibliotecario ha un'età superiore ai 65 anni.

Le iniziative culturali promosse presso le sedi bibliotecarie sono molto frequentate da questo target di popolazione. Secondo la responsabile, è possibile stimare una presenza costante di persone in età avanzata presso gli incontri culturali (almeno il 60% dei partecipanti) e alle presentazioni di volumi (circa il 40%).

Presso le biblioteche Villa Fabbriotti e bottini dell'olio sono presenti tre gruppi di lettura, che organizzano incontri mensili dedicati alla lettura di libri, si tratta di un'iniziativa autopromossa, che coinvolge anche lettori over 65.

Le strutture museali che fanno capo al comune sono il Museo Fattori e il Museo della città: in entrambi i casi la fruizione da parte del pubblico riguarda sia le esposizioni museali permanenti e temporanee, sia la realizzazione di iniziative di incontri, presentazioni, conferenze su temi di interesse storico e artistico, promossi direttamente dall'amministrazione oppure realizzate da associazioni locali. La programmazione degli eventi culturali viene realizzata annualmente con le associazioni. In generale a queste iniziative la presenza di anziani è molto significativa, soprattutto se i temi sono di interesse locale, sia storico che artistico, ma non vi sono dati consolidati.

In termini di accesso ai musei e politiche tariffarie, si applicano riduzioni per gli over 65 e i minori: l'applicazione della stessa riduzione alle due fasce di età non consente di monitorare la composizione della platea di visitatori anziani rispetto al totale dei ridotti venduti.

Dei tre teatri comunali due hanno una programmazione ad ampio spettro, il teatro Goldoni e il Nuovo teatro delle commedie. Anche in questo caso le politiche tariffarie prevedono agevolazioni e riduzioni per varie categorie, tra cui gli over 60, ma non sono disponibili dati di dettaglio. L'associazione concessionaria del Nuovo teatro delle Commedie realizza per gli over 60 dei laboratori teatrali dedicati, all'interno della propria offerta di attività di scuola di teatro.

Dal confronto con le due responsabili di settore, dott.ssa Luschi e dott.ssa Dinelli, non vi sono ad oggi percorsi finalizzati per migliorare l'accessibilità e la fruizione delle strutture museali, teatrali e bibliotecarie da parte di anziani. Nel 2018 venne realizzata un'iniziativa promossa dal settore sociale del Comune in collaborazione con il settore cultura, rivolta agli anziani fragili, con visite alla città, visite guidate alle strutture museali e bibliotecarie e al teatro Goldoni. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con associazioni del terzo settore. Si è trattato di un'esperienza circoscritta, in termini numerici e di durata, seppure significativa.

In sede di approfondimento con i tecnici del Comune di Livorno sono emersi i seguenti elementi:

<p>Punti di forza</p> <p>Tutte le iniziative sono aperte a tutti, cercano di valorizzare il patrimonio culturale locale e a proporre approfondimenti di qualità ma accessibili a tutti. La partecipazione è sempre stata buona.</p> <p>La frammentazione dei punti di accesso alle risorse culturali aiuta l'accessibilità degli anziani, che tendono a fruire delle iniziative più vicine al loro quartiere.</p> <p>La grande vivacità associativa è una risorsa che il comune valorizza storicamente.</p>	<p>Opportunità</p> <p>Il nuovo museo offre una grande potenzialità per promuovere iniziative di alto livello legate alla città.</p> <p>L'intervento realizzato in piazza S. Luogo Pio ha regalato uno spazio vivibile per il quartiere: è diventata uno spazio sicuro, fruibile da anziani e bambini, diversamente da altre aree della città. È un'esperienza significativa di rigenerazione urbana che andrebbe estesa. A parte questa piazza e piazza Magenta, gli spazi aperti fruibili nei quartieri centrali sono relativi. C'è il lungomare come spazio pedonale fruibile, ma non tutti gli anziani possono arrivarci in autonomia, soprattutto dai quartieri periferici.</p>
<p>Punti di criticità</p> <p>La distanza tra i due musei, per cui la visita cumulativa è difficile.</p> <p>Gli orari differenziati dei due musei.</p> <p>Lo scarso collegamento dei mezzi pubblici con le due strutture museali: nessuna delle due ha fermate vicine dei mezzi pubblici.</p> <p>L'accessibilità di villa Mimbelli è critica anche dal punto di vista della struttura e dei servizi disponibili (parco poco curato, buio, non ci sono bar..).</p>	<p>Rischi</p> <p>Il rischio maggiore è la riduzione di risorse per il settore.</p>

4.3. Servizi sociosanitari

Gli anziani sono i principali fruitori di servizi sociosanitari: in ambito territoriale ed ospedaliero l'utenza anziana è la prevalente in termini numerici e di assorbimento di risorse.

4.3.1. I servizi sanitari

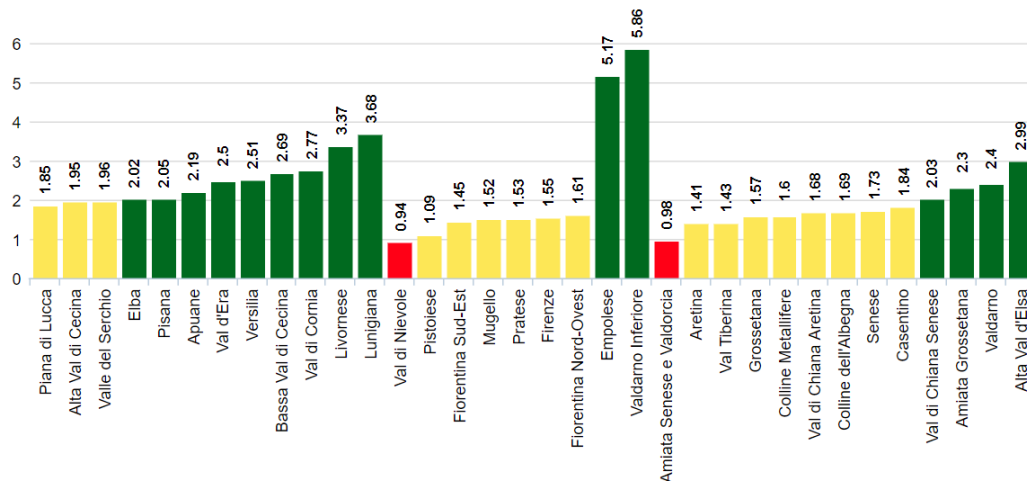
La zona distretto livornese è sottoposta al monitoraggio regionale realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, che periodicamente pubblica gli indicatori di performance dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri toscani. Sono stati estratti dal report più recente, relativo al 2017, gli indicatori che meglio rappresentano la capacità dei servizi territoriali di rispondere alla domanda di assistenza e di cura della popolazione anziana.

Il primo indicatore considerato riguarda l'AFA, o attività fisica adattata, realizzata con la collaborazione di enti e organizzazioni attive nel territorio, che coinvolgono la popolazione anziana in programmi di attività fisica calibrati su due livelli, bassa e alta disabilità.

L'indicatore registra il numero di corsi attivati, non permette quindi di avere una misura dell'utenza raggiunta, quanto dell'offerta presente parametrata sulla popolazione target (over 65).

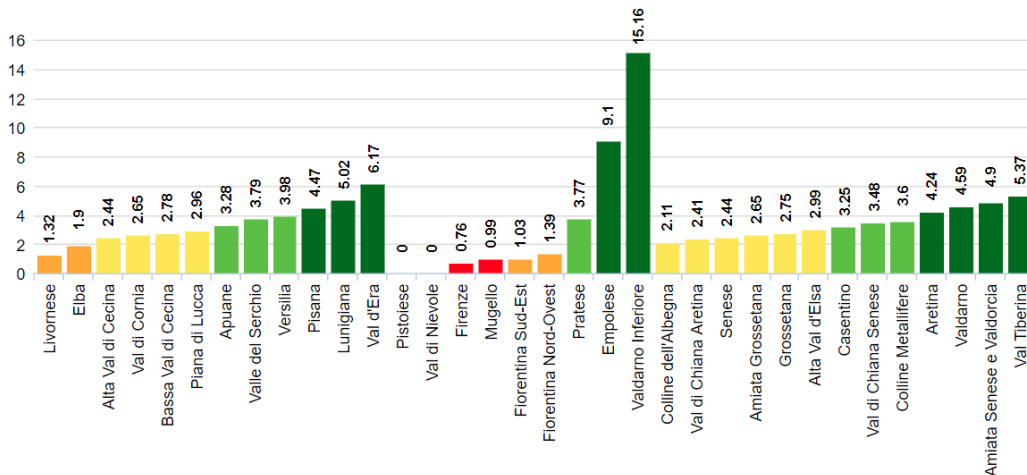
Il dato relativo ai corsi a bassa disabilità per la zona distretto è molto buono, il quarto su base regionale (Fig. 4.2), mentre il numero di corsi AFA per alta disabilità è decisamente ridotto, il sestultimo della regione (Fig. 4.3).

Fig. 4.2. Corsi AFA a bassa disabilità attivi nelle zone distretto toscane per popolazione target, 2017



Fonte: MeS, Management e Sanità, 2017

Fig. 4.3. Corsi AFA a alta disabilità attivi nelle zone distretto toscane per popolazione target, 2017

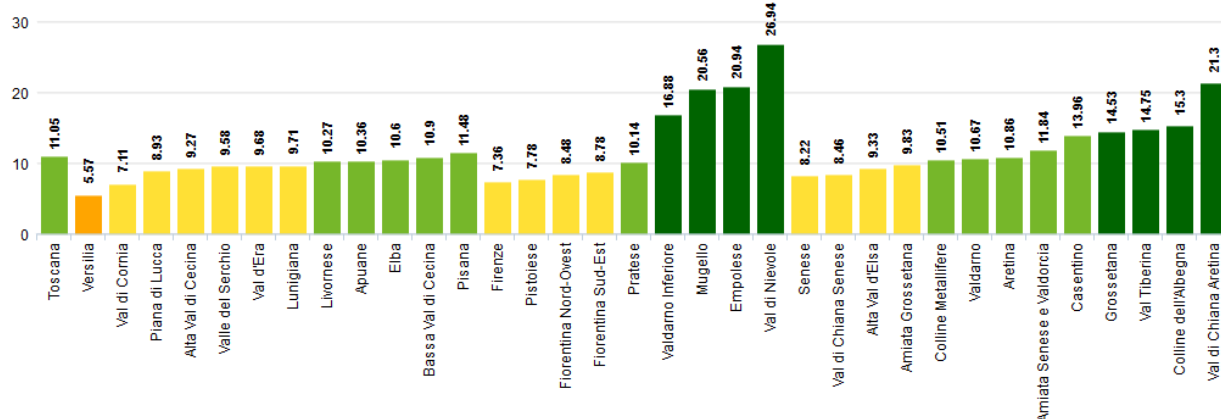


Fonte: MeS, Management e Sanità, 2017

Gli altri indicatori considerati riguardano la capacità di risposta domiciliare dei servizi sanitari distrettuali.

La percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è considerato un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio. La zona distretto livornese ha un valore di 10,27, lievemente inferiore al dato medio toscano (11,05) ma valutato comunque mediamente positivo (Fig. 4.4).

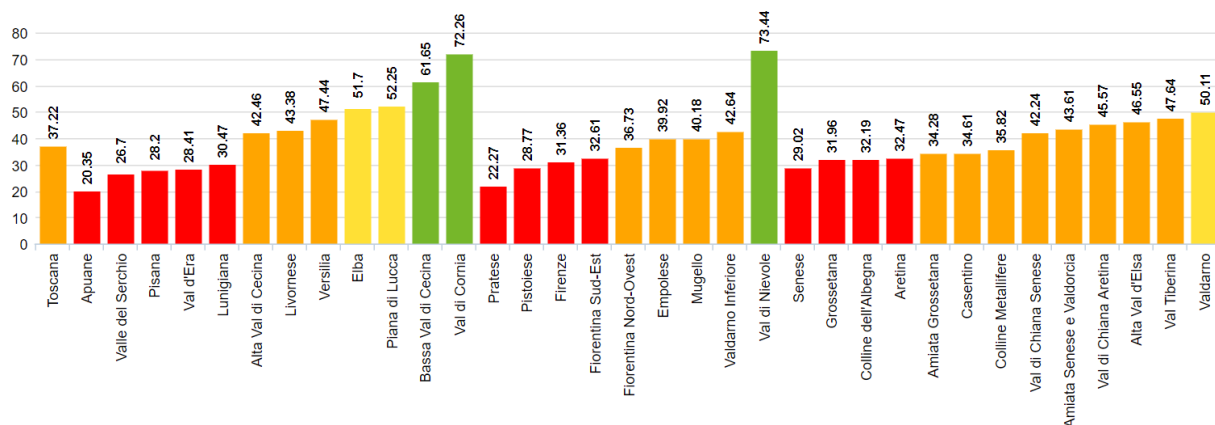
Fig. 4.4. percentuale di anziani ultra75enni dimessi dall'ospedale con un accesso domiciliare entro 2 giorni sul totale dei pazienti over 75 dimessi, confronto tra zone distretto, 2017.



Fonte: MeS, Management e Sanità, 2017

La percentuale di prese in carico domiciliari con un coefficiente di intensità assistenziale maggiore di 0,13 rappresenta un valor proxy dell'intensità di assistenza domiciliare verso gli assistiti over 65 (Fig. 4.5). Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è dato dal rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale a 4 accessi domiciliari in 30 giorni, assunto quale standard minimo di risposta. Il valore di zona distretto livornese è moderatamente critico, poiché si attesta su 43,36, quando si assume come sufficientemente adeguato il raggiungimento del valore di 50.

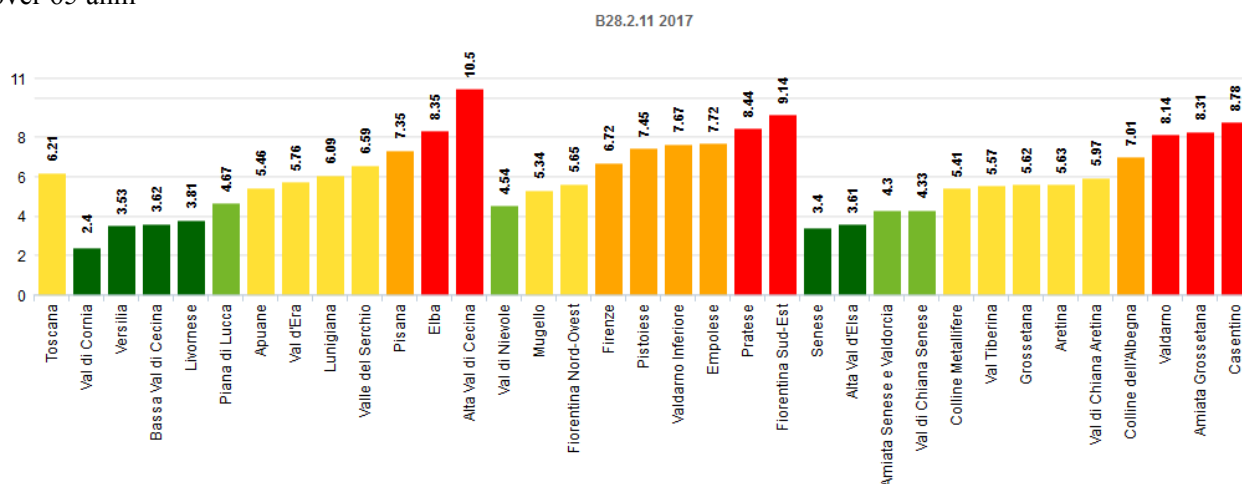
Fig. 4.5. Percentuale di prese in carico domiciliare di anziani over 65 con CIA superiore a 0,13, confronto tra zone, 2017.



Fonte: MeS, Management e Sanità, 2017

Un ultimo indicatore rilevante ai fini della ricerca misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero. Il valore della zona distretto livornese è molto buono, essendo tra i più bassi rilevati nella regione (Fig. 4.6).

Fig. 4.6. Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni



Fonte: MeS, Management e Sanità, 2017

In sede di approfondimento con la referente aziendale sono stati considerati alcuni servizi sanitari distrettuali attualmente in fase di sviluppo e dedicati alla popolazione anziana.

Un bacino di utenza crescente riguarda la popolazione anziana con disturbi cognitivi. Per questo target di utenza è in fase di implementazione l'ambulatorio per disturbi cognitivi.

Il PDTA regionale per la gestione del paziente affetto da demenza prevede che le aziende sanitarie coinvolte definiscano PDTA di contesto condivisi tra specialisti di riferimento, servizi sociali, medici di medicina generale e sedi provinciali interessate dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA). Tali percorsi definiscono le soluzioni organizzative per la gestione della fase acuta del disturbo cognitivo-comportamentale, prevedendo anche l'individuazione di posti letto dedicati in strutture residenziali, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri.”

Nella zona distretto livornese è attualmente attivo un ambulatorio per disturbi cognitivi, in cui operano un neurologo e un'infermiera, cui si aggiunge dove necessario anche un'assistente sociale. Il percorso prevede una prima visita neurologica a seguito di impegnativa MMG, ed un secondo livello di intervento gestito in ambulatorio, con il completamento diagnostico e l'avvio della presa in carico.

Un altro servizio rivolto all'utenza anziana fragile è l'Agenzia di Continuità tra Ospedale e Territorio (ACOT), che si occupa in base alle direttive regionali di garantire continuità assistenziale tra servizi ospedalieri e territoriali e si attiva per realizzare le dimissioni protette di anziani fragili. Attualmente gli interventi erogati riguardano l'inserimento in ospedale di comunità, (21 posti disponibili presso la struttura ospedaliera, 10 in struttura convenzionata), in RSA oppure l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare integrata.

Nel 2018 risultano realizzate 368 dimissioni protette in ospedale di comunità, di cui 330 riguardanti persone over 65. Gli inserimenti in RSA sono stati 63 nel 2018, 65 nei primi dieci mesi del 2019.

Le attivazioni di assistenza domiciliare si sono arricchite della possibilità di attivare congiuntamente all'intervento di ADI distrettuale anche buoni servizio integrativi, finanziati dalla regione, che garantiscono un rafforzamento delle cure domiciliari agli anziani fragili in dimissione per le prime tre settimane di rientro a domicilio. Questo tipo di intervento è stato erogato a 354 anziani in tutta la zona, a decorrere dal 2018.

4.3.2. I servizi sociali e sociosanitari

Ai servizi sanitari si affiancano i servizi sociali e sociosanitari, organizzati da Comune e azienda sanitaria, che rispondono alle esigenze di assistenza, inclusione sociale, integrazione, promozione sociale delle persone anziane.

Una mappatura dei servizi e degli interventi sociali presenti nella città di Livorno può essere ricostruita attraverso l'utilizzo dei dati di spesa e di utenza rilevati annualmente dall'Istat, nell'ambito del monitoraggio della spesa sociale dei comuni. L'ultimo dato disponibile riguarda l'annualità 2016. La spesa per servizi sociali è composta da risorse comunali (la spesa netta), cui si aggiungono una quota di risorse provenienti dal fondo sanitario e una quota di compartecipazione a carico degli utenti. Quest'ultima componente della spesa è suscettibile di variare in base a scelte regolative e fattori esogeni: le scelte comunali di regolazione della compartecipazione possono infatti avere un livello di selettività e un impatto redistributivo variabili, su cui incide anche la situazione economica e reddituale della popolazione interessata.

Nel 2016 (tab. 4.3) le risorse dedicate al settore dei servizi sociali ammontano a 38,8 milioni di euro (spesa complessiva), con una spesa comunale netta di 18,1 milioni di euro e una compartecipazione degli utenti pari a quasi 7,8 milioni di euro. La quota restante è coperta con risorse del fondo sanitario regionale.

Su questi totali, la spesa per gli interventi rivolti all'utenza anziana corrisponde al 42% della spesa complessiva e al 22% della spesa netta comunale, mentre la compartecipazione per la fruizione dei servizi rivolti agli anziani è pari al 49% della compartecipazione complessiva, per un valore quasi equivalente alla componente comunale del finanziamento.

Rispetto alla situazione regionale, la componente di spesa complessiva rivolta agli anziani è in termini percentuali più alta a Livorno, mentre i valori della spesa netta comunale locale e regionale sono in linea.

I servizi e gli interventi attivati a favore degli anziani a Livorno in quell'anno si possono classificare in:

- servizi per l'accesso: il servizio sociale professionale;
- servizi domiciliari: assistenza domiciliare integrata diretta e indiretta (in forma di contributo); cure di prossimità, telesoccorso;
- servizi intermedi: attività ricreative, centri diurni;
- servizi residenziali, in forma di gestione diretta di strutture e contributi sulla retta.

Come si vede dal dettaglio della tabella, la percentuale di spesa e di compartecipazione riferite agli anziani varia notevolmente: alcuni servizi hanno utenza esclusivamente anziana, altri invece intercettano una pluralità di target di bisogno.

La compartecipazione alla spesa è prevista solo per alcuni degli interventi erogati: l'assistenza domiciliare integrata, i centri diurni e i servizi residenziali. Per tutti la componente di compartecipazione dell'utenza anziana costituisce almeno i due terzi della compartecipazione complessiva.

Tab. 4.3. Spesa per servizi sociali, Comune di Livorno, spesa totale, spesa comunale netta, compartecipazione, 2016, valori in euro.

Servizio o intervento	Spesa totale			Spesa netta			Compartecipazione		
	Area anziani	Totale	Anziani su totale	Area anziani	Totale	Anziani su totale	Area anziani	Totale	Anziani su totale
Servizio sociale professionale	263.407	871.325	30%	263.407	871.325	30%	0	0	0
Attività ricreative, sociali, culturali	90.767	90.767	100%	90.767	90.767	100%	0	0	0

Servizio o intervento	Spesa totale			Spesa netta			Compartecipazione		
	Area anziani	Totale	Anziani su totale	Area anziani	Totale	Anziani su totale	Area anziani	Totale	Anziani su totale
Assistenza domiciliare integrata	723.595	1.153.078	63%	674.686	1.078.703	63%	48.909	74.375	66%
Voucher, assegno di cura	209.345	819.253	26%	209.345	819.253	26%	0	0	0
Telesoccorso teleassistenza	19.087	19.087	100%	19.087	19.087	100%	0	0	0
Servizi di prossimità	44.921	44.921	100%	44.921	44.921	100%	0	0	0
Integrazioni a retta per strutture residenziali	193.803	478.884	40%	193.803	478.884	40%	0	0	0
Centri diurni	616.453	1.617.665	38%	402.613	1.074.723	37%	88.623	133.061	67%
Strutture residenziali	11.284.606	13.554.018	83%	2.059.499	4.328.911	48%	3.683.975	3.683.975	100%
Totale Livorno	13.448.879	31.823.157	42%	3.961.023	18.100.498	22%	3.821.507	7.771.646	49%
<i>Totale Toscana</i>	<i>214.330.87</i>	<i>651.977.905</i>	<i>33%</i>	<i>100.871.329</i>	<i>468.919.549</i>	<i>22%</i>	<i>40.802.113</i>	<i>78.631.160</i>	<i>52%</i>

Fonte: Dati Istat 2016

L'indagine Istat registra anche il numero di utenti che hanno ricevuto interventi e servizi oggetto di monitoraggio (Tab. 4.4). Nel 2016 risultano essere stati intercettati dai servizi sociali 22.157 utenti, di cui 4.442 anziani. Parametrato alla popolazione residente, si tratta di 140 utenti per 1000 abitanti, di cui 28 anziani. A livello regionale, il numero di utenti è di 136 per 1000 abitanti, di cui 31,5 anziani. Si tratta probabilmente di un dato sottostimato, poiché vi sono servizi inseriti nell'area multiutenza in cui la componente anziana della popolazione è comunque significativa, anche se non censita, come ad esempio il segretariato sociale.

Il numero più alto di utenti anziani si trova nelle attività ricreative, sociali e culturali ad essi dedicate, e nel servizio sociale professionale.

Oltre 400 anziani risultano inseriti in strutture residenziali, a fronte di un numero di poco superiore di anziani non autosufficienti assistiti a domicilio con ADI diretta e indiretta. Sui 4.442 anziani che hanno fruito degli interventi, almeno 957 sono gli utenti cui sono destinati interventi assistenziali necessari a far fronte a situazioni di forte compromissione delle autonomie: interventi domiciliari, diurni e residenziali sociosanitari.

Tab. 4.4. Numero utenti servizi sociali, totale e anziani, anno 2016.

Servizio o intervento	Utenti		
	Anziani (65 anni e più)	Totali	Incidenza anziani su totale
servizio sociale professionale	1.026	2.812	36%
attività ricreative, sociali, culturali	3.280	3.280	100%
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	280	367	76%
voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	161	340	47%
telesoccorso e teleassistenza	162	162	100%
servizi di prossimità (buonvicinato)	43	43	100%
contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	20	55	36%
centri diurni	95	174	55%
strutture residenziali	401	531	76%
Totale Livorno	4.442	22.157	20%
<i>Totale Toscana</i>	<i>118.372</i>	<i>510.149</i>	<i>23%</i>

Fonte: dati Istat

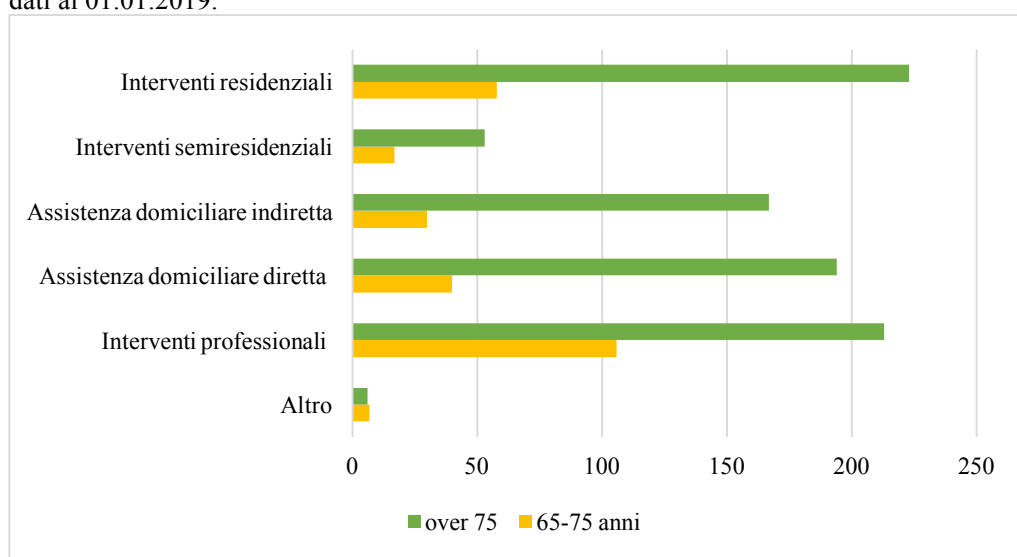
Grazie alla collaborazione dei servizi sociali comunali, è stato possibile accedere ai dati di utenza aggiornati al 1.1.2019 riferiti alle prestazioni a maggiore intensità assistenziale:

- interventi professionali (visite, colloqui, relazioni, valutazioni multiprofessionali),
- interventi di assistenza domiciliare diretta, tramite prestazione di operatori professionali,
- interventi di assistenza domiciliare indiretta, tramite sussidio economico finalizzato,
- interventi semiresidenziali,
- interventi residenziali.

Sono tutti interventi rivolti ad un'utenza anziana fragile, con compromissioni moderate o severe delle autonomie, fino alla completa non autosufficienza.

I servizi sociali hanno preso in carico e fornito interventi a 1.048 persone, di cui 814 di età superiore ai 75 anni. Ai due gruppi di utenti sono stati destinati interventi professionali, di tipo domiciliare, intermedio e residenziale (Fig. 4.6).

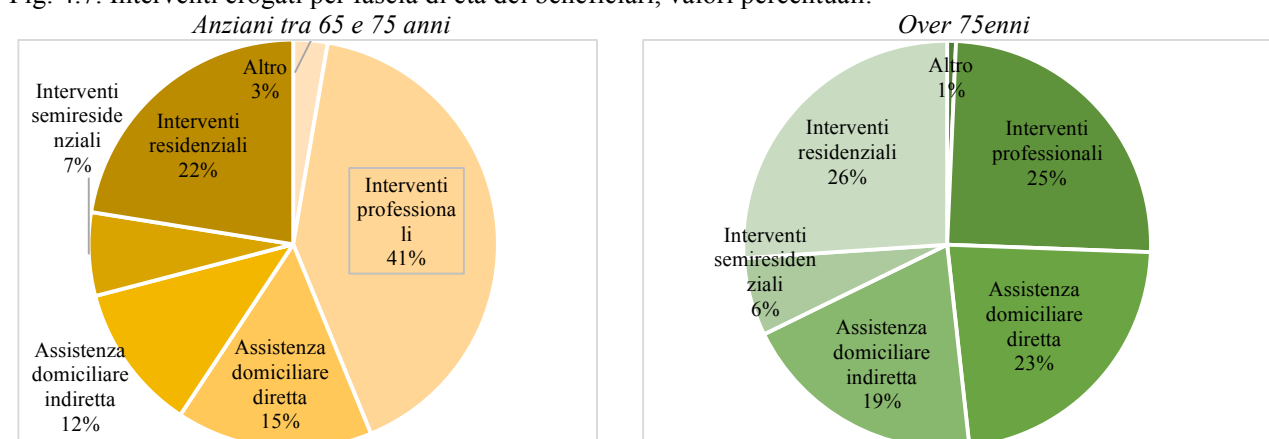
Fig. 4.6. Interventi erogati agli anziani presi in carico dai servizi sociali di Livorno per fascia di età dei destinatari, dati al 01.01.2019.



Fonte: dati Comune di Livorno

In termini percentuali la distribuzione degli interventi per fascia di età evidenzia un maggiore ricorso agli interventi professionali (colloqui, relazioni, accompagnamenti) per gli utenti di età compresa tra i 65 e i 75 anni, mentre per gli anziani over 75enni sono percentualmente più significativi gli interventi di presa in carico domiciliare e residenziale. In entrambi i casi è abbastanza ridotto il ricorso a interventi semiresidenziali (Fig. 4.7).

Fig. 4.7. Interventi erogati per fascia di età dei beneficiari, valori percentuali.



Fonte: dati Comune di Livorno

Il sistema di offerta è stato ricostruito grazie alla collaborazione della zona distretto e del comune: l'offerta di servizi sociali e sociosanitari della città è infatti gestita da entrambi gli enti, con forme di integrazione organizzativa, gestionale e professionale che sono in corso di formalizzazione con il rinnovo della convenzione tra i due enti.

Per l'informazione e l'accesso alle prestazioni rivolte agli anziani sono attivi presidi di diverso tipo:

- il segretariato sociale, rivolto a tutta la popolazione;
- i tre Punti insieme, rivolti agli anziani non autosufficienti;
- un consultorio anziani fragili.

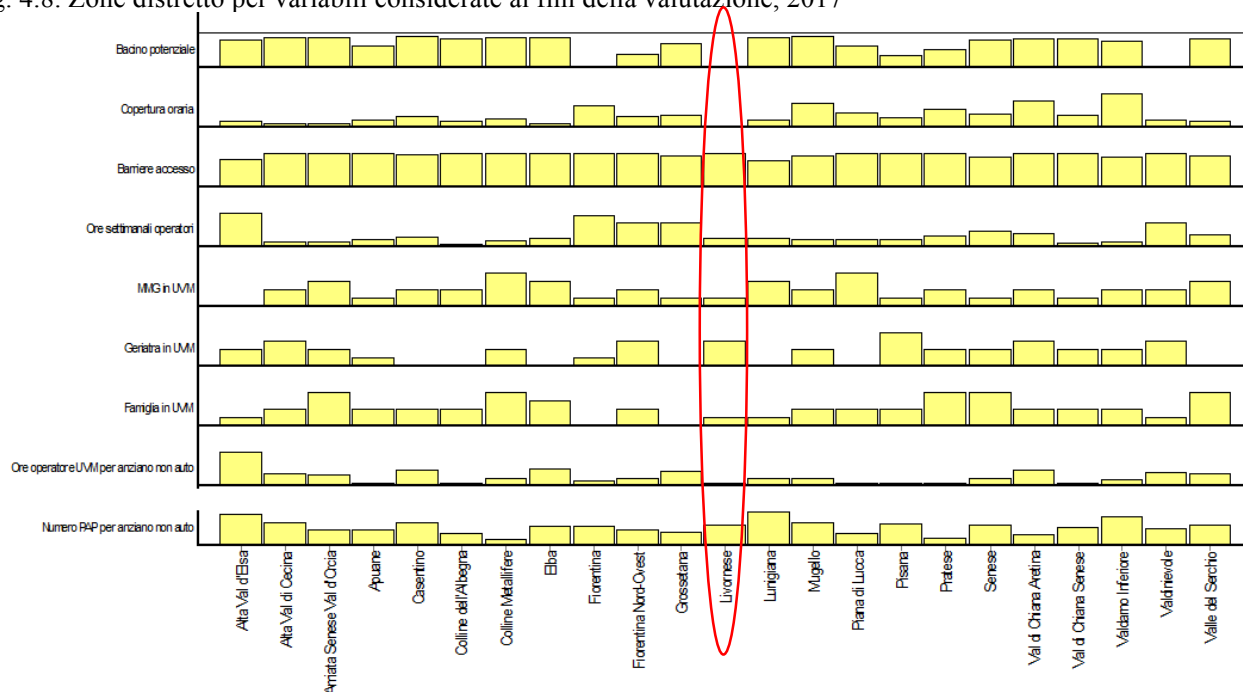
L'organizzazione dei presidi è gestita dal comune, il personale impegnato è sia comunale che aziendale.

Il Punto insieme costituisce la porta di accesso al sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti, secondo il modello di intervento regionale definito con la L.R. n. 66 del 2008, istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Sulla base di un monitoraggio regionale realizzato nel 2017 (FNP Cisl, Fondazione Zancan, 2018), la zona distretto livornese risultava avere delle criticità rispetto al percorso di presa in carico delineato dalla legge regionale (Fig. 4.8). In particolare sono state rilevate:

- una bassa copertura oraria dei Punti insieme rispetto alla popolazione interessata, poiché le ore settimanali di apertura pesate sulla popolazione anziana over 75 risultano estremamente sottodimensionate rispetto ad altre zone (il dato di zona 2017 è di 4,5 h settimanali, confermato nel 2020);
- la scarsità di risorse professionali, in termini di operatori e ore dedicate, per le attività di valutazione, progettazione e attivazione degli interventi da parte dell'UVM (si monitorano il numero di ore settimanali di operatori dedicati all'UVM - 36 ore per la zona distretto livornese - e il numero medio di ore di operatori professionale per anziano non autosufficiente - 1 ora per la zona distretto livornese);
- lo scarso coinvolgimento delle famiglie e dei medici di medicina generale nelle attività di definizione dei PAP.

Fig. 4.8. Zone distretto per variabili considerate ai fini della valutazione, 2017



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2018.

Una specificità del sistema livornese è il Consultorio anziani fragili: attivato presso il centro sociosanitario Livorno Nord, è dedicato agli anziani over 75 e conta circa un migliaio di accessi l'anno. Presso il consultorio sono presenti risorse professionali sociali e sanitarie: medico, assistente sociale, podologo. L'educatore originariamente presente non è più disponibile. Dal consultorio sono attivabili interventi di assistenza domiciliare, di invio pasti a domicilio, inserimenti in centri diurni ma anche accesso agevolato ad attività ricreative e culturali. È una sede di ascolto e raccolta dei bisogni della popolazione anziana, di mappatura delle risorse esistenti in città.

Il sistema di offerta semiresidenziale e residenziale è costituito da RSA e Centri diurni.

Dal registro dei servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati disponibile sul sito del Comune di Livorno, aggiornati al 16.12.2019, risultano attivi 16 servizi residenziali per anziani e cinque centri diurni.

Dei servizi residenziali autorizzati (Tab. 4.5), quattro sono pubblici e i restanti privati, per una disponibilità complessiva di 679 posti, di cui 535 per anziani non autosufficienti e 144 per anziani autosufficienti. Sette strutture, evidenziate in verde, sono accreditate presso la regione. Le altre sono solo autorizzate, possono cioè erogare il servizio ma senza fruire di finanziamenti pubblici.

Tab. 4.5. Servizi residenziali autorizzati nel comune di Livorno, per titolarità e numero posti, 2019

Tipologia di struttura/servizio	Denominazione	Titolarità	Posti autorizzati	
			non auto	auto
RSA Non autosufficienti	Istituto Mater Divinae Gratiae	Privata	25	
RSA Non autosufficienti	Villa Tirrena	Privata	31	
RSA Non autosufficienti	I Girasoli	Privata	61	
RSA Non autosufficienti	Villa Sant' Angela	Privata	10	
RSA Non autosufficienti	Il Castello	Privata	24	
RSA Non autosufficienti	Villa Del Bosco	Privata	14	
Strutture Residenziali socio sanitarie per anziani autosufficienti e non autosufficienti	Istituto S.Maria	Privata	8	22
Strutture Residenziali socio sanitarie per anziani autosufficienti e non autosufficienti	Villa Del Colle	Privata	11	19
Strutture Residenziali socio sanitarie per anziani autosufficienti e non autosufficienti	Santa Caterina	Privata	25	22
RSA Non autosufficienti	Rsa Giovanni Pascoli	Pubblica	92	
RSA Non autosufficienti	Rsa Villa Serena	Pubblica	118	20
RSA Non autosufficienti	Rsa La Bastia	Pubblica	56	
RSA Non autosufficienti	Rsa Coteto	Pubblica	60	
RSA per anziani autosufficienti	La Sovrana	Privata		9
RSA per anziani autosufficienti	La Provvidenza	Privata		36
RSA per anziani autosufficienti	Villa Mayer	Privata		16
Totale posti			535	144
Di cui pubblici			326	20

I servizi semiresidenziali sono costituiti da cinque centri diurni, prevalentemente rivolti agli anziani autosufficienti, a cui sono destinati 49 dei 64 posti autorizzati (Tab. 4.6). Risultano accreditati solo i tre centri a titolarità pubblica, dei quali uno dedicato alle persone affette da Alzheimer.

Tab. 4.6. Centri diurni autorizzati nel comune di Livorno, per titolarità e numero posti, 2019

Tipologia di struttura/servizio	Denominazione	Titolarità	Posti autorizzati	
			non auto	auto
Centro Diurno <i>Anziani Autosufficienti</i>	Cd Istituto S.Maria	Privata		5
Centro Diurno <i>Anziani Autosufficienti</i>	Cd Villa Del Bosco	Privata		12
Centro Diurno <i>Anziani Autosufficienti</i>	Cd La Bastia	Pubblica		12
Centro Diurno <i>Anziani Autosufficienti</i>	Cd Villa Serena	Pubblica		20
Centro Diurno <i>Alzheimer</i>	Centro Alba Bruni Martini	Pubblica	15	
	Totale posti		15	49
	Di cui pubblici		15	32

Come è evidente dai dati sopra riportati, il settore privato autorizzato è prevalentemente dedicato agli anziani autosufficienti, soprattutto in ambito diurno, ma vista la crescente necessità di intervenire in situazioni di non autosufficienza è in corso un lavoro di conversione verso il target della non autosufficienza.

In sintesi, in sede di approfondimento con referenti di Comune e Asl sono emerse le seguenti peculiarità di settore:

<p>Punti di forza Buon lavoro di squadra, servizi ridotti all'osso ma funzionali, anche se poco visibili e conosciuti. Integrazione forte dal punto di vista sostanziale, anche se non formalizzata. Molte risorse investite nel sistema dai due attori Un tessuto associativo importante attivo nel settore</p>	<p>Opportunità Creare una rete di risposte sussidiarie al pubblico per dare sollievo a chi è in graduatoria ma deve attendere o chi non entra in graduatoria ma ha necessità di risposte.. Lavorare su momenti di riflessione e di comunicazione diffusa alla cittadinanza, creare strumenti di informazione e comunicazione anche con l'aiuto delle associazioni Avviare una nuova stagione di collaborazione tra azienda e comune per offrire risposte e informazioni unitarie ai cittadini. Promuovere nuove progettualità con la collaborazione delle associazioni, anche in vista del nuovo ciclo di programmazione Inserire servizi a disposizione degli anziani nei loro contesti di vita, a partire dai quartieri più popolari</p>
<p>Punti di criticità <i>Sistema di offerta:</i> Carenza posti letto soprattutto per il modulo cognitivo e per quote sanitarie RSA Scarsa presenza sul territorio di moduli specialistici (post gara concessione è prevista)</p>	<p>Rischi L'aumento della domanda per l'aumento delle malattie croniche e le comorbilità La rete familiare che si allontana e si frammenta richiede una risposta assistenziale diversa, forse più orientata alla residenzialità,</p>

<p>l'attivazione di moduli vegetativi e altri moduli specialistici, anche riabilitativi)</p> <p>Carenza di servizi per il sollievo dei caregiver familiari (es. caffè Alzheimer, domiciliarità, ecc.)</p> <p><i>Accesso</i></p> <p>Liste di attesa importanti che non possono essere assorbite dal sistema pubblico</p> <p>Poca conoscenza dei servizi disponibili, forse anche per mancanza di informazioni presso i "terminali" esistenti e per scarsa conoscenza di servizi complessivi presenti in città, anche extra comune e azienda (es. Pronto Badante)</p> <p>Accessi e orari dei servizi rigidi, non rispondenti alle esigenze della popolazione.</p> <p>Ipotesi di sviluppo della capacità di analisi e di valutazione che si scontra con estrema limitatezza delle risorse a disposizione per risolvere o alleviare il problema della famiglia</p>	<p>perché non ci sono risorse informali o familiari attivabili, almeno nel futuro prossimo</p>
--	--

5. Servizi e opportunità del terzo settore e della società civile

L'ultima parte del report riporta i risultati dell'indagine realizzata coinvolgendo le associazioni e le organizzazioni di volontariato attive nella città di Livorno, secondo il piano di lavoro dettagliato nel terzo capitolo.

5.1. Il ruolo degli anziani nelle organizzazioni rispondenti

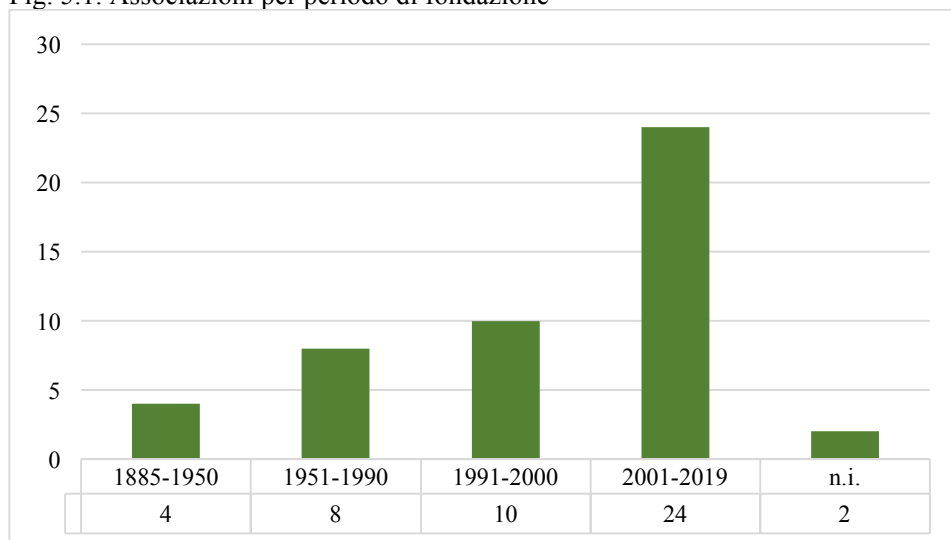
Hanno risposto all'invito e compilato il questionario 48 enti, di cui 47 associazioni e una fondazione. Si tratta di organizzazioni attive prevalentemente in ambito culturale e sociale, sociosanitario e sanitario (Tab. 5.1).

Tab. 5.1. Associazioni per settore prevalente di intervento

Settore	Valore assoluto	Valore percentuale
Culturale	14	29%
Sociale	24	50%
Sociosanitario e sanitario	10	21%
Totale	48	100%

Sono enti con una storia abbastanza risalente nel tempo. Una associazione su tre è stata fondata nel decennio 2001-2011, la metà del campione ha oltre venti anni di anzianità, due organizzazioni risalgono alla fine dell'800. La più recente è stata fondata nel 2015 (Fig. 5.1).

Fig. 5.1. Associazioni per periodo di fondazione

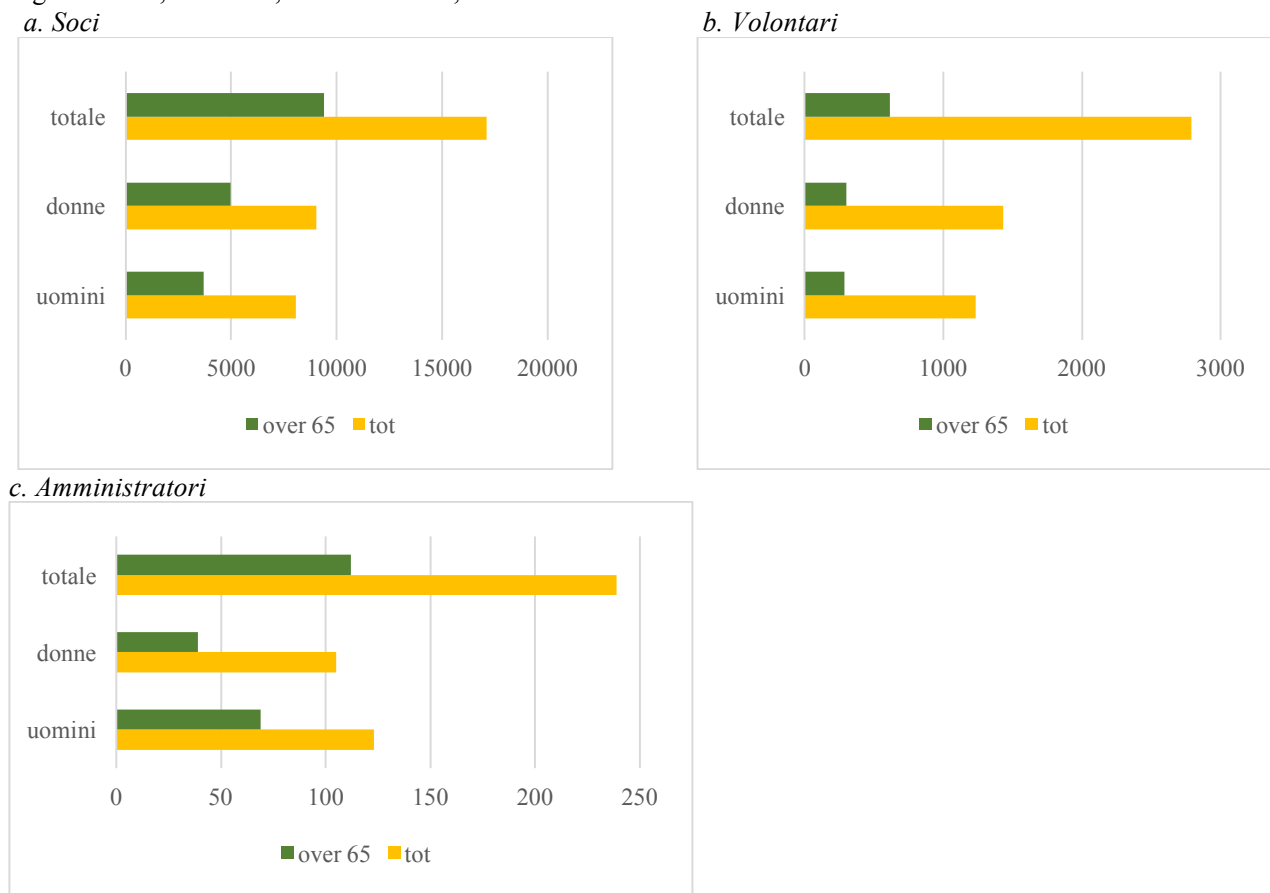


Il primo ambito di approfondimento ha riguardato la composizione del corpo sociale e la presenza tra soci, volontari e amministratori di componenti di età uguale o superiore ai 65 anni.

Complessivamente, le 47 associazioni interpellate riuniscono 17.095 soci, con una lieve prevalenza della componente femminile. Le dimensioni delle compagini sociali variano moltissimo: si va da enti con 3 soci ad associazioni che ne contano oltre 9.000.

In termini aggregati, i soci over 65 sono presenti in 44 delle 48 organizzazioni coinvolte e sono il 55% del totale. Di questi, il 53% sono donne, il 47% uomini. I volontari sono complessivamente 2786, di cui 614, il 22%, di età uguale o superiore ai 65 anni. Gli amministratori sono 249, di cui il 44% donne, il 56% uomini. Gli over 65 sono il 47% del totale. Un amministratore over 65 su tre è donna (Fig. 5.2).

Fig. 5.2. Soci, volontari, amministratori, totali e over 65



Aggregando gli enti per settore prevalente di intervento, si vede come in ogni settore la variabilità resti molto alta, sia con riferimento al numero totale di soci, sia con riferimento alla composizione per genere. La variabilità è maggiore nelle associazioni di ambito sociale e sanitario.

5.1.1. Le associazioni culturali

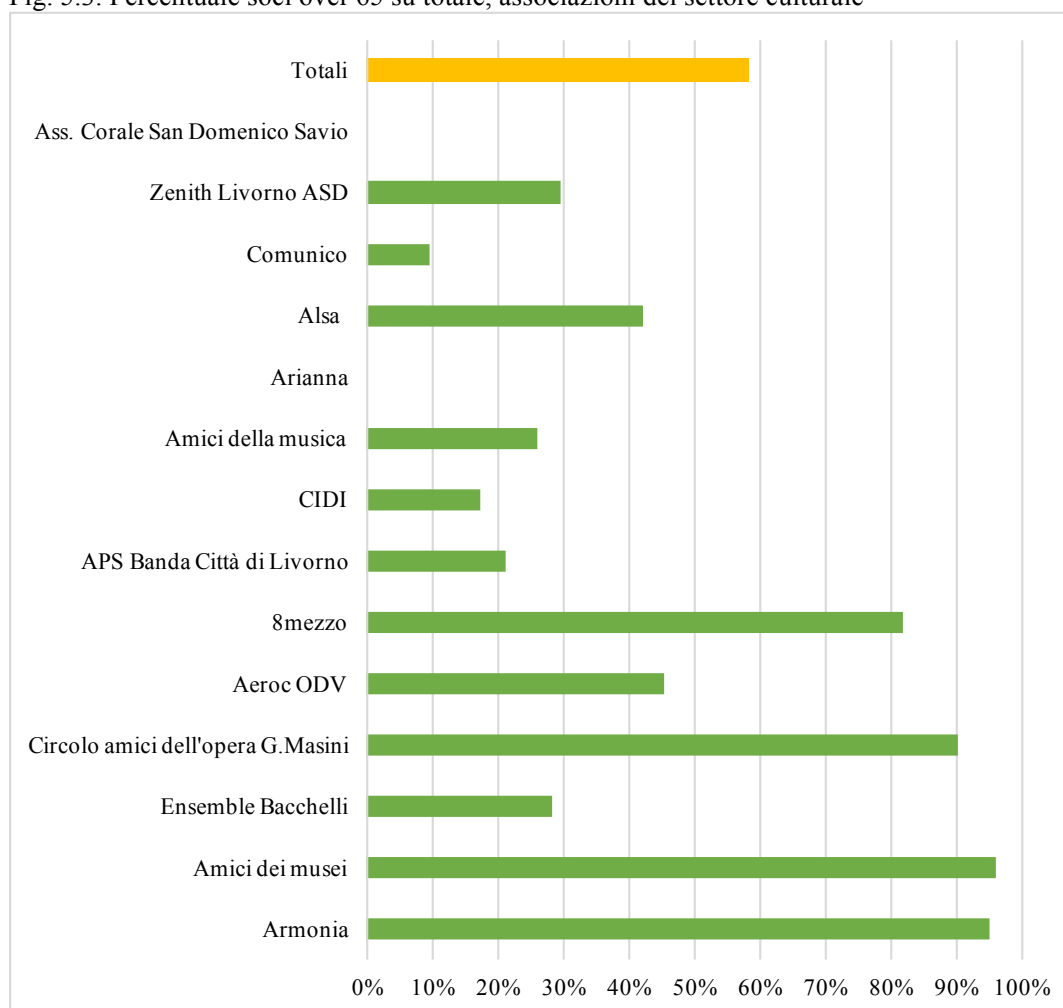
In ambito culturale le associazioni coinvolte contano oltre 1.200 soci, di questi ben oltre la metà (57%) ha un'età maggiore di 65 anni. In tre associazioni la componente anziana supera il 90% del totale. In due associazioni non sono presenti soci over 65. La componente femminile è meno presente di quella maschile, sia in termini assoluti che guardando alla fascia di età anziana (Tab. 5.2, Fig. 5.3).

Tab. 5.2. Composizione sociale delle associazioni attive in ambito culturale

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
Armonia	6	14	20	5	14	19
Amici dei musei	205	45	250	197	43	240
Ensemble Bacchelli	82	138	220	25	37	62
Circolo amici dell'opera G.Masini	60	105	165	53	96	149
Aeroc ODV	58	52	110	20	30	50
8mezzo	90	32	122	70	30	100

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
APS Banda Città di Livorno	43	18	61	11	2	13
CIDI	5	18	23	1	3	4
Amici della musica	15	8	23	4	2	6
Arianna	6	16	22	0	0	0
Alsa	40	10	50	19	2	21
Comunico	23	40	63	4	2	6
Zenith Livorno ASD	29	35	64	9	10	19
Ass. Corale San Domenico Savio	10	15	25	0	0	0
Totali	672	546	1.218	418	271	689

Fig. 5.3. Percentuale soci over 65 su totale, associazioni del settore culturale



5.1.2. Le associazioni attive in ambito sociale

In ambito sociale-ricreativo le 24 associazioni presentano una variabilità forte per numerosità e composizione sociale.

I soci sono complessivamente 4.235, di cui il 61% over 65enni, con una netta prevalenza femminile, sia con riferimento al totale dei soci che al segmento degli ultrasessantacinquenni (Tab. 5.3).

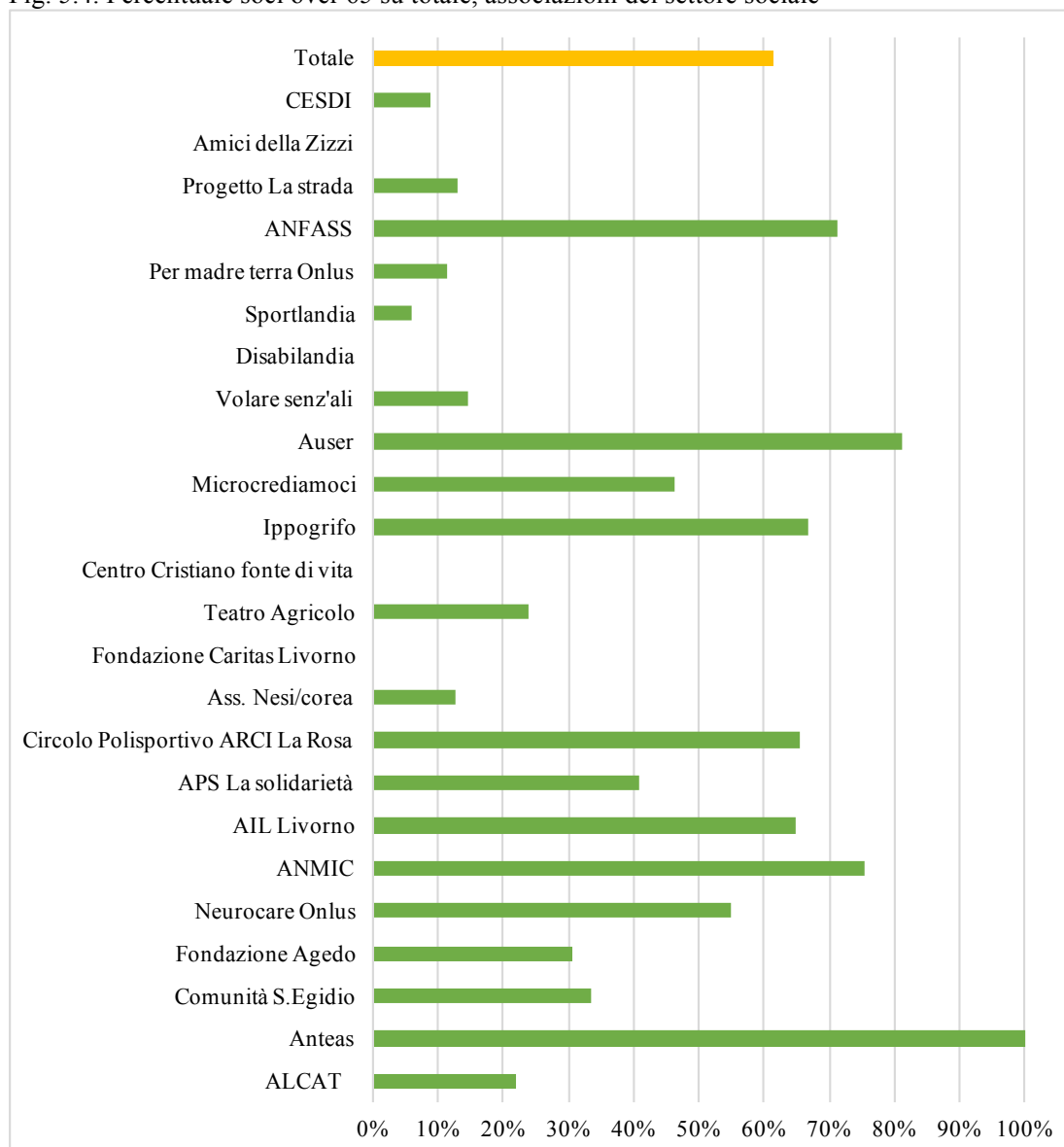
Tab. 5.3. Composizione sociale delle organizzazioni attive in ambito sociale

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
ALCAT	30	25	55	7	5	12
Anteas	6	11	17	6	11	17
Comunità S.Egidio	50	100	150	15	35	50
Fondazione Agedo	9	27	36	3	8	11
Neurocare Onlus	8	12	20	4	7	11
ANMIC	800	700	1500	550	580	1130
AIL Livorno	12	5	17	8	3	11
APS La solidarietà	50	192	242	20	79	99
Circolo Polisportivo ARCI La Rosa	420	800	1220	100	700	800
Ass. Nesi/corea	50	70	120	7	8	15
Fondazione Caritas Livorno	0	0	0	0	0	0
Teatro Agricolo	30	37	67	2	14	16
Centro Cristiano fonte di vita	4	7	11	0	0	0
Ippogrifo	0	3	3	0	2	2
Microcrediamoci	17	22	39	8	10	18
Auser	125	304	429	92	256	348
Volare senz'ali	11	23	34	1	4	5
Disabilandia	10	5	15	0	0	0
Sportlandia	40	10	50	3	0	3
Per madre terra Onlus	25	10	35	3	1	4
ANFASS	22	30	52	16	21	37
Progetto La strada	14	17	31	2	2	4
Amici della Zizzi	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
CESDI	34	58	92	3	5	8
Totali	1.767	2.468	4.235	850	1.751	2.601

Le tre grandi associazioni presenti in questo gruppo, Arci - La Rosa, Auser e Anmic hanno una componente anziana compresa tra il 66% e l'81%. Anteas ha solo soci di età superiore ai 65 anni (Fig. 5.4). Si tratta di associazioni che hanno come mission la promozione e la tutela della popolazione anziana, il che motiva una presenza così elevata di soci over 65.

È comunque significativa la presenza di soci anziani anche in organizzazioni attive in ambiti non necessariamente collegati ad istanze e obiettivi propri della categoria: Ippogrifo, AIL, Microcrediamoci, Neurocare, hanno ambiti di intervento non necessariamente riconducibili a temi propri della terza età, eppure hanno una percentuale di soci over 65 superiore al 40%.

Fig. 5.4. Percentuale soci over 65 su totale, associazioni del settore sociale



5.1.3. Le associazioni di ambito sanitario

Infine, l'area sanitaria e sociosanitaria, che comprende 10 associazioni, conta 11.662 soci, quasi i due terzi del campione complessivo. Di questi il 52% ha più di 65 anni, anche se la presenza di anziani varia dal 4% degli Amici del Cuore al 69% dell'associazione parkinsoniani.

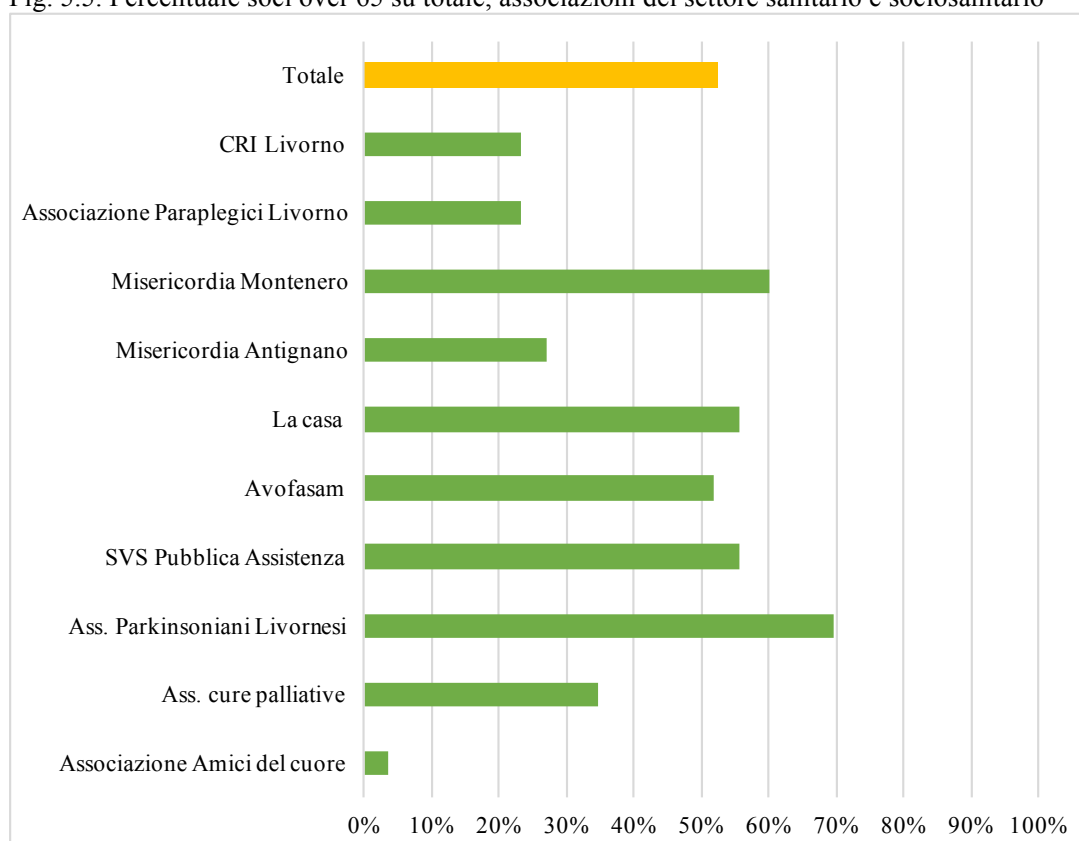
La presenza di soci anziani è significativa in termini percentuali anche nelle due associazioni con il maggior numero di soci, SVS Pubblica Assistenza (55%) e Misericordia di Montenero (60%).

Tab. 5.4. Composizione sociale delle organizzazioni attive in ambito sanitario

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
Associazione Amici del cuore	80	32	112	3	1	4
Ass. cure palliative	26	29	55	7	12	19
Ass. Parkinsoniani Livornesi	69	62	131	55	36	91
SVS Pubblica Assistenza	4.808	4.242	9.050	2.255	2.766	5.021
Avofasam	9	18	27	7	7	14
La casa	20	97	117	5	6	65

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
Misericordia Antignano	278	282	560	70	82	152
Misericordia Montenero	n.i.	n.i.	1.000	n.i.	n.i.	600
Associazione Paraplegici Livorno	200	100	300	n.i.	n.i.	70
CRI Livorno	134	176	310	24	48	72
	5.624	5.038	11.662	2.426	2.958	6.108

Fig. 5.5. Percentuale soci over 65 su totale, associazioni del settore sanitario e sociosanitario



In generale, la presenza di persone di età maggiore di 65 anni è molto significativa in tutti i settori considerati: i soci anziani sono il 57% dei soci totali nel settore culturale, il 61% in ambito sociale, il 52% in ambito sanitario.

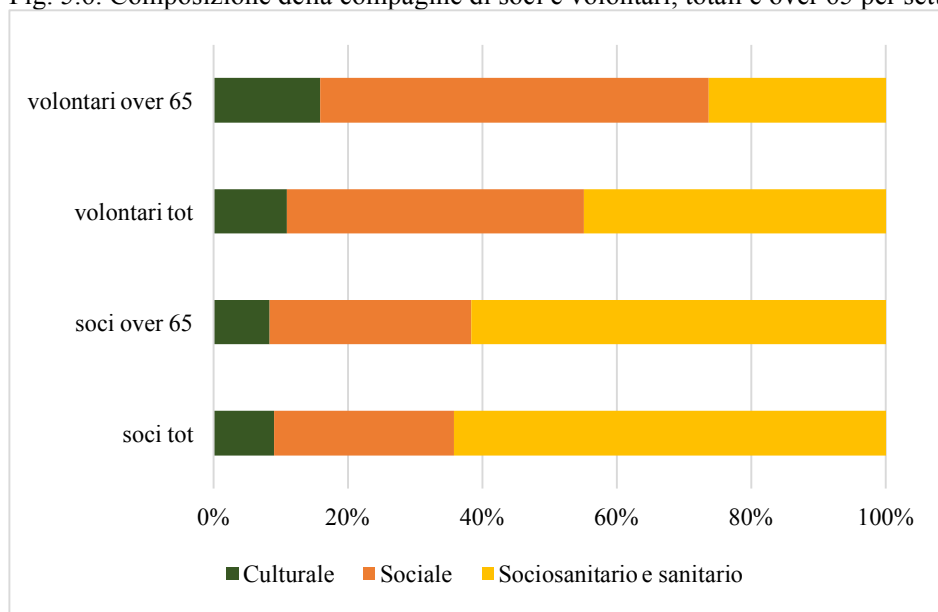
5.1.4. I volontari

Attraverso l'indagine è stato possibile approfondire il numero di persone anziane impegnate in attività di volontariato all'interno delle singole organizzazioni coinvolte ed i settori di intervento in cui i volontari anziani svolgono le proprie attività.

Il settore sociale e sanitario hanno la maggior presenza di volontari, l'ambito sociale è quello che ospita il maggior numero di volontari anziani, sia in termini assoluti che percentuali (Fig.5.6).

Come ampiamente evidenziato in letteratura, la partecipazione è un aspetto fondamentale dell'invecchiamento attivo, e l'impegno volontario costituisce un'esperienza qualificante in termini partecipativi, poiché prevede un'adesione spontanea e volontaria ad attività che perseguono obiettivi di solidarietà, utilità sociale, bene comune.

Fig. 5.6. Composizione della compagine di soci e volontari, totali e over 65 per settore di intervento.

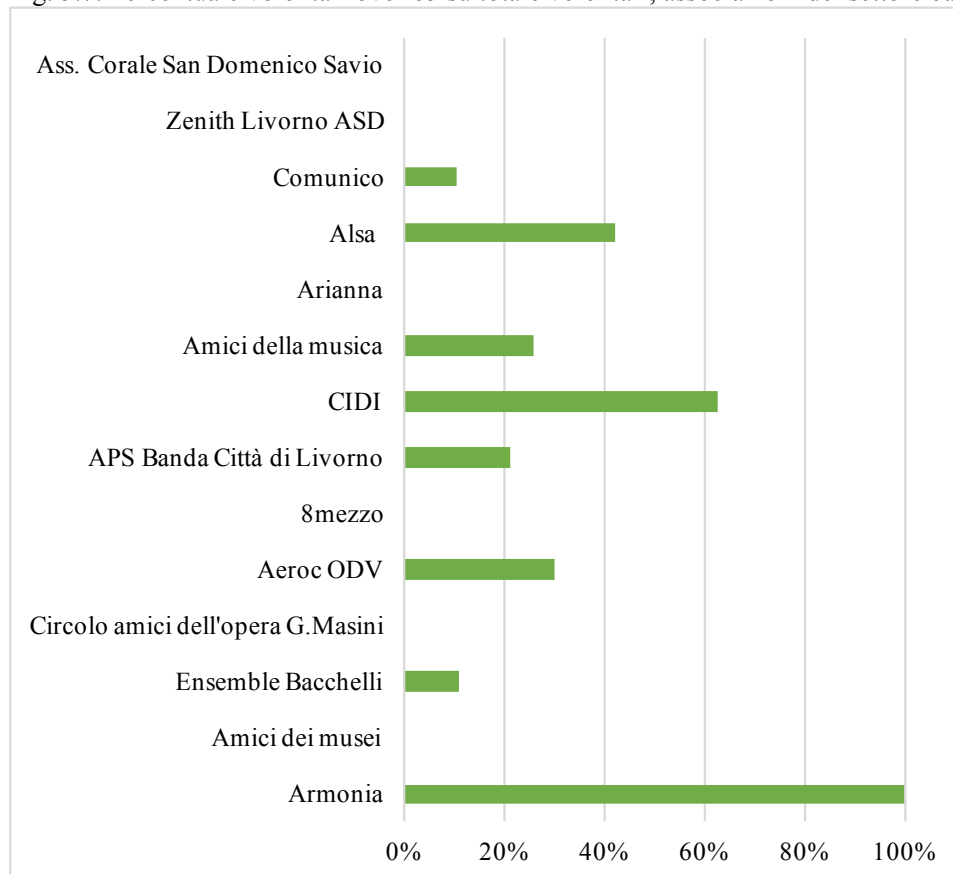


In ambito culturale i volontari sono presenti in 11 associazioni su 14, e di queste 8 hanno almeno un volontario over 65 (Tab. 5.5). Nelle associazioni dove sono presenti, la percentuale di volontari anziani sul totale dei volontari varia dal 11 al 100% (Fig. 5.7).

Tab. 5.5. Associazioni del settore cultura, volontari per genere, totale e over 65

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
Armonia	2	2	4	2	2	4
Amici dei musei	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Ensemble Bacchelli	14	22	36	2	2	4
Circolo amici dell'opera G.Masini	0	0	0	0	0	0
Aeroc ODV	6		10	2	1	3
8mezzo	2	2	4	0	0	0
APS Banda Città di Livorno	43	18	61	11	2	13
CIDI	3	5	8	2	3	5
Amici della musica	15	8	23	4	2	6
Arianna	0	4	4	0	0	0
Alsa	40	10	50	19	2	21
Comunico	4	15	19	1	1	2
Zenith Livorno ASD	0	1	1	0	0	0
Ass. Corale San Domenico Savio	0	0	0	0	0	0
Totale	129	87	220	43	15	58

Fig. 5.7. Percentuale volontari over 65 su totale volontari, associazioni del settore culturale



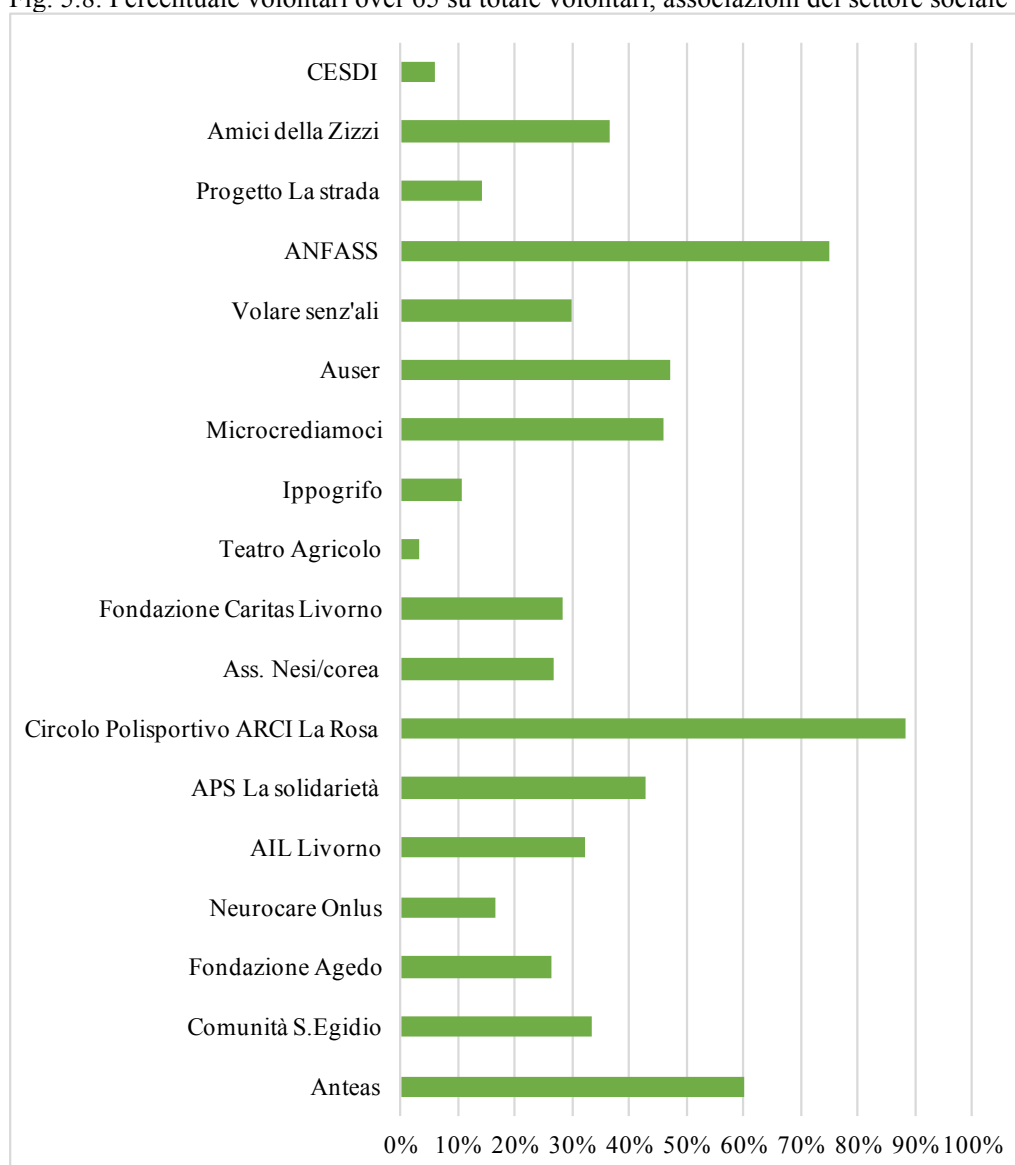
In ambito sociale risultano presenti volontari in 20 associazioni su 24, di queste 18 hanno anche volontari over 65 (Tab. 5.6). La percentuale di volontari anziani è particolarmente alta nel circolo ARCI, in ANFASS e in Anteas (Fig.5.8).

Tab. 5.6. Associazioni del settore sociale, numero volontari per genere, totali e over 65

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
ALCAT	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Anteas	4	1	5	3	0	3
Comunità S.Egidio	50	100	150	15	35	50
Fondazione Agedo	4	15	19	2	3	5
Neurocare Onlus	2	4	6	0	1	1
ANMIC	0	0	0	0	0	0
AIL Livorno	72	3	115	33	4	37
APS La solidarietà	2	5	7	1	2	3
Circolo Polisportivo ARCI La Rosa	12	5	17	10	5	15
Ass. Nesi/corea	15	15	30	4	4	8
Fondazione Caritas Livorno	132	219	351	36	64	100
Teatro Agricolo	35	57	92	0	3	3
Centro Cristiano fonte di vita	12	14	26	0	0	0
Ippogrifo	3	34	37	1	3	4
Microcrediamoci	17	22	39	8	10	18
Auser	26	31	57	9	18	27

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
Volare senz'ali	3	7	10	0	3	3
Disabilandia	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Sportlandia	9	8	17	3	0	0
Per madre terra Onlus	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
ANFASS	10	6	16	8	4	12
Progetto La strada	3	4	7	0	1	1
Amici della Zizzi	12	18	30	4	7	11
CESDI	5	11	16	0	1	1

Fig. 5.8. Percentuale volontari over 65 su totale volontari, associazioni del settore sociale



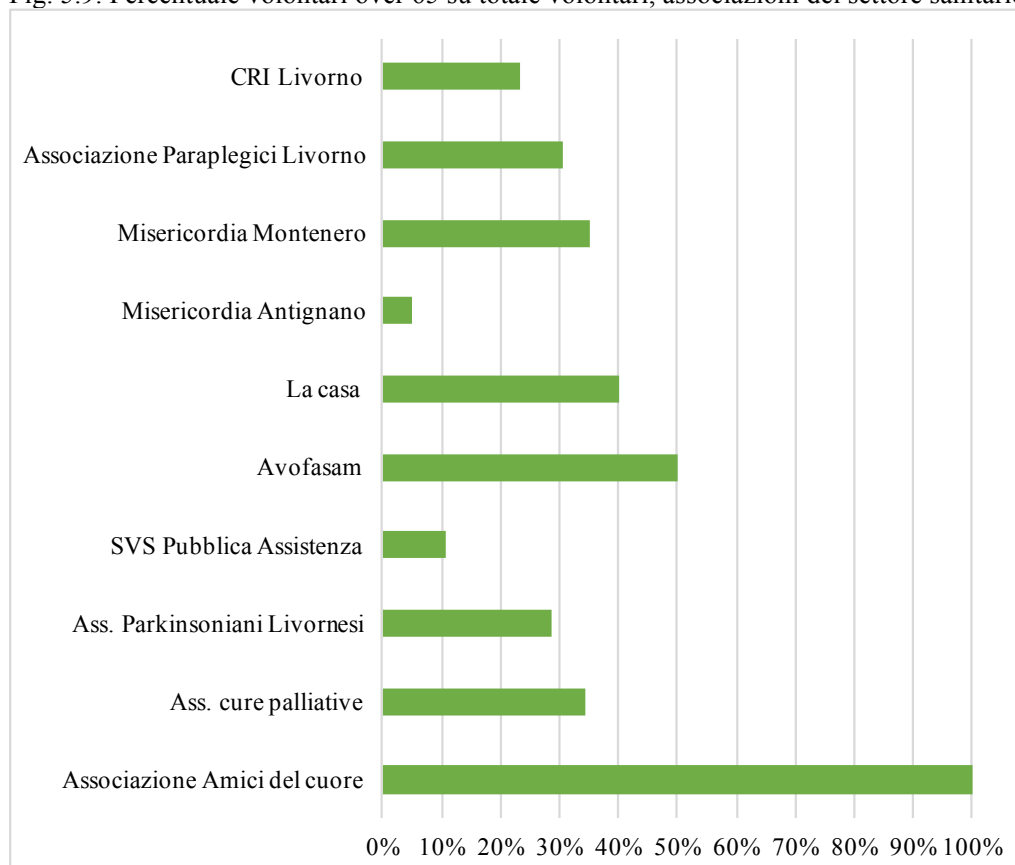
In ambito sanitario sono presenti volontari in tutte le associazioni, così come in tutte le associazioni sono presenti volontari anziani (Tab. 5.7). In termini percentuali la loro presenza è più bassa rispetto agli altri settori, salvo per il caso degli Amici del cuore, in cui i volontari sono esclusivamente over 65 (Fig. 5.9). In parte questa minore presenza è motivata dal tipo di volontariato che si svolge in queste associazioni: in ambito sanitario infatti per lo svolgimento delle principali attività di

volontariato (trasporto e soccorso, ma non solo) sono previsti requisiti anche anagrafici che limitano la possibilità di proseguire nelle attività raggiunta una certa soglia di età.

Tab. 5.7. Associazioni del settore sanitario, numero volontari per genere, totali e over 65.

Ente	M	F	TOT	M65	F65	TOT65
Associazione Amici del cuore	16	2	18	16	2	18
Ass. cure palliative	26	29	55	7	12	19
Ass. Parkinsoniani Livornesi	5	2	7	2	0	2
SVS Pubblica Assistenza	416	482	898	51	46	97
Avofasam	2	2	4	1	1	2
La casa	4	11	15	1	5	6
Misericordia Antignano	63	56	119	3	3	6
Misericordia Montenero	n.i.	n.i.	80	n.i.	n.i.	28
Associazione Paraplegici Livorno	10	3	13	4	0	4
CRI Livorno	134	176	310	24	48	72

Fig. 5.9. Percentuale volontari over 65 su totale volontari, associazioni del settore sanitario



5.2. Le attività realizzate

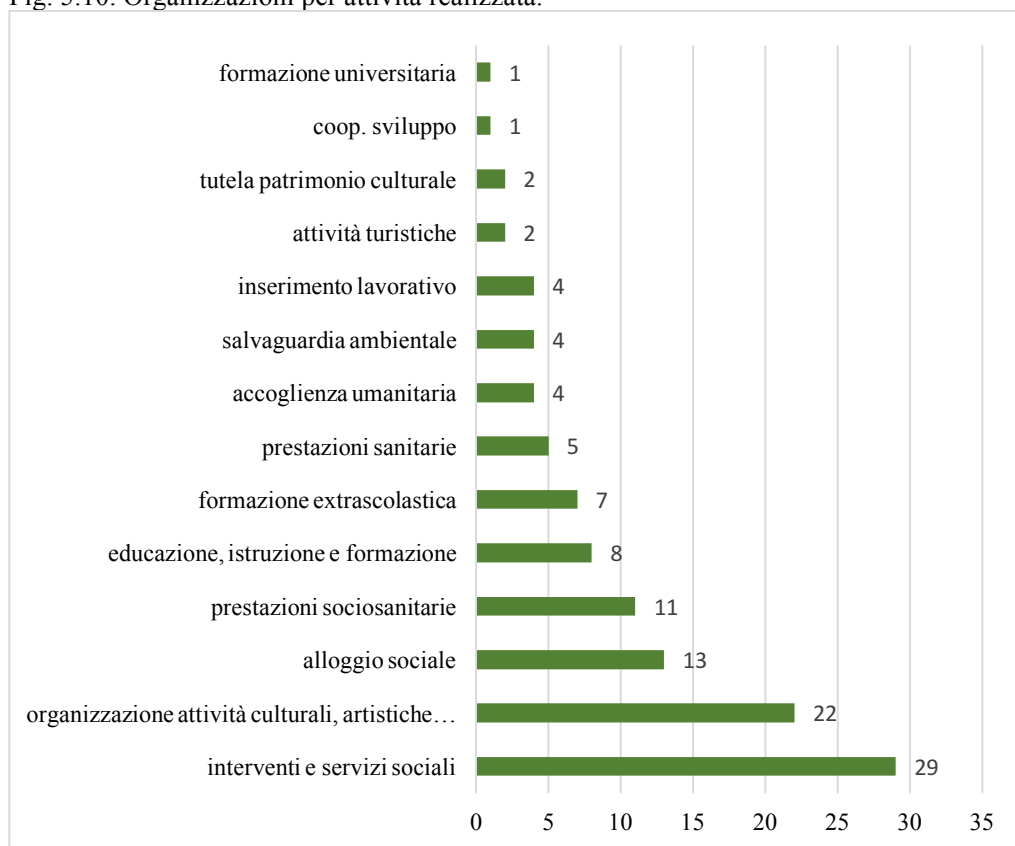
Sono 36 gli enti realizzano interventi dedicati ad anziani o che hanno tra i propri utenti anche popolazione anziana. A queste realtà è stato chiesto di dettagliare quali sono le attività realizzate, con quali modalità sono accessibili, con quali risorse vengono realizzati gli interventi.

L'insieme delle organizzazioni considerate realizza 109 attività diverse, che sono state riunite in macro categorie.

Ogni organizzazione realizza in media 2,8 tipologie di intervento.

Delle 36 organizzazioni censite, 29 sono impegnate in interventi e servizi sociali, 22 nell'organizzazione di attività culturali e artistiche, 13 in attività di ospitalità e/o alloggio sociale, 11 prestazioni sociosanitarie, ecc. (Fig. 5.10).

Fig. 5.10. Organizzazioni per attività realizzata.



In 11 organizzazioni tali attività sono realizzate esclusivamente nei confronti della popolazione anziana, in 25 sono rivolte a varie fasce di destinatari, tra cui possono rientrare anche gli anziani (multiutenza).

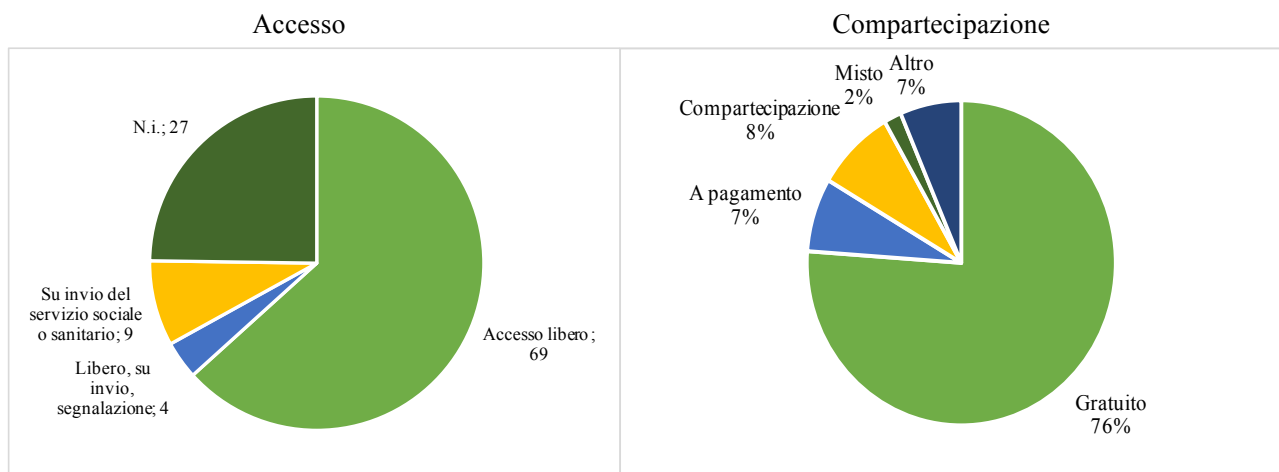
Ogni organizzazione può articolare l'accesso ai propri interventi in più modalità.

L'accesso a questi servizi è libero per 69 interventi sui 109 censiti (63%), per 9 interventi avviene su invio da parte dei servizi sanitari o sociali territoriali, per alcuni interventi l'accesso è misto, potendo avvenire in forme differenziate. Per 27 interventi questa informazione non è disponibile (Fig. 5.11).

Per quanto riguarda le modalità di fruizione e l'eventuale compartecipazione da parte degli utenti al costo degli interventi, si segnala come gran parte degli interventi (76%) sia erogato a titolo gratuito.

Gli interventi a pagamento e a compartecipazione parziale riguardano prevalentemente attività culturali e ricreative (visite guidate, uscite, serate, ecc.), mentre gli interventi gratuiti sono realizzati in tutti gli ambiti considerati, in particolare quello sociale e sanitario (Fig. 5.12).

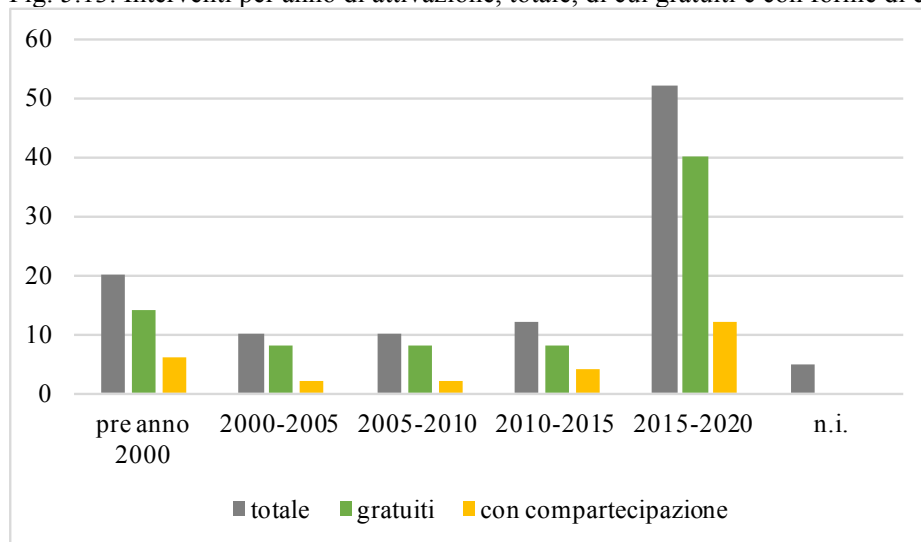
Fig. 5.11 – 5.12. Interventi per modalità di accesso e compartecipazione, valori assoluti.



Guardando agli interventi per anno di attivazione, si vede come gran parte delle attività erogate oggi siano state avviate abbastanza recentemente: sui 109 interventi censiti, venti sono stati avviati nel millennio scorso, poco meno di un terzo si è sviluppata tra il 2000 e il 2015, mentre quasi la metà è stata realizzata negli ultimi cinque anni (Fig. 5.13).

La quota di interventi che prevedono una qualche forma di compartecipazione (parziale o totale) al costo da parte degli utenti sono percentualmente significativi tra gli interventi più risalenti e tra quelli avviati dopo il 2010.

Fig. 5.13. Interventi per anno di attivazione, totale, di cui gratuiti e con forme di compartecipazione



Le 36 organizzazioni che risultano avere in corso interventi rivolti agli anziani o con utenza anziana:

8mezzo

Aeroc ODV

AIL Livorno

ALCAT

Via del Carmine 3, Livorno

Via la Pira 11, Livorno

Piazza Damiano Chiesa, Livorno

Via la Pira Livorno

Alsa	Via Roma 243, Livorno
Amici dei musei	Piazza Manini 8
ANMIC	Scali del pesce 37, Livorno
Anteas	Via Carlo Goldoni 73, Livorno
APS Banda Città di Livorno	Via Gemignani 5, Livorno
APS La solidarietà	Via delle Corallaie, Livorno
Arianna	Via della Madonna 6, Livorno
Armonia	Via Bonamici 33, Livorno
Ass. Corale San Domenico Savio	Largo Duomo 1, Livorno
Ass. Cure palliative	Viale Alfieri, Livorno
Ass. Nesi/Corea	Via la Pira 11, Livorno
Ass. Parkinsoniani Livornesi	Via Piemonte, Livorno
Associazione Amici del cuore	Via San Simone 9 Livorno
Auser	Viale Carducci 16, Livorno
Avofasam	Via del Mare 84, Livorno
Centro Cristiano fonte di vita	Via L. Salmi 11, Livorno
CIDI	Scuola Pazzini Livorno
Circolo amici dell'opera G.Masini	Piazza Minini 8, Livorno
Circolo Polisportivo ARCI La Rosa	V.le Ardenza, Livorno
Comunico	Via Maggi 82, Livorno
Comunità S.Egidio	Via Carraia 2, Livorno
CRI Livorno	Via Lamarmora 14, Livorno
Ensemble Bacchelli	Via del Panificio 37, Livorno
Fondazione Caritas Livorno	Via la Pira 9, Livorno
Ippogrifo	Piazza della Repubblica 47, Livorno
La Casa	Via Puccini 66, Quercianella
Microcrediamoci	Via Niccolò Tommaseo 10, Livorno
Misericordia Antignano	Via Duca Cosimo, Livorno
Misericordia Montenero	Via di Montenero, Livorno
Neurocare Onlus	Via Archimede Bellatalla, Ospedaletto
Per madre terra Onlus	Via del Castellaccio, Livorno
SVS Pubblica Assistenza	Via S. Giovanni, Livorno
Teatro Agricolo	Via Mentana 127 Livorno

5.3. Le risorse economiche e le fonti di finanziamento

In merito alle risorse economiche utilizzate per la realizzazione delle attività, è stato possibile avere informazioni solo da parte di 25 delle 38 organizzazioni che erogano interventi rivolti agli anziani, in forma esclusiva o all'interno di servizi rivolti alla generalità della popolazione.

Le grandezze economiche sono quindi sottostimate rispetto al valore complessivo delle 109 attività rilevate, ma comunque significative, perché le organizzazioni che hanno fornito le informazioni gestiscono complessivamente 91 attività, pari al 83% del totale.

Le risorse dichiarate ammontano a quasi 3,2 milioni di euro, di cui il 18% dedicate ad attività specifiche per anziani, le restanti finalizzate alla realizzazione degli interventi multiutenza, di cui gli anziani fruiscono insieme ad altre fasce di popolazione.

Solo dieci organizzazioni hanno fornito il dettaglio relativo alle fonti di provenienza delle risorse utilizzate per la realizzazione delle attività.

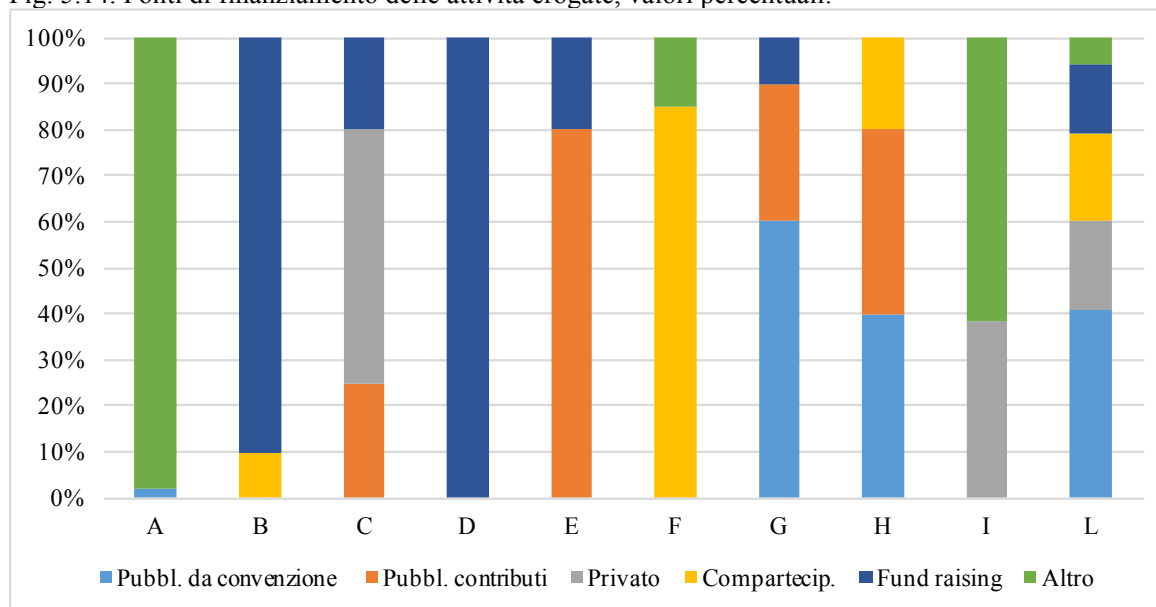
In particolare era stato chiesto di indicare in termini percentuali la composizione dei finanziamenti per provenienza, distinguendo tra finanziamenti pubblici da convenzione, finanziamento pubblico da contributo, finanziatori privati, compartecipazione degli utenti, proventi da fundraising e altro.

In questa ultima categoria sono stati fatti rientrare i proventi del 5per mille e i proventi da tesseramento.

Pur essendo un dato molto parziale è molto interessante perché evidenzia una estrema eterogeneità di situazioni: vi sono associazioni che sostengono le proprie attività attraverso una pluralità di canali di finanziamento (come i casi C, G, H, L riportati in figura), altre che invece hanno pressoché un solo canale di approvvigionamento (A, D), situazioni intermedie (Fig. 5.14).

La presenza del finanziamento pubblico, in forma di rimborso per servizi convenzionati o di contributi è significativa, come è interessante la presenza di alcune associazioni che sono in grado di sostenere quasi completamente le proprie attività tramite fundraising.

Fig. 5.14. Fonti di finanziamento delle attività erogate, valori percentuali.



5.4. I beneficiari delle attività

Un ultimo ambito di osservazione ha riguardato i beneficiari delle attività censite.

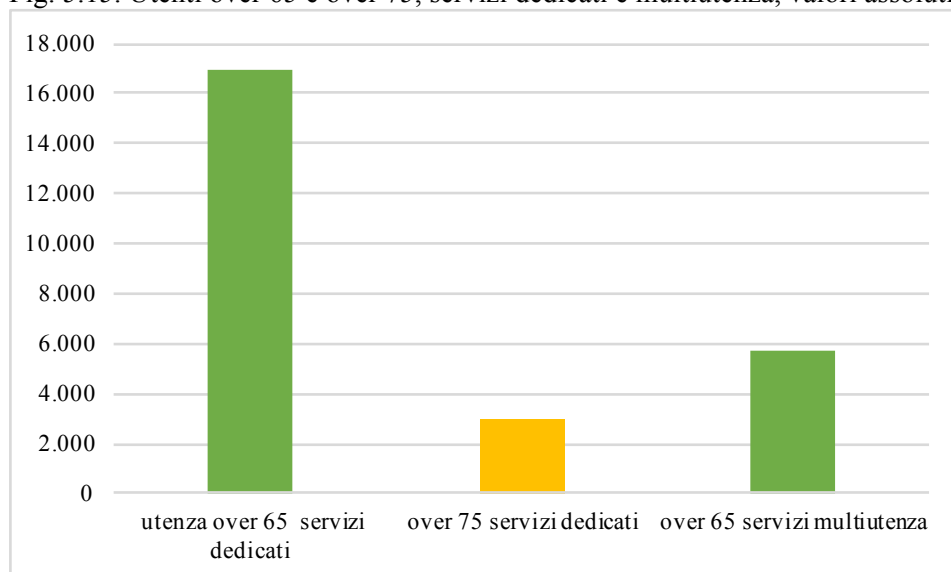
La risposta delle associazioni è stata diversificata: non tutte infatti sono solite monitorare questo aspetto con rilevazioni periodiche di dati. Ciò rende ancora ancor più prezioso lo sforzo fatto dai rispondenti nel fornire dati il più possibile precisi su questo aspetto.

Solo cinque organizzazioni non sono state in grado di dare alcuna informazione in merito ai beneficiari raggiunti dalle proprie attività.

Complessivamente, i beneficiari delle attività censite nell'indagine dedicate agli anziani sono almeno 16.892: di questi, i grandi anziani che beneficiano di attività dedicate sono almeno 2.960. Nelle attività multiutenza, i beneficiari che hanno un'età superiore ai 65 anni sono almeno 5.677 (Fig. 5.15). Complessivamente, le attività realizzate dalle organizzazioni censite coinvolgono quindi 22.569 over 65enni. Si tratta di un dato estremamente significativo, se si tiene conto che la popolazione livornese

over 65 ammonta a circa 41.468 persone (dati 2019): potenzialmente un anziano su due a Livorno ha fruito di almeno uno degli interventi erogati.

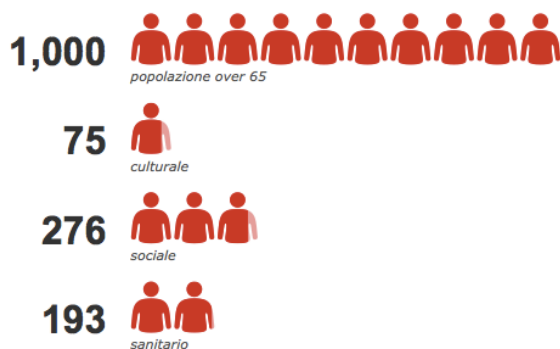
Fig. 5.15. Utenti over 65 e over 75, servizi dedicati e multiutenza, valori assoluti



Parametrato alla popolazione, su mille residenti anziani a Livorno (Fig. 5.16):

- almeno 75 hanno fruito di attività culturali realizzate dalle organizzazioni coinvolte;
- almeno 276 hanno fruito di attività sociali;
- almeno 193 hanno fruito di interventi sanitari o sociosanitari.

Fig. 5.16. Utenti censiti over 65 per settore di intervento su 1000 anziani residenti



Le attività di ambito sociale sono quelle che registrano il numero più alto di utenti: superano i mille utenti i servizi di trasporto sociale, di disbrigo di pratiche amministrative, gli interventi di ascolto e orientamento, il prestito di ausili sanitari. Tra le attività culturali i concerti hanno coinvolto un numero elevato di persone nel corso degli ultimi 12 mesi.

Gli utenti over 65 delle attività multiutenza sono maggiormente presenti nei servizi di disbrigo pratiche amministrative e nei servizi di prestito ausili in ambito sociale, in alcune iniziative culturali e in ambito sanitario nelle attività di sensibilizzazione e prevenzione.

Tra le attività dedicate agli anziani, quelle che hanno intercettato il numero più alto di utenti over 75 sono il telesoccorso, l'attività fisica adattata, il progetto Pronto badante, le attività diurne di vacanza anziani, i laboratori teatrali.

Conclusioni e prospettive

L'esperienza è stata senza dubbio un importante test di fattibilità: istituzioni e organizzazioni hanno aderito ad una proposta di lavoro che ha richiesto una capacità di autorappresentazione, di raccolta e validazione di informazioni per alcuni del tutto inedita. Ne è emersa una prima mappatura delle risorse e delle opportunità, ma anche dei contesti di partecipazione degli anziani.

A conclusione della rilevazione le organizzazioni che hanno inviato i questionari compilati e le istituzioni coinvolte sono state invitate a realizzare un approfondimento qualitativo finalizzato a condividere una lettura complessiva delle informazioni ricavate dal lavoro di indagine. Si intendeva così concludere il lavoro di ricerca con una formulazione condivisa di conclusioni e prospettive di lavoro.

Si riportano dunque le suggestioni emerse dall'incontro con i rappresentanti di istituzioni e associazioni che hanno accettato di confrontarsi nel merito dei risultati emersi e delle prospettive future.

Una prima area tematica di approfondimento ha riguardato proprio l'anziano come risorsa: le sensibilità e le esperienze delle realtà partecipanti hanno contribuito a una rappresentazione realistica e articolata delle potenzialità e delle risorse che la popolazione anziana porta in dote alla comunità dove vive.

Come è stato efficacemente detto, «La risorsa dell'anziano è la grande capacità di autosostenersi... anche nel chiedere aiuto ai servizi e ai diversi attori nel territorio... l'anziano non è una persona arrivata, che ha finito.. è una persona che ha grande capacità di integrare, di aggiungere e migliorare esperienze, di attivare anche cambiamenti».

In ambito culturale, i dati numerici e l'esperienza delle istituzioni e delle organizzazioni convergono nel rappresentare la popolazione anziana come fruitrice e animatrice della vita culturale cittadina: «Per noi l'anziano è portatore di risorse e di bisogni insieme: la popolazione anziana assicura presenza, fruisce di servizi e iniziative, promuove e richiede azioni culturali. Le associazioni che fanno tutela di beni culturali sono fatte da anziani che operano a titolo assolutamente volontario.. »

«Gli anziani frequentano molto i nostri musei.... cerchiamo di aiutare una fruizione mirata delle opere d'arte, soprattutto in termini di ricordo... di scorci della città.. portare ad ogni visitatore una fruizione personalizzata del museo».

La presenza di anziani attivi nelle istituzioni e nelle associazioni culturali diventa risorsa anche per offrire occasioni di incontro con gli anziani fragili: «Le associazioni culturali possono essere un tramite per mettere in contatto gli anziani fragili con esperienze di bellezza e di arte...per portare bellezza anche nei servizi alla persona... Piccole iniziative culturali per accompagnare chiunque a fare esperienze culturali e artistiche».

Il tema della valorizzazione della memoria degli anziani come memoria collettiva ricorre sia in chi si occupa di attività culturali che educative: «L'anziano è una miniera d'oro di storie... figli e nipoti non sanno cose fondamentali dell'anziano con cui vivono.. i liceali livornesi non sanno che Livorno è stata bombardata... Occorre riscoprire radici della propria storia, del proprio essere città.. attraverso l'interazione delle generazioni...», «Osservare i visitatori nei musei mostra una vicinanza tra il bambino e l'anziano, per la curiosità, per l'entusiasmo.. ».

Le fragilità emergenti sono state condivise dalle associazioni e i servizi territoriali, che hanno convenuto sulla necessità di intervenire, anche in prospettiva di medio periodo sulla grande emergenza legata alla solitudine degli anziani, sempre più privi di reti familiari contigue, sia in ragione della cresciuta mobilità dei figli, sia per l'aumento delle separazioni dei nuclei. Un altro tema emergente riguarda l'aumento delle donne anziane che subiscono maltrattamenti domestici, soprattutto da parte di figli rientrati a casa dopo fallimenti lavorativi o relazionali.

Il tema della fragilità economica è visto più in prospettiva che in fase attuale: «le pensioni che oggi ci sono, domani non ci saranno.. avremo una popolazione molto anziana, molto povera e con pochi figli...».

Un problema correlato alla dimensione economica è quello della casa, sia in termini di adeguatezza delle abitazioni alle esigenze degli anziani, sia in termini di incidenza del possesso di un'abitazione sulla valutazione della situazione economica per l'accesso ai servizi: «anche avere casa diventa un problema per accedere ai servizi. Paradossalmente quando scatta la fragilità l'anziano con la casa ha un problema in più.. perché non sempre la casa è adeguata alle sue esigenze, ma incide sull'ISEE e lascia fuori dal sistema dei servizi chi comunque ne ha bisogno».

Tra le risposte necessarie per migliorare la vivibilità della città da parte degli anziani e rispondere alle loro fragilità sono state individuate alcune priorità. La creazione e la condivisione di una mappatura dei servizi e delle risorse istituzionali e associative presenti nella città è una preconditione condivisa: «È necessaria una rete ed è necessaria una pubblicità delle risorse, manca una mappa delle risorse esistenti nella città...».

Una criticità condivisa in tema di risposte riguarda il tema dell'accesso ai servizi: il sistema attuale esclude una quota significativa di persone che vivono una situazione di bisogno sociale o sociosanitario, ma che non possono rientrare nei criteri economici attuali: «Persone e famiglie che si fanno carico degli anziani non autosufficienti: le patologie importanti sfidano chiunque, anche le famiglie più attrezzate, culturalmente e economicamente. occorre creare una rete di risposte anche per chi non accede ai servizi», «Il nostro territorio ha bisogno di una riorganizzazione dei servizi e delle strutture, perché a prescindere dalla disponibilità economica, le famiglie devono trovare risposte appropriate... occorre accompagnare i servizi per renderli più rispondenti ai bisogni di cura».

Tra le azioni prioritarie sono indicate quelle finalizzate a ridurre la sperequazione esistente tra anziani, «soprattutto nella differenza tra periferie e centro città.. nei quartieri periferici le necessità non vengono nemmeno espresse, ma esistono.. per esempio realizzare delle iniziative a domicilio o di quartiere (prestito), di accompagnamento alle sedi delle iniziative culturali, di animare anche sedi periferiche. Questo muove anche gli anziani ad animare il quartiere, a proporre iniziative».

Un tema collegato è quello della promozione di attività socializzanti e ricreative, un tempo promosse anche dalle istituzioni pubbliche ed oggi realizzate prevalentemente da organizzazioni e associazioni, che risultano fondamentali per favorire la socializzazione, l'inclusione: «Nel tempo, quello che si è perso è la dimensione di socializzazione, della stimolazione sociale... gite, pranzi sociali, con una rete amicale tra anziani soli o con figli lontani.. ».

Proprio le organizzazioni hanno messo a tema una priorità trasversale ai diversi settori di intervento, cioè il ruolo del volontariato nella promozione di azioni rivolte alla popolazione anziana: le esperienze riportate dalle diverse associazioni presenti evidenziano degli elementi di criticità comuni. Un primo aspetto riguarda la eccessiva rigidità della domanda di impegno volontario rispetto ad un'offerta più "liquida": «il volontariato si sposta al di fuori delle organizzazioni... si sente compresso dalle organizzazioni... un tempo si poteva andare in un'associazione e dire: - ho un'ora... l'associazione aveva modo di accogliere questa disponibilità e valorizzarla. Ora gli spazi e le risorse sono così ridotti da richiedere impegni volontari più assidui, non sempre appetibili», «I 100 metri si fanno tutti, mentre la maratona in pochi...». Questa tendenza riguarda sia i volontari giovani che gli anziani. In generale si invoca un'azione educativa che formi al volontariato e alla solidarietà le diverse generazioni: «pensando all'anziano del futuro.. se già gli anziani sono scarsamente impegnati e le nuove generazioni pure... che fine fa la solidarietà? Ci vuole un lavoro in sinergia per promuovere un esercizio della solidarietà e del volontariato più diffuso tra le diverse generazioni.. in sinergia con le associazioni presenti sul territorio. ».

La responsabilità in merito ad azioni di formazione e educazione alla solidarietà è attribuita in parte alle agenzie istituzionali «La scuola deve preparare ad una solidarietà che si sta perdendo.. », in parte alle stesse organizzazioni, cui spetta «favorire esperienze e creare continuità nella cultura della solidarietà.. », « dare la carica, formare e motivare anche in vista di opportunità lavorative future.. ».

Un ultimo elemento di riflessione è stato sollevato dalle stesse organizzazioni, sia in fase di avvio delle attività, durante le prime sessioni di presentazione del progetto e di assistenza tecnica, sia in fase di approfondimento qualitativo dei risultati dei questionari. Alcuni partecipanti hanno accolto la richiesta di partecipare all'iniziativa come un'occasione preziosa di incontro, "denunciando" la carenza di contesti dove le organizzazioni sono sollecitate al confronto, di occasioni strutturate di dibattito e, prima ancora, di reciproca conoscenza. È stata condivisa come la penuria di risorse disponibili, sia economiche che umane, abbia favorito un clima di competizione, se non di sospetto, tra organizzazioni, rendendo difficile attivare collaborazioni. Al tempo stesso, le singole organizzazioni, da sole, rischiano di svuotarsi di persone e contenuti, di perdere opportunità. È emersa la necessità di trovare contesti "neutri", di spazi di confronto costruttivo su temi di interesse comune.

Questo primo affresco viene presentato in una prospettiva di intervento completamente mutata: con l'emergenza sanitaria intercorsa, la finalità da perseguire ha subito essa stessa un cambiamento forzato. Non si tratta solo di facilitare il coinvolgimento e l'attivazione già significativa degli anziani nei diversi settori della vita sociale della città, ma di trovare soluzioni che permettano loro di farlo in condizioni di sicurezza.

Questo richiede un ripensamento complessivo delle politiche cittadine da parte delle istituzioni ma anche un percorso delle associazioni per trovare soluzioni in grado di permettere alla popolazione anziana di continuare ad essere una importante risorsa civile e sociale, e di intervenire a tutela della fascia più fragile della terza e quarta età.