

Newsletter **Piaci**

Associazione scientifica **Per
l'Invecchiamento
Attivo e le Cure Integrate**

Strategie per promuovere una «vita di significato»

*Daniele Salmaso**

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno noto da decenni, come è nota la necessità di adottare politiche e strategie utili a governare questo importante fenomeno. Tra le azioni rilevanti in favore di una corretta politica per gli anziani si pone anche la promozione dell'invecchiamento attivo. Un concetto che prende forma già dal «Primo piano d'azione internazionale sull'invecchiamento», siglato dall'Onu nel 1982 a Vienna. Il 1999 è stato proclamato «Anno internazionale degli anziani» con lo slogan «L'invecchiamento attivo fa la differenza»; il 2012 «Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale». Tra i principali obiettivi contenuti nella proclamazione del 2012 c'era la sensibilizzazione della pubblica opinione verso questa tematica, ciò lascia ipotizzare che resti ancora molta strada da fare. Il continuo riferimento al tema dell'invecchiamento come un'emergenza, conferma questa ipotesi.

Negli ultimi cinquant'anni abbiamo assistito ad un allungamento della vita, grazie alle migliori condizioni «del vivere», nelle società occidentali, e ai progressi della medicina in termini di prevenzione e trattamento delle malattie (Illiecu M.L. e Zanoschi G., 2005). Un'ampia parte della popolazione raggiunge un'età elevata in buone condizioni di salute e contestualmente è cresciuta la fascia di popolazione anziana che convive con la presenza di malattie croniche e disabilità (Ministero della Salute, 2010).

La definizione di «Active Ageing» per l'Organizzazione mondiale per la salute (Who) fa riferimento ad un processo di ottimizzazione delle opportunità relativa alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane.

«La distinzione tra invecchiamento normale e invecchiamento patologico deriva dal principio fondamentale secondo il quale l'invecchiamento di per sé non è comunque una malattia e come tale non prevenibile, né in alcun modo curabile» (ibidem), le persone con invecchiamento patologico vanno incontro a morbilità e disabilità che possono peggiorare la loro qualità della vita.



Sommario

- Strategie per promuovere una «vita di significato»
Daniele Salmaso
- Il 2014 di Piaci
Cinzia Canali
- Piaci nel 2015
- Segnalazioni

Come aderire a Piaci

Si può richiedere l'adesione a Piaci, inviando una mail con la scheda di p. 6 a piaci@fondazionezancan.it

Le richieste di adesioni sono valutate dal CdA dell'Associazione.

Il concetto di «invecchiamento attivo» ha ricevuto in questi ultimi anni molta attenzione, dai responsabili di politica sanitaria, che si sono concretizzate in varie iniziative, il cui obiettivo principale è di incoraggiare gli anziani ad essere attivi e produttivi e di migliorare la qualità della vita e del benessere (Venn S. e Adber S., 2011). Alcuni governi hanno sviluppato programmi sistematici con la definizione di obiettivi, strategie e indicatori di valutazione; utilizzando modalità centrate su modelli di autovalutazione dello stato di salute, approcci multiprofessionali e la promozione di solidarietà intergenerazionale con lo scopo finale di promuovere nuovi stili di vita (Brockow T. e altri, 2009).

Nuovi stili di vita

L'invecchiamento attivo cambia il paradigma tradizionale che correla la longevità con il decadimento funzionale. Il nuovo modello ridisegna il contesto che spinge la mortalità e la morbilità in un periodo più breve e più «tardi» nella vita posticipando disabilità e mortalità (Fries J.F., 2012). Fattori predittivi di un invecchiamento attivo sono correlati all'indipendenza nelle attività di vita quotidiana, all'autonomia, al grado di soddisfazione nelle relazioni familiari e di amicizia, allo stato economico, al sentirsi fisicamente bene, al mantenere una buona immagine del proprio aspetto, all'autostima, all'avere sentimenti positivi, possedere buone relazioni interpersonali, alla presenza di un supporto sociale, alla partecipazione ad attività ricreative, alla sessualità, alla spiritualità e ai propri valori (Morase J.F., de Azevedo e Souza V.B., 2005).

L'invecchiamento attivo è permeato di contenuti positivi che potremo definire una «vita di significato». Quando l'invecchiamento non è associato alla parola «attivo» è connotato da disabilità. Il mantenimento dell'indipendenza funzionale è il primo passo per mantenere l'invecchiamento attivo e quindi per migliorare la qualità della vita.

Ferreira (2010) ha evidenziato che età, sesso, punteggio Adl e rischio di cadute sono stati associati ad una scarsa compliance a stili di vita che contemplino l'attività fisica. È stato rilevato che le donne anziane si muovono meno e hanno un punteggio Adl peggiore e contemporaneamente vanno incontro ad un maggiore rischio di cadute. Programmi di promozione della salute devono avere come obiettivo anche l'attività fisica, ricorrendo alla riduzione delle bar-

riere che si oppongono al suo svolgimento (Ferreira M.T., Matsudo S.M., Ribeiro M.C. e Ramos L.R., 2010).

È ormai noto che le persone con redditi più bassi hanno un peggiore stato di salute, è verosimile che possano esserci delle correlazioni positive tra benessere economico e attività fisica svolta.

Le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2 e il cancro costituiscono le principali patologie delle società occidentali. Vi sono evidenze schiaccianti che l'esercizio fisico e la dieta possono contrastare efficacemente queste malattie (Robert C.K. e Barnard R.J., 2015).

Una maggiore prevenzione di queste patologie potrebbe far sì che le persone mantengano una buona stabilità di salute. Secondo alcuni autori le strategie di risposta non sono da ricercarsi nel rafforzamento delle cure primarie quanto nel consolidamento delle attività di prevenzione. Una popolazione più sana avrà infatti meno bisogno di servizi sanitari, con un ricorso inferiore al pronto soccorso e un minore bisogno di ricoveri ospedalieri (Roland M. e Abel G., 2012).

Numerosi sono gli studi che rafforzano la comune opinione che l'attività fisica abbia effetti positivi sullo stato di salute. È noto che uno stile di vita caratterizzato dalla sedentarietà è responsabile di un significativo incremento della morbilità e della mortalità cardiaca totale. La letteratura dimostra che esiste una inversa relazione tra mortalità e attività fisica (Paffenbarger R.S. e Lee I.M., 1997). La sedentarietà da alcuni decenni è divenuta un vero e proprio fattore di rischio. Sono di seguito riportati i benefici che diversi autori correlano all'attività fisica: «riduzione del rischio di morte improvvisa per malattie cardiache; riduzione dei tumori del colon fino al 50%; riduzione dello sviluppo del diabete di tipo 2, fino al 50%; prevenzione o riduzione dell'ipertensione; prevenzione o riduzione dell'osteoporosi, con diminuzione fino al 50% del rischio di frattura dell'anca nelle donne; riduzione del rischio di sviluppo di patologie osteoarticolari; riduzione del rischio di sviluppare deficit cognitivo e demenza; diminuzione di ansia, stress, depressione, solitudine; calo del peso e la diminuzione del rischio di obesità, con benefici del 50% rispetto a chi ha uno stile sedentario» (Vitulli P. e altri 2012).

Bowen (2012) evidenzia come una importante attività fisica, come aerobica, sport, corsa, ciclismo, e lavori di casa pesanti due o tre volte alla settimana, possano ridurre del 21% il rischio di demenza. Questo risultato sembra essere importante visto che fino ad ora sono poche le strategie di prevenzione per questa patologia.

I fattori di rischio vascolari contribuiscono in modo significativo la progressione del declino cognitivo (compresa la demenza), ma l'impegno attivo nelle attività sociali, fisiche, e mentalmente stimolanti può ritardare l'insorgenza della demenza. Tuttavia questi risultati devono essere confermati da studi randomizzati e controllati (Mangialasche F. e altri, 2012).

La prevenzione

Alcuni autori sottolineano come sia rilevante promuovere l'invecchiamento attivo nella prima metà della vita, quando le malattie croniche non si sono ancora presentate, in modo da salvaguardare la salute nell'età più avanzata (Schroots JJ., 2012). Ciò richiede che vi sia un investimento importante nell'ambito della promozione della salute.

La prevenzione primaria può investire sulla promozione di stili di vita sani che consentano di evitare l'insorgere di patologie invalidanti. La prevenzione secondaria consente di fare diagnosi precoci, attraverso gli screening e di intervenire velocemente in situazioni di disequilibrio di salute, modificando gli stili di vita. La prevenzione terziaria ha un ruolo rilevante nel prevenire le recidive di una patologia in atto o la limitazione delle conseguenze e/o delle complicanze. La riabilitazione si propone di favorire nella persona il raggiungimento del più alto livello funzionale possibile e di promuovere l'autocura.

A questo punto se determiniamo che la promozione della salute è così rilevante per tutte le fasi della vita, ma ancor più in una fase così delicata come l'invecchiamento c'è da chiedersi a che punto siamo, nel nostro Paese, su questo versante e quali possano essere quindi le prospettive a breve.

L'8 febbraio 2012 è stato pubblicato, a cura della Fondazione Smith-Kline il secondo rapporto sulla prevenzione. Il rapporto sottolinea come, nonostante la prima legge di riforma sanitaria (legge n. 833/1978) dichiarò che il Servizio sanitario nazionale è destinato alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, ponendo quindi la prevenzione su un piano prioritario, ancor oggi non si riesce ad investire il 5% del fondo sanitario previsto dalla legge.

È facile comprendere come, in assenza di investimenti sulla prevenzione, vi sia un modello assistenziale centrato sulla «malattia» piuttosto che sul

«mantenimento dello stato di salute» (Boccia A. e altri, 2011).

I dati evidenziano come i dipartimenti di prevenzione, strutture che hanno mandato di gestire questo processo nelle aziende sanitarie, abbiano poche risorse, dirigenti oberati da molteplici progetti, personale per lo più anziano, scarso riconoscimento istituzionale, adozione di modelli organizzativi che non identificano responsabilità sui risultati, vorticoso turnover della dirigenza.

È facilmente comprensibile che con un quadro così critico divenga particolarmente difficile affrontare un tema complesso come la promozione della salute, modalità operativa che supera il modello preventivo e che utilizza tecnologie come la comunicazione, il counseling e non ultimo il marketing (Salmaso D., 2012).

Anche patologie croniche importanti beneficiano delle strategie preventive, la malattia di Alzheimer è la forma più frequente di demenza e secondo stime più recenti colpisce quasi 27 milioni di persone in tutto il mondo. L'esordio della malattia è generalmente insidioso. È sempre più evidente che i meccanismi fisiopatologici sono attivi molto prima della comparsa dei sintomi clinici della malattia. Nel contesto attuale, è importante mettere a punto strategie per ritardare l'insorgenza del declino cognitivo. Ritardare l'insorgenza di 5 anni ridurrebbe la prevalenza della metà a termine, e un ritardo di 10 anni sarebbe ridurre di tre quarti. L'efficacia delle strategie di prevenzione attualmente proposte resta da confermare, ma alcune strategie possono essere applicate immediatamente ai soggetti a rischio (Gillette Guyonnet S. e altri, 2008).

Wham (2011) ha evidenziato come in un gruppo di persone tra i 75 e gli 85 anni, che ha coinvolto otto comunità residenti in Nuova Zelanda, il 50% dei partecipanti era a rischio nutrizionale per sovrappeso, le persone più colpite erano le vedove o le persone che vivono sole. I soggetti a minore rischio nutrizionale avevano una massa muscolare maggiore e una massa grassa inferiore, consumavano meno alcool ed erano più impegnati in attività fisica (Wham C.A. e altri, 2011). Ciò riconduce alla necessità di promuovere stili di vita sani con la presenza di attività fisica e di una buona igiene alimentare.

È necessario promuovere un concetto di salute che non sia correlato all'assenza di malattia ma piuttosto alla salute come una risorsa preziosa. La promozione della salute richiede un approccio ecologico che fornisca un quadro ideale che disegni le strategie di successo in materia di invecchiamento. È necessario investire nella

consapevolezza della correlazione tra invecchiamento e attività fisica, identificandone i punti di forza e di debolezza, utilizzando la letteratura per dimostrare l'efficacia di stili di vita sani. Si suggerisce un livello di comunicazione che consenta la comprensione da parte degli anziani. L'approccio educativo ha maggiore successo se si utilizza un metodo multidisciplinare (Phoenix C. e Grant B., 2009). Va comunque sottolineato che culture ed etnie diverse interpretano salute ma anche benessere con valori diversi, un corretto approccio di promozione della salute deve forzatamente tenerne conto (Corwin S.J., Laditka J.N., Laditka S.B., Wilcox S. e Liu R., 2009). Negli interventi di promozione della salute va tenuto presente che gli anziani sembrano apprendere maggiormente se vengono utilizzati feedback positivi e se vengono adottate modalità di apprendimento attivo che li coinvolga in una logica collaborativa (Barbero Vignola G., Noacco S. e Mesaglio M., 2013; Bellebaum C., Rustemeier M. e Daum I., 2012).

Alcuni autori hanno promosso studi longitudinali con gruppi di anziani, monitorati da tutor, promuovendo la cura di sé, attraverso l'uso di stili di vita sani nella pratica quotidiana per prevenire le malattie croniche e raggiungere il massimo benessere in età avanzata. Questo approccio renderà possibile valutare l'esito attraverso indicatori di impatto quali l'aderenza terapeutica, l'incidenza delle principali malattie croniche in età avanzata, l'aspettativa di vita senza malattie croniche a 60 anni, anni di vita ponderati per disabilità, anni di vita persi a causa di mortalità prematura, anni vissuti con disabilità (Mnedoza-Nunes V.M. e altri, 2009).

Alcuni studi hanno messo in evidenza che modalità di sostegno quali un intervento telefonico settimanale da parte di volontari e professionisti che monitorano e stimolano le persone anziane a seguire programmi di attività fisica hanno efficacia (Hookers S.P. e altri, 2005). Hammerback (2012) ha invece rilevato che modelli di sostegno telefonico hanno un basso livello di compliance con popolazioni a basso reddito. Considerando le risorse da mettere in campo per coinvolgere partecipanti e volontari questo modello sembra non essere sostenibile per questa fascia di popolazione.

L'empowerment del paziente viene definito come «un processo che aiuta le persone ad acquisire controllo, attraverso l'iniziativa, la risoluzione di problemi, l'assunzione di decisioni, che può essere ap-

plicato in vari contesti nell'assistenza sanitaria e sociale» (Richards T., 2012).

Si ritiene che mai come in questo momento storico sia di rilevante attualità investire nelle persone adulte e anziane affinché divengano in grado di assumersi la responsabilità di fare scelte consapevoli circa gli stili di vita che sono correlati a migliori stati di salute.

Anche la partecipazione ad attività musicali può aiutare l'allargamento della rete sociale e promuovere l'acquisizione di nuove conoscenze, e sembra quindi rispondere alle sfide poste dell'invecchiamento attivo (Solé C. e altri, 2012).

La mobilità è fondamentale per l'invecchiamento attivo ed è intimamente legata allo stato di salute e la qualità della vita (Webber S.C. e Porter M.M., 2010). Certi studi qualitativi, attraverso focus group, hanno messo in evidenza come gli anziani prediligano vivere in quartieri in cui siano presenti i servizi e le attività commerciali che li interessano e in questo modo per loro è più stimolante muoversi, camminare e fare dell'attività fisica. Il traffico, gli spazi pedonali inadeguati e in genere la poca attenzione ai pedoni rendono la circolazione delle strade insicura, questo diviene un fattore ostacolante che non favorisce la mobilità degli anziani (Plouffe L. e Klache A., 2012). Weiss (2012) ha identificato una correlazione tra l'ambiente e l'attività fisica svolta dagli anziani: quartieri con strade molto trafficate, con scarsa pedonabilità vengono vissuti come pericolosi dagli anziani che sceglieranno di muoversi meno e quindi con un incremento di rischio di inattività. Altri studi qualitativi hanno evidenziato come non vi sia un consenso negli anziani per quanto riguarda l'associazione tra ambiente urbano e attività fisica. Ne consegue che questo sia un ambito che richiede ulteriori approfondimenti e studi.

Attività lavorativa

L'allungamento della vita media, in questi ultimi 60 anni, è tale che al raggiungimento della vecchiaia le persone hanno davanti a sé ancora alcuni decenni di vita. Questo ulteriore tempo da vivere, molto spesso diviene ricco di solitudine, con figli e nipoti sempre più radi che faticano a dedicare attenzione ai parenti anziani. Con una società che esclude l'anziano dal mondo del lavoro e che tende a emarginarlo rammentandogli che gli garantisce una pensione e che è un costo sociale (Barbero Vignola G. e Neve E., 2013)¹.

Le esperienze compiute nei paesi del Nord dimostrano che il pensionamento isola e fa male, la persona va in-

contro a depressione ed esclusione, con una privazione di stimoli e progettualità, una ridotta autonomia che ha ricadute anche sulla salute fisica. La scelta strategica di questi paesi è stata quella di puntare a mantenere una buona salute ad ogni età, di investire in misure preventive della malattia mentale e psichica e di ripiegamento e impoverimento degli anziani su tutta la popolazione ben prima della vecchiaia. Le politiche sociali spingono la persona a lavorare anche oltre i 70 anni, e facendo divenire un valore positivo il lavoro svolto per tutta la durata della vita. La permanenza nel mondo del lavoro fino ad una età avanzata richiede di essere bilanciata da strategie che ne facilitino la permanenza. Le modalità più utilizzate per scoraggiare le aziende al prepensionamento sono gli sgravi fiscali, la tassazione contro i licenziamenti, l'uso del part-time, incentivi che favoriscono l'assunzione di prepensionati. Altra strategia può essere togliere i limiti di età nei concorsi pubblici.

È necessario valorizzare il lavoro degli anziani, capovolgendo l'attuale paradigma che vede solo nei giovani l'innovazione, dimenticando quanto possa essere rilevante la competenza e l'esperienza delle persone anziane in campo lavorativo. Andrebbe promosso il valore della vecchiaia attraverso i media, che solitamente negano il mondo degli anziani, o ne trasmettono immagini correlate alla marginalità e al disvalore, piuttosto che all'esperienza, all'utilità sociale e al valore intellettuale.

Ricerche condotte da Ilmarinen J. (2012) hanno messo in evidenza che la vita lavorativa è correlata alla salute e alla capacità funzionali, alla competenza e ai valori, agli atteggiamenti e alle motivazioni. La capacità lavorativa è l'equilibrio fra il lavoro e le risorse individuali, quando il lavoro e le risorse individuali sono compatibili, la capacità lavorativa è buona. Si comprende immediatamente che nell'anziano le competenze professionali sono molto presenti, ma vanno coltivati anche i valori e le motivazioni. Per questo è necessario che le politiche aziendali investano in favore di un management che rispetti e si guadagni la fiducia dei lavoratori, che offra supporto nelle situazioni di lavoro impegnativo e difficile. È utile il feedback al lavoratore sulla qualità del lavoro svolto correttamente e poter apprendere come migliorare ulteriormente le proprie prestazioni. Un trattamento equo e un approccio di totale intransigenza verso la discriminazione per ra-

gioni d'età saranno percepiti e apprezzati dai dipendenti (Ilmarinen J., 2009).

Uso del tempo libero

I risultati della terza rilevazione multiscopo sull'uso del tempo condotta tra il 2008 e il 2009, confrontati con i risultati della rilevazione 1988-1989 mostrano l'evoluzione del modo in cui le persone organizzano la propria giornata. Per gli anziani, che in vent'anni hanno acquisito 40' in più di tempo libero, ad aumentare sono stati soprattutto il tempo dedicato al riposto (34' in più) e alla televisione e ai video (13' in più), mentre è diminuito il tempo dedicato a passatempi e giochi (8' in meno) (Istat, 2013).

Nel rapporto Italia 2012, l'indagine campionaria svolta dall'Eurispes rileva che nel tempo libero, le uniche attività realmente diffuse risultano essere la lettura di quotidiani (il 43% lo fa spesso, il 32,5% qualche volta) e libri (il 27,6% spesso e il 35,1% qualche volta). Le altre attività rimangono appannaggio di una minoranza: oltre un terzo fa attività fisica spesso o qualche volta (36,1%: il 12,8% spesso e il 23,3% qualche volta), quasi un terzo coltiva un hobby (il 9,7% spesso, il 21,6% qualche volta). Solo il 22% frequenta mostre o musei qualche volta o spesso, il 16,3% va al cinema, il 12,4% a teatro o concerti. Il 17,2% viaggia per svago qualche volta (13,7%) o spesso (3,5%). Il 13,6% svolge attività di volontariato, il 13,2% frequenta centri e luoghi di ritrovo per anziani.

Forti sono, ovviamente, le relazioni tra i diversi consumi culturali: chi legge quotidiani legge anche libri, chi legge libri o giornali va più spesso al cinema e a teatro: i consumi culturali differenziano quindi da un lato gli anziani «attivi» che presentano una molteplicità di interessi, dall'altro quelli che appaiono ben poco coinvolti in tali attività. Certo, questo non comporta necessariamente il venire meno di qualunque interesse, dato che è possibile che per questi anziani l'assenza da tali attività sia compensata, o forse anche motivata, dall'espletamento di attività sia inerenti alla gestione della vita quotidiana, o al permanere di forme di lavoro, dalla cura dell'orto ad attività retribuite, sia da forme di socialità diffusa.

Sono soprattutto le relazioni umane a riempire la vita della maggioranza degli anziani, anche se non manca una percentuale minoritaria, ma preoccupante, che riferisce di non vedere mai o quasi le persone care.

Le donne vanno meno spesso al cinema (il 54,6% mai, a fronte del 46,9% degli uomini), e sono nettamente più numerosi fra gli uomini coloro che leggono regolar-

mente i quotidiani (51,5% contro 31,6%) e svolgono attività fisica (non ne svolge mai solo il 31% a fronte di un più sostenuto 40,8% delle femmine) e nel coltivare hobby (36,9% contro 49,5%). Le ultrasessantatenni, invece, appaiono decisamente più attive sul piano delle relazioni familiari: è più elevata che fra i loro coetanei la percentuale di chi incontra spesso parenti (48,5% contro 40%) e nipoti (66,2% contro 57,1%). Gli uomini coltivano però maggiormente i rapporti sociali extrafamiliari: il 54,6% vede spesso gli amici, a fronte del 43,9% delle donne.

Usano internet circa la metà degli anziani anche se con tempi di fruizione differenti tra maschi e femmine (47,7% e 45,8%), mentre un'altra metà ammette il proprio analfabetismo informatico (il 38,6% per il pc e il 37,9% per internet) oppure dichiara di non farne mai uso.

Molta parte del tempo libero è spesa dagli anziani nell'aiuto dei figli con famiglie giovani.

Il compito di cui gli over 64 si fanno carico con maggior frequenza per aiutare i figli è tenere i nipoti (68,5): il 10,3% lo fa sempre, il 33,2% spesso, il 25% qualche volta, un contenuto 21,2% mai (una buona parte dei quali, presumibilmente, non vive nella stessa città dei figli, ed è quindi impossibilitata a farlo). Sono poi molti gli ultrasessantatenni abituati a preparare da mangiare per i propri figli (11,7% sempre, 18,1%, 35,1% qualche volta) e a portare i nipoti a scuola (4,9% sempre, 22,4% spesso, 24% qualche volta). Il 19,6% fa anche la spesa per i propri figli spesso o sempre e il 31,4% qualche volta, mentre sono meno numerosi quelli che fanno pulizie di casa per loro (il 71,3% non lo fa mai, il 10,1% spesso o sempre, il 14,9% qualche volta). Prevedibilmente, sono le donne dai 65 anni in su le più impegnate, rispetto agli uomini, nel sostegno dei figli. Le madri tengono più spesso i nipoti e li portano a scuola, ma soprattutto preparano da mangiare e, in alcuni casi, puliscono e riordinano la casa (Redattore Sociale, 2012).

È comunque necessario evidenziare che, anche a parità di titolo di studio, tutti i comportamenti culturali sopra elencati sono più frequenti nelle fasce di età più giovani. In particolare, occorre rimarcare che tra i grandi anziani diminuisce non solo la frequenza con cui si svolgono le diverse attività «esterne» alla casa, o con cui si legge, ma anche lo stesso guardare la televisione può essere letto come un pesante

indicatore di un più complessivo affievolirsi degli interessi esterni e di una progressiva chiusura nel proprio ambito circoscritto, secondo modelli ben noti a quanti si sono occupati di psicologia dell'invecchiamento (ibidem).

Associazione

Il rapporto Iref del 1983 censiva la situazione del volontariato nel nostro Paese considerando la popolazione tra i 18 e i 55 anni; la rilevazione del 1986 esamina la popolazione di età compresa fra i 18 e 74 anni. Si comprende quindi come fino al 1986 gli anziani fossero solo portatori di bisogni e di assistenza, mentre successivamente a questa data gli anziani sono censiti anche in qualità di volontari. Nei decenni successivi la quota di over 65 che svolgono attività di volontariato è arrivata al 13% della popolazione con un incremento superiore a quello dei giovani.

La partecipazione è cambiata qualitativamente, in quanto gli anziani si aggregano in maniera organizzata, attraverso la costituzione di gruppi formalizzati.

Gli anziani stanno inoltre ridefinendo in maniera costruttiva la propria presenza nel sociale cercando anche nuove strade di impegno civile di espressività e di relazionalità. Si nota una tendenza a non concentrarsi in ambito socio-assistenziale, ma a distribuirsi in altri settori di impegno civile (sportivo-ricreativo, culturale ecc.).

La partecipazione degli anziani si caratterizza sia come soci di specifiche associazioni di promozione sociale sia come attivisti del volontariato. Si tratta della dimostrazione che la opzione partecipativa è presente anche in età più avanzate.

Il volontariato in Italia coinvolge circa 50mila ultra 65enni nelle diverse forme di volontariato e 100mila nelle realtà dei centri sociali autogestiti.

La quota di persone tra i 45 e i 65 anni che svolge volontariato è pari al 25%, nonostante in questa fascia di età le persone siano ancora impegnate nella vita lavorativa e familiare. Come si spiega che negli ultra 65enni, che notoriamente sembrano avere una maggiore disponibilità di tempo, il dato si dimezza? Sicuramente hanno una forte attrattività le organizzazioni, centri ricreativi e centri sociali che sono frequentati da pari. La persona anziana svolge proprio all'interno della famiglia la sua principale attività di supporto alle carenze delle istituzioni. In una società come l'attuale, nella quale è sempre più frequente che ambedue i genitori lavorino fuori casa, sono i nonni ad occuparsi della sorveglianza e cura dei bambini laddove non esisto-

no strutture di accoglienza della prima infanzia (Brinchi G., 2013).

Volendo definire un profilo dell'investimento nel volontariato over 65 notiamo che sono organizzazioni che, nel 50% dei casi, hanno in media quasi 30 anni di vita, ed è quindi presumibile che siano state fondate da persone in età non anziana.

Hanno un raggio di intervento solitamente locale, e sono poco strutturate negli organi sociali, sono quindi organizzazioni a bassa complessità, con relazioni interpersonali più immediate. Le maggiori attività svolte sono nell'ambito del welfare, soprattutto nei confronti dei poveri o degli anziani e meno nei confronti della disabilità (area a maggiore investimento giovanile), il genere prevalente del volontario è quello femminile. Privilegiano interventi su aree di bisogno con caratteristiche anagrafiche più vicine a loro, e sono più distanti da un incontro intergenerazionale. Operano con minori risorse umane gratuite, ma anche con minori risorse tecnologiche, hanno un basso accesso a finanziamenti tipici del volontariato. Erogano mediamente un minore numero di ore di volontariato complessivo dei gruppi under 65, hanno una minore propensione a formare i volontari e non si pongono come problema prioritario il ricambio generazionale.

Ne esce complessivamente uno scenario molto dinamico, con un numero di volontari in aumento superiore alle altre fasce di età, che ama investire in ambiti che permettano lo stare con altri coetanei e che investe soprattutto in ambito sociosanitario.

Università delle libere età

Tra le risorse presenti sul territorio, nate con una vocazione spiccatamente culturale e rivolta, almeno in una fase iniziale, al mondo degli anziani vi sono le università delle libere età. Sono solitamente associazioni culturali, che si occupano di educazione permanente e in particolare di educazione degli adulti e di formazione.

È inoltre un'università popolare della terza età, anche se – come dice il nome – è aperta a tutti gli scambi generazionali.

Gli statuti prevedono solitamente che tutti gli iscritti siano soci e, per aderirvi, è sufficiente presentare una domanda di iscrizione e contribuire con la quota relativa. Per frequentare i corsi non sono richiesti titoli di studio. L'università delle libere età si propongono i seguenti obiettivi:

- essere una risorsa culturale e formativa per l'intera comunità;
- rendere consapevoli tutti i soci che i mutamenti epocali, cui siamo assistendo, richiedono un aggiornamento formativo ricorrente e continuo;
- stimolare i propri iscritti ad una partecipazione attiva e produttiva, proponendo iniziative e/o progetti e contribuendo alla loro realizzazione;
- allargare gli orizzonti culturali, spaziando dalla cultura tradizionale a forme di saperi nuovi e alternativi;
- innovare le metodologie di apprendimento-insegnamento, puntando sulla modificabilità cognitiva insita in qualsiasi età.

Queste associazioni, che non hanno fini di lucro, intervengono nella realtà culturale con la promozione di iniziative di incontro, di dibattito, di informazione e di formazione destinate a favorire l'inserimento sociale di tutte le persone, in particolare quelle anziane.

I maggiori intenti di queste realtà sono:

- favorire il dialogo, l'incontro e il confronto tra diverse generazioni;
- attivare corsi teorici e pratici anche per persone in età lavorativa, in funzione dello sviluppo, dell'approfondimento e dell'aggiornamento su contenuti formativi, professionali e culturali, compresi corsi di aggiornamento per il personale della scuola di ogni ordine e grado;
- contrastare l'emarginazione e favorire la promozione sociale e culturale della popolazione anziana tramite incontri, iniziative di socializzazione e di formazione;
- attivare studi, indagini, ricerche, convegni e pubblicazioni sui problemi dell'età libera e dell'educazione.

Nel Paese sono presenti almeno 320 sedi associative che fanno riferimento all'Associazione nazionale università della terza età (Unitre), ma sono presenti almeno 400 ulteriori realtà simili disseminate sul territorio nazionale. Purtroppo non sono disponibili dati che permettano di quantificare la numerosità di anziani che frequentano queste opportunità culturali.

Aree di intervento per favorire l'invecchiamento attivo

L'Unione europea indica quattro aree principali nelle quali agire: l'ambito lavorativo, la partecipazione sociale, la salute e il mantenimento dell'autonomia e la solidarietà tra le generazioni.

Ambito lavorativo: è indubbio che le ultime norme promulgate dal Governo Monti evidenzino come gli anziani siano divenuti risorsa per il lavoro con la recente riforma pensionistica. Appare evidente che un allunga-

mento dell'attività lavorativa debba essere accompagnata da modalità che consentano di mantenere un lavoro seppur impegnativo anche in età avanzata e questa scelta sembra stridere con la forza propulsiva che le aziende hanno di porre fuori dal mercato del lavoro cinquantenni e ancora almeno dieci anni di lavoro davanti a sé. Esistono in Europa buone pratiche che dimostrano come sia possibile per le persone in la con l'età di usufruire di riduzioni graduali del lavoro in vista del pensionamento con l'accesso al part-time, il passaggio ad occupazioni che richiedano un impegno minore e la programmazione di periodi sabbatici. Altre aziende hanno adottato modelli di adattamento delle condizioni lavorative alle esigenze dei lavoratori anziani con la definizione di nuovi processi di lavoro sostenibili.

Partecipazione sociale: sono numerosi gli esempi di partecipazione sociale delle persone anziane, attraverso la promozione del volontariato, della cittadinanza attiva e lo sviluppo di reti sociali. Seven (Senior European Volunteers Exchange Network), è una rete internazionale di 29 organizzazioni che promuovono scambi di volontari senior. È stata fondata nel 2007 grazie al sostegno finanziario del Programma Grundtvig. Sette organizzazioni includono Ong, enti locali, università e centri di ricerca con esperienza di almeno 5 anni nel coordinamento e gestione di programmi di volontariato senior. Un'iniziativa italiana particolarmente interessante è l'istituzione da parte della Regione Veneto del servizio civile per persone anziane che prevede il loro coinvolgimento nel lavoro delle pubbliche amministrazioni attraverso attività quali: animazione, gestione, custodia e vigilanza di musei, biblioteche e parchi pubblici; conduzione di appezzamenti di terreno i cui proventi sono destinati ad uso sociale; iniziative volte a far conoscere e perpetuare le tradizioni di artigianato locale; assistenza culturale e sociale negli ospedali e nelle carceri, interventi di carattere ecologico nel territorio. Lo sviluppo delle reti sociali è amplificato dalle possibilità offerte dalle nuove tecnologie. Il progetto Go-my life, ad esempio, mira ad aumentare la qualità della vita delle persone anziane attraverso l'utilizzo dei social network e dei sistemi di comunicazione mobili. Pur rimandando l'approfondimento di tale tematica ad altra occasione, va evidenziato il fatto che il contrasto all'esclusione sociale delle persone anziane passa necessariamente attraverso lo sviluppo di una se-

rie di iniziative e servizi (Fondazione Zancan, 1988), in linea con quanto indicato dall'Oms nel programma «Global Age-friendly Cities: A Guide» (2007) che individua otto aree di intervento: trasporti, abitazioni, partecipazione sociale, rispetto e coinvolgimento sociale, partecipazione civica e lavoro, comunicazione e informazione, servizi sanitari, spazi pubblici ed edilizia pubblica (Who, 2007).

Salute e il mantenimento dell'autonomia: sono numerosi i progetti che investono sulla promozione della salute e sul mantenimento dell'autonomia delle persone anziane, anche attraverso l'uso della telemedicina e della tecnologia utilizzata a domicilio. Un buon esempio di progettualità in questo ambito è costituita da Ict for health, il progetto prevede di promuovere l'uso della tecnologia on line tra i professionisti e le persone assistite, gestendo in maniera ottimale patologie croniche e promuovendo la salute attraverso percorsi educativi on line che promuovono anche l'empowerment della persona nel gestire la propria salute. È indubbio che queste tecnologie permettono un rilevante risparmio per il settore sanitario. Un'esperienza condotta in Andalusia ha consentito di sperimentare modalità di prevenzione delle cadute con un buona efficacia (www.ictforhealth.net).

Solidarietà tra generazioni

I progetti finalizzati alla promozione della solidarietà tra generazioni, molto spesso sono basati su attività di scambio tra membri di diverse generazioni così da facilitare la comprensione e il rispetto reciproci.

Le società nei paesi occidentali dimostrano un sempre maggiore interesse nell'adottare strategie di rafforzamento dell'invecchiamento attivo e affinché questo progetto possa essere un'esperienza positiva.

Appare subito evidente come questo approccio sia complesso in quanto devono essere create modalità e approcci efficaci. Un esempio interessante è stato sviluppato dall'Organizzazione mondiale per la salute con il Progetto Mates che ha prodotto la Guida alle idee per la pianificazione e l'attuazione dei progetti intergenerazionali, nella quale sono descritte varie esperienze tra cui: un progetto di condivisione delle conoscenze tra lavoratori anziani e giovani, un progetto di coabitazione tra anziani e giovani che vengono ospitati, un progetto di giardinaggio intergenerazionale in Inghilterra, un programma sperimentale e innovativo di riutilizzo sostenibile dei terreni e degli edifici disponibili a Berlino per l'integrazione sociale, culturale ed ecologica e un programma di coabitazione intergenerazio-

nale in Spagna (www.socialsalute.it). Tra le strategie che possono incrementare la solidarietà tra le generazioni sembra avere efficacia anche il coinvolgimento degli studenti, attraverso programmi che illustrino le problematiche legate all'invecchiamento, con l'intento di sviluppare un impegno civile e incoraggiare gli studenti ad intraprendere percorsi professionali rivolti agli anziani (Horowitz B.P., Wong S.D. e Dechello K., 2012).

Conclusioni

In letteratura è molto sottolineata l'importanza di sviluppare politiche per l'indipendenza, la salute e la protezione, ma contemporaneamente è anche necessario promuovere capacità e autonomia economica delle persone anziane, visto che quelle più povere sono anche quelle che meno sono in grado di promuovere il proprio invecchiamento attivo. Sono sicuramente temi sfidanti per i decisori a tutti i livelli. 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. Il beneficio non sarà solo per loro, ma anche per una maggiore sostenibilità del nostro sistema di welfare (Zunzunegui M.V. e Béland F., 2010).

Si può e si deve guardare con maggiore fiducia a questa possibilità, anche in tempi di crisi, visto che i determinanti di salute non dipendono soltanto dalle risposte di welfare ma anche dalle scelte e dagli stili di vita delle persone. Ad esempio Lehning (2012) indica come l'advocacy sia una strategia efficace per incoraggiare l'adozione di innovazioni nell'urbanistica coerenti con i bisogni degli anziani, con coinvolgimento attivo dei residenti maggiormente esposti a morbilità e disabilità e conseguenti benefici finanziari per la città. È cioè necessario guardare alle soluzioni possibili e ai capitali di solidarietà e di impegno sociale disponibili nelle comunità locali, che possono essere meglio interpretati e valorizzati, per far fruttare tutte le risorse a disposizione. La letteratura internazionale insiste sulla necessità di intervenire non solo attraverso politiche sanitarie di carattere preventivo e promozionale, ma anche di attivare tutti i determinanti extrasanitari 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. Occorre quindi attivare politiche che intervengano su questi versanti, per conseguire risultati significativi a vantaggio di tutti e quindi anche delle persone anziane.

Note

1. Il mondo imprenditoriale quando rivede le strategie produttive e deve scegliere su quali lavoratori puntare, investe sui giovani, in quanto comportano un costo salariale minore, ne consegue che le persone con più di 45-50 anni rischiano di uscire dal mondo del lavoro e di non rientrarci più.

* articolo estratto da *Studi Zancan* 5/2014.

Barbero Vignola G. e Neve E. (2013), *Solitudine, bisogni e risposte sociali per le persone anziane*, in «Studi Zancan», 6, pp. 81-89.

Barbero Vignola G., Noacco S. e Mesaglio M. (2013), *L'esercizio fisico è medicina: valutazioni di efficacia di azioni innovative per la promozione della salute*, in «Studi Zancan», 5, pp. 98-109.

Bellebaum C., Rustemeier M. e Daum I. (2012), *Positivity effect in healthy aging in observational but active feedback-learning*, in «Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn», 19(3), pp. 402-420.

Boccia A. e altri (2011), *Rapporto Prevenzione 2011 - Smith & Kline*, Il Mulino, Bologna.

Bowen M.E. (2012), *A prospective examination of the relationship between physical activity and dementia risk in later life*, in «Am J Health Promot», 26(6), pp. 333-340.

Brinchi G. (2013), *La condizione anziana*, in http://www.uil.it/pari_opportunit%EO/archivio/anziani.htm

Brockow T. e altri (2009), *Development of the Saxon Health Target «Active aging – Aging in health, autonomy, and participation»*, in «Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz», 52(7), pp. 775-788.

Corwin S.J., Laditka J.N., Laditka S.B., Wilcox S. e Liu R. (2009), *Attitudes on aging well among older African Americans and whites in South Carolina*, in «Prev Chronic Dis», 6(4):A113.

Ferreira M.T., Matsudo S.M., Ribeiro M.C. e Ramos L.R. (2010), *Health-related factors correlate with behavior trends in physical activity level in old age: longitudinal results from a population in São Paulo, Brazil*, in «BMC Public Health», 10, 690, pp. 1471-2458.

Fondazione Zancan (1988), *I diritti negati degli anziani non autosufficienti*, in «Servizi sociali», 2, pp. 3-60.

Ferreira O.G. e altri (2010), *Active aging from the prospective of aged individuals who are functionally independent*, in «Rev Esc Enferm USP», 44(4), pp. 1065-9.

Fries J.F. (2012), *The Theory and practice of active aging*, in

- «Curr Gerontol Geriatr Res»); 2012:420639.
- Gillette Guyonnet S. e altri (2008), *Prevention of progression to dementia in the elderly: rationale and proposal for a health-promoting memory consultation (an IANA Task Force)*, in «J Nutr Health Aging», 12(8), pp. 520-529.
- Hammerback K., Felias-Christensen G. e Phelan E.A. (2012), *Evaluation of a telephone-based physical activity promotion program for disadvantaged older adults*, in «Prev Chronic Dis», 2012;9.110071.
- Hirai H., Kondo K. e Kawachi I. (2012), *Social Determinants of Active Aging: Differences in Mortality and the Loss of Healthy Life Between Different Income Levels among Older Japanese*, in «Curr Gerontol Geriatr Res», 2012:701583.
- Hookers S.P., et al. (2005), *The California active aging community grant program: translating science into practice to promote physical activity in older adults*, in «Ann Behav Med», 29(3), pp. 155-165.
- Horowitz B.P., Wong S.D. e Dechello K. (2012), *Intergenerational service learning: to promote active aging, and occupational therapy gerontology practice*, in «Gerontol Geriatr Educ», 31(1), pp. 75-91.
- Illiecu M.L. e Zanoschi G. (2005), *Population aging and public health. The active aging concept*, in «Rev Med Chir Med Nat Iasi», 109(1), pp. 120-123.
- Ilmarinen J. (2009), *Aging and Work: An International Perspective*, in: J.S. Czaja and J. Sharit (eds), *Aging and Work. Issues and Implications in a Changing Landscape*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, pp. 51-73.
- Istat (2013), *Cambiamenti nei tempi di vita e attività del tempo libero*, www.istat.it.
- Lehning A.J. (2012), *City governments and aging in place: community design, transportation and housing innovation adoption*, in «Gerontologist», 52(3), pp. 345-356.
- Mangialasche F. e altri (2012), *Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective*, in «Alzheimers Res Ther», 4(1):6.
- Mendoza-Nunez V.M. et al. (2009), *Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly*, in «BMC Geriatric», 26, pp. 9-40.
- Ministero della Salute (2010), *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*, Quaderni del Ministero della Salute, 6, www.salute.gov.it.
- Moraes J.F., de Azevedo e Souza V.B. (2005), *Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre*, in «Rev Bras Psiquiatr», 27(4), pp. 302-308.
- Pafferbarger R.S. e Lee I.M. (1997), *Intensity of physical activity related to incidence of hypertension and all-cause mortality: an epidemiological view*, in «Blood Press Monit», 2, pp. 115-123.
- Phoenix C. e Grant B. (2009), *Expanding the agenda for research on the physically active aging body*, in «J Aging Phys Act», 17(3), pp. 362-379.
- Plouffe L. e Klache A. (2012), *Towards Global Age-friendly cities: determining urban features that promote active aging*, in «J Urban Health», 87(5), pp. 733-739.
- Redattore Sociale (2012), *Eurispes - Il welfare lo fanno gli anziani: 70% tiene i nipoti, 71% aiuta i figli economicamente*, www.redattoresociale.it.
- Richards T. (2012), *People with chronic disease should be encouraged to manage their care*, in «BMJ», 344, e2771.
- Robert C.K. e Barnard R.J. (2005), *Effects of exercise and diet on chronic disease*, in «J Appl Physiol», 98, pp. 3-30.
- Roland and Abel. (2012), *Reducing emergency admissions: are we on the right track?*, in «BMJ (Clinical research)», 345: e6017.
- Salmaso D. (2012), *Invecchiamento attivo e promozione della salute: a che punto siamo*, in «Newsletter PIACI», 1, pp. 1-3, www.fondazionezancan.it/download.
- Schroots J.J. (2012), *On the dynamics of active aging*, in «Curr Gerontol Geriatr Res», 81, 18564.
- Solé C., Mercadal-Brontons M., Gallego S., Riera M. (2012), *Contribution of music to aging adults' quality of life*, in «J Music Ther. Fall», 47(3), pp. 264-281.
- Venn S. e Adber S. (2011), *Daytime sleep and active ageing in later life*, in «Ageing and Society», 31, 02, 197.
- Vitulli P. et al. (2012), *Attività fisica e invecchiamento*, in «G Gerontol», 60, pp. 172-181.
- Webber S.C. e Porter M.M., (2010) Menec V.H. *Mobility in older adults: a comprehensive framework*, in «Gerontologist», 50(4), pp. 443-450.
- Weiss R.L., Maantay J.A. e Fahs M. (2012), *Promoting Active Urban Aging: A Measurement Approach to Neighborhood Walkability for Older Adults*, in «Cities Environ», Jan 1;3(1):12.
- Wham C.A., Teh R.O., Robinson M. e Kerse N.M. (2011), *What is associated with nutrition risk in very old age?*, in «J Nutr Health Aging», 15(4), pp. 247-251.
- WHO (2007), *Global Age-friendly Cities: A Guide*, World Health Organization, Geneva.
- Zunzunegui M.V., Béland F. (2010), *Intersectoral policies to meet the challenge of active aging: SESPAS report 2010*, in «Gac Sanit», 24 Suppl 1, pp. 68-73.

Piaci a Bari nel 2015

Corso per Assistenti Sociali

**LA CONDIVISIONE DI RESPONSABILITÀ
TRA PUBBLICO E PRIVATO NELLA
PROGETTAZIONE PERSONALIZZATA**

Bari, 30 gennaio 2015

Per informazioni e pre-iscrizioni:

piaci@fondazionezancan.it

Il 2014 di Piaci

Cinzia Canali

Secondo quanto riportato dallo statuto, l'Associazione scientifica Piaci si propone di "promuovere attenzione globale ai bisogni e diritti della persona anziana, valorizzando le sue capacità e potenzialità, favorire la collaborazione tra culture professionali sociali, sanitarie, educative, ambientali a servizio delle persone anziane, sviluppare la ricerca di nuove soluzioni per migliorare il lavoro di cura, la valutazione di efficacia, gli approcci interdisciplinari". Ancora: l'associazione si propone di promuovere l'incontro tra generazioni, culture, età della vita e riconoscere, affermare e tutelare i diritti delle persone anziane, in particolare di quelle più fragili.

Questi scopi vengono realizzati con attività di studio, ricerca e con azioni di promozione e divulgazione scientifica e culturale, facilitando il dialogo tra discipline, saperi professionali, scienza ed etica.

Nel 2014 si sono svolte due iniziative molto importanti.

Oltre la mente lo spazio di vita

Firenze, 11 aprile 2014

Si tratta del Corso per assistenti sociali organizzato dall'Associazione scientifica Piaci nell'ambito del Convegno dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica. L'incontro ha affrontato una questione di grande attualità: collegare la dimensione psichica con quella sociale nella logica e con le competenze del servizio sociale. I partecipanti inoltre hanno potuto proporre le loro esperienze, secondo due macro-categorie: la prima riferita a casi individuali, la seconda a iniziati-

ve rivolte a fasce di popolazione o per la promozione di risorse comunitarie.

All'iniziativa non è stata data una impostazione tradizionale ma è stata organizzata come "dibattito" aperto fra partecipanti e relatori, sulla base delle esperienze concrete inviate. Questo ha consentito di rafforzare e diffondere modi e strategie professionali di lavoro anche innovativo a partire dall'incontro tra l'esperienza concreta degli operatori e le linee teoriche maturate dalla professione.

Dalle prestazioni alle relazioni comunitarie: gli strumenti del servizio sociale negli spazi di vita della persona anziana

Bari, 30 maggio 2014

Corso per assistenti sociali organizzato dall'Associazione Piaci, in collaborazione con Associazione Carmela Giordano e Ordine Regionale Assistenti Sociali della Regione Puglia. Il corso si è svolto presso la Residenza Socio Sanitaria Assistenziale "Segesta San Gabriele" che ha contribuito all'organizzazione della giornata di lavoro. La giornata ha messo in evidenza come, nei servizi, prevalgono conoscenze e strumenti relativi ad aspetti organici e funzionali (salute, autonomie...) e cognitivo-comportamentali (orientamento, comunicazione...) delle situazioni problematiche che sta vivendo una persona anziana e/o la sua famiglia. Sono invece poco usati gli strumenti relativi agli aspetti relazionali e ambientali. Gli assistenti sociali utilizzano le relazioni tra l'utente e il suo ambiente di vita, ma spesso limitatamente al reperimento e alla attivazione di risorse finalizzate alla gestione del singolo caso: manca una chiara azione nei confronti dei soggetti che si assumono – o possono assumersi – delle responsabilità verso la comunità di appartenenza. Sono proprie dell'assistente sociale anche funzioni di sollecitazione e promozione verso la comunità, le organizzazioni di volontariato, i soggetti che possono contribuire a rendere più umane le infrastrutture della città, e di coordinamento e miglior utilizzo delle risorse disponibili. Su questi temi si è sviluppato il corso.

Piaci nel 2015

30 gennaio 2015, Bari

LA CONDIVISIONE DI RESPONSABILITÀ TRA PUBBLICO E PRIVATO NELLA PROGETTAZIONE PERSONALIZZATA

20 febbraio 2015, Battipaglia (SA)

DALLE PRESTAZIONI ALLE RELAZIONI COMUNITARIE: GLI STRUMENTI DEL SERVIZIO SOCIALE NEGLI SPAZI DI VITA DELLA PERSONA ANZIANA

Aprile 2015, Firenze (Convegno AIP)

SCOPRIRE NUOVE SOLUZIONI QUALITATIVE, SOSTENIBILI, EFFICACI, INTEGRATE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Per informazioni e pre-iscrizioni:
piaci@fondazionezancan.it

Segnalazioni

Fondazione Zancan, *Studi Zancan 5/2014*, acquistabile e scaricabile on line della Fondazione, € 7,00:
www.fondazionezancan.it

La monografia della rivista è dedicata ai *bisogni e diritti delle persone anziane*. Casa, cure domiciliari, istituti, altre forme di ricovero. Dai diritti degli anziani non autosufficienti al lavoro socialmente utile. Prevenzione della cronicità, vigilanza e controllo... Sono alcune questioni cruciali su cui ha lavorato la Fondazione Zancan negli ultimi cinquant'anni, riflettendo sulla condizione sociale delle persone anziane di ieri e oggi. Tiziano Vecchiato guarda al domani in una prospettiva di welfare generativo, cercando di collegare i problemi alle potenzialità, malgrado la recessione di welfare e di umanità che sta penalizzando soprattutto le persone anziane non autosufficienti.

Anna Maria Ziliani ricorda che la contrapposizione tra domiciliarità e residenzialità, basata su interventi scarsamente partecipati, è inutile e dannosa. Per non perdersi nella ricerca ideale di spazi di cura la bussola deve sempre essere la persona, nella sua unicità. Sul tema dell'assistenza domiciliare alle persone anziane si concentra anche Flavia Franzoni. L'emergenza della non autosufficienza ha reso necessaria l'evoluzione dei servizi a domicilio, lo sviluppo di nuove figure professionali e il sostegno ai familiari che si prendono cura dei propri cari. Questi sforzi «creativi» però non bastano più è necessario continuare a ricercare nuove soluzioni. A partire dai principi del valore assoluto della persona, del bene comune, della libertà, uguaglianza e fratellanza, Paolo Da Col fa

conoscere ai più giovani e ricorda ai meno giovani gli avvenimenti salienti accaduti nel mondo degli anziani in Italia negli ultimi 50 anni. Anna Maria Ziliani analizzando la letteratura italiana sul servizio sociale testimonia l'evoluzione del dibattito sui temi dell'invecchiamento che ha portato nel tempo a ribaltare rappresentazioni e propositi soltanto assistenziali e poco inclini alla partecipazione delle persone anziane. Daniele Salmaso e Lorenza Anfossi espongono i punti principali dei testi pubblicati dalla Fondazione Zancan a seguito di riflessioni sulla condizione degli anziani, sul loro stato di emarginazione, di isolamento sociale, sui loro bisogni, sui servizi disponibili e sulla definizione di possibili soluzioni.

Un'analisi delle normative che hanno interessato l'età anziana, dal 1960 ai giorni nostri è presentata da Francesco Mosetti-d'Henry. Collegando temporalmente le attività della Fondazione con il «calendario» normativo, si può notare come l'attività scientifica forgiata in questi cinquant'anni dalla Fondazione è stata l'humus ideale se non proprio il catalizzatore specifico per la produzione normativa nazionale e locale.

FNP Cisl Toscana e Fondazione Emanuela Zancan onlus, *Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana. Il contributo del sindacato alla qualificazione dei percorsi assistenziali. Rapporto regionale 2014*. Il rapporto è scaricabile gratuitamente dal sito:
www.fondazionezancan.it

Alla luce dei risultati ottenuti con l'esperienza avviata nel biennio 2012-2013, la Fnp Cisl Toscana, in collaborazione con la Fondazione Zancan, ha esteso e consolidato il progetto di formazione e di ricerca finalizzato a monitorare i percorsi di accesso e di presa in carico dei cittadini anziani non autosufficienti residenti nelle zone-distretto della Toscana.

Il quadro restituito dall'indagine – e presentato nelle pagine che seguono – descrive la capacità di risposta territoriale, evidenzia le differenze e le specificità locali e, ultimo ma non meno importante, offre al sindacato e ai cittadini informazioni necessarie per partecipare in maniera più consapevole e più attiva alle scelte e ai processi decisionali che a livello locale riguardano il sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti. Il volume è articolato per capitoli, che ripercorrono le fasi del percorso di indagine.

Auguriamo a tutti

**Buon Natale e
Felice Anno Nuovo!**

Richiesta di adesione alla Associazione PIACI

Associazione scientifica per l'Invecchiamento Attivo e le Cure Integrate

Il sottoscritto (Nome e cognome) _____,
residente in _____,
tel/fax _____ email _____

chiede di poter aderire all'Associazione PIACI, con sede in Padova, via Vescovado 66

(barrare una sola voce)

a titolo personale

in qualità di rappresentante / delegato per l'ente _____,

con sede in _____, tel/fax _____, email _____
come risulta da documentazione allegata

A tal fine:

a. dichiara di svolgere la seguente occupazione _____

b. allega alla presente scheda:

- breve curriculum delle attività svolte collegate agli obiettivi della associazione PIACI
- elenco di pubblicazioni realizzate sui temi della cura e della salute dell'anziano

Data e luogo _____

Firma _____

A seguito dell'accettazione da parte dell'Associazione Piaci, provvederò al pagamento di:

€ 50,00 all'anno (**persona singola**) che include: Newsletter Piaci, riduzione della quota di iscrizione alle iniziative Piaci dell'anno di iscrizione

€ 300,00 all'anno (**rappresentante/delegato di ente**) che include: Newsletter Piaci, riduzione della quota di iscrizione alle iniziative Piaci per gli operatori dell'ente, per l'anno di iscrizione

Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati personali

L'Associazione Piaci è titolare del trattamento dei dati personali conferiti, che verranno custoditi in formato elettronico e cartaceo presso la sede legale dell'associazione, e utilizzati esclusivamente ai fini della valutazione della richiesta di adesione da parte dell'associazione e per le comunicazioni conseguenti. L'interessato ha comunque diritto (art. 7 del Dlgs 196 del 2003 Codice per la privacy):

- di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
- di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per informazioni inerenti alle modalità di trattamento e per l'esercizio dei diritti previsti dalla normativa, si prega di contattare Tiziano Vecchiato, direttore Fondazione Zancan, Via Vescovado, 66, 35141 Padova, mail: piaci@fondazionezancan.it

Si prega di inviare la scheda compilata, con relativi materiali a PIACI c/o Fondazione Emanuela Zancan, Via Vescovado 66 – 35141 Padova tel. 049 663800 fax 049 663013 email: piaci@fondazionezancan.it