

Civico 65

Spazi di partecipazione per un invecchiamento attivo

Introduzione

Una delle principali tematiche sociali sul piano globale, nazionale e locale, è l'invecchiamento della popolazione. Questa – sebbene debba essere considerata come una storia di successo umano, che mostra il progresso della salute, della scienza biomedica, dello sviluppo economico e sociale – porta inevitabilmente a un andamento della distribuzione per età della popolazione più ampio nelle fasce di età over 64. Con una accentuazione ancora più marcata dell'inversione della piramide delle età.

L'OMS considera l'invecchiamento della popolazione come uno dei “mega-trends” che caratterizzano la popolazione mondiale di oggi, e che continuerà ad avere impatti importanti e duraturi sullo sviluppo sostenibile nei prossimi decenni (WHO WorldPopulationAgeing2019-Report p.1). Per questo motivo l'OMS ha lanciato nell'agosto del 2020 la *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*¹, poiché si prevede che entro la fine di questo decennio il numero delle persone oltre i 60 anni sarà del 34% più alto, passando da 1 miliardo nel 2019 a 1,4 miliardi nel 2030. Entro il 2050, la popolazione mondiale delle persone over 64 sarà più che raddoppiata, a 2,1 miliardi.

Nel 2021 l'Italia era al secondo posto dopo il Giappone con 39,6% di popolazione anziana in relazione alla capacità lavorativa²; nel 2025 la percentuale del rapporto salirà al 45,6% e si avrà in Italia una popolazione anziana complessiva pari a n. 14.507.013³.

In Umbria la popolazione over 64 è 227.477 abitanti nel 2021, il totale residenti è 865452 e l'età media è 47,5 anni (Dati Istat al 01/01/2022).

La popolazione residente in Umbria al 01/01/2021 over 64 anni è pari a 227.477⁴ di cui 99.532 (43,75%) di sesso maschile e il restante 127.945 (56,25%) di sesso femminile. La popolazione totale residente in Umbria ad inizio 2021 è pari a 865.452, quindi oltre il 26,3% della popolazione rientra nella categoria degli anziani.

La popolazione stimata residente in Umbria al 01/01/2022 over 64 anni è pari a 228.082⁵ di cui di sesso maschile 99.957 (43,83%) mentre di sesso femminile 128.125 (56,17%). La proiezione della popolazione totale in Umbria nel 2022 è pari a 859.572, ossia una riduzione totale del 0,68% rispetto al 2021 e di questi 859 mila il 26,5% è over 64 anni. La popolazione straniera in Umbria ad inizio 2022 over 64 anni risulta essere pari a 6.654⁶ ossia circa il 2,9% degli over 64 anni, di questi 6 mila residenti oltre il 67% è di genere femminile.

La popolazione over 64 residente nel 2025 in Umbria si stima essere pari a 232.959⁷ di cui di sesso maschile il 44% mentre di sesso femminile il 56%, rispetto al 2021 l'aumento degli anziani supera il 2%. Per il 2030 la popolazione over 64 residente in Umbria si stima essere pari a 251.880⁸ di cui di sesso maschile il 44,3% mentre di sesso femminile il 55,7% rispetto al 2021 l'aumento degli anziani supererà il 10,7%. Si stima che nel 2050 il rapporto sarà pari al 74% con l'Italia al quarto posto su scala globale⁹. Con questo primo quadro di riferimento, si comprende la necessità dell'OMS nel presentare per la decade

¹ <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

² Il dato riportato fa riferimento all'Organisation for Economic Co-operation and Development che considera la popolazione anziana in relazione all'età lavorativa. Il rapporto demografico vecchiaia/età lavorativa è definito come il numero di individui di età pari o superiore a 65 anni ogni 100 persone in età lavorativa definite come quelle di età compresa tra 20 e 64 anni. L'evoluzione del rapporto vecchiaia/età lavorativa dipende dalla mortalità, tassi di fertilità e migrazione. I paesi dell'OCSE hanno assistito a un aumento prolungato dell'aspettativa di vita che la maggior parte degli analisti prevede di continuare, il che implica un numero crescente di anziani e molto probabilmente anche di pensionati.

<https://data.oecd.org/pop/old-age-dependency-ratio.htm>

³ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 21 novembre 2022 da I.Stat

⁴ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 07 dicembre 2022 da I.Stat

⁵ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 07 dicembre 2022 da I.Stat

⁶ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat Estratti il 22 novembre 2022 da I.Stat

⁷ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 21 novembre 2022 da I.Stat

⁸ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 21 novembre 2022 da I.Stat

⁹ WorldPopulationAgeing2019-Report p.16

dell'invecchiamento in salute 2020-2030¹⁰; una serie di progetti e azioni che portano gli anziani al centro di questo piano, riunendo governi, società civile, agenzie internazionali, professionisti, mondo accademico e scientifico per migliorare la vita delle persone anziane, le loro famiglie e le loro comunità (WHO 2020 report). L'OMS definisce l'invecchiamento sano e attivo¹¹ come un processo continuo e di mantenimento delle capacità funzionali che consentono il benessere in età avanzata.

La definizione di salute che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) inserisce nel suo atto costitutivo del 1948, "... uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità, conteneva già l'invito ai governi ad adoperarsi al fine di garantire ai cittadini un alto livello di benessere" andando oltre la dimensione strettamente fisica e la conseguente risposta esclusivamente sanitaria, ma anche l'ambiente sociale e urbano. Difatti quest'ultimo incide sulla salute agendo su diversi livelli, dall'esposizione della popolazione a fattori di rischio legati a un ambiente fisico inadeguato, ai cambiamenti sociali che accompagnano l'urbanizzazione e alterano i comportamenti individuali, alle alterazioni dei sistemi di supporto vitale della biosfera e del clima per la rilevante impronta ecologica delle popolazioni urbane moderne; vi è una stretta relazione tra il benessere fisico, psichico e sociale e l'ambiente urbano in cui si vive (Vineis 2020).

La crescita rapida e incontrollata delle aree urbane a scapito di quelle Agricole, definito come *Urban Sprawl*, ha trasformato inaspettatamente la quotidianità dei cittadini impattando negativamente sullo stato di salute, comprese le abitudini alimentari, l'attività fisica e l'accesso a cibi sani (Vineis 2020). Difatti è evidente che una buona pianificazione dell'assetto urbano, il miglioramento della circolazione stradale e del manto stradale e aree pedonali, la riqualificazione di zone degradate, la costruzione di spazi verdi, di piste pedonali e ciclabili e di percorsi sicuri sono tra le principali misure efficaci per ridurre l'inquinamento dell'aria, promuovere l'attività fisica delle persone, favorire la socializzazione e contribuire a ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili (Accordo Urban Health n127-22-settembre-2021)

Secondo la *Business and Sustainable Development Commission*, è cruciale il perseguimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG), i diciassette obiettivi di sviluppo sostenibile fissati dalle Nazioni Unite dell'Agenda 2030, servono per garantire le condizioni di salute e benessere per tutti, rendere sicure le città e le comunità, inclusive, resistenti e sostenibili, contribuendo anche alla lotta al cambiamento climatico, in modo da innescare un impatto positivo sull'occupazione e sull'economia dei paesi (<http://businesscommission.org>). Perseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile significa lavorare per costruire un mondo più sostenibile, sicuro per l'ambiente e inclusivo nella consapevolezza che l'ambiente che ci circonda può influenzare le nostre abitudini e stili di vita. Per questo motivo, il miglioramento dei nostri spazi vitali è un obiettivo imprescindibile entro il 2030) Accordo Urban Health n127-22-settembre-2021)

Dai dati riportati, emerge che l'invecchiamento demografico presenta sfide e opportunità da molteplici punti di vista: dalla domanda di assistenza sanitaria all'assistenza a lungo termine, la necessità di rendere gli ambienti fisici e sociali più adatti agli anziani, siano essi intimi e familiari o destinati alla comunità locale e alla società in generale, dalla conoscenza dei bisogni della popolazione anziana ai processi di empowerment per i destinatari.

Da un punto di vista scientifico, le condizioni della popolazione over 64 nel corso degli ultimi anni è stato affrontato in differenti modi e mediante differenti aspetti della letteratura scientifica: «a) invecchiamento e cross-cultural studies, b) di invecchiamento e società complesse, c) invecchiamento e politiche e pratiche di cura, d) invecchiamento e processi migratori, e) invecchiamento attivo 6) invecchiamento e nuove tecnologie» (Quattrocchi 2022: 14).

Riassumendo possiamo notare che questa tematica è stata affrontata negli ultimi anni a livello internazionale attraverso la *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*, in Italia si è costituita la *Regions for Health Network* una rete che ha come fine migliorare la salute e il benessere dando priorità all'equità, sviluppando

¹⁰ https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5

¹¹ «In antropologia, tale nozione è stata analizzata attraverso uno sguardo critico, che ha rivelato come l'idea di un invecchiamento "attivo" e "di successo" nasca nelle società industriali o post-industriali, in cui l'essere produttivo (anche socialmente) è valore dominante (Dillaway, Byrnes 2009; Lamb 2017; Cheng 2020); è stato dunque riconosciuto come tale concezione possa essere non appropriata o fuorviante in altri contesti» (Quattrocchi 2022: 20).

alleanze strategiche e promuovendo una buona governance; in particolare la regione Friuli Venezia Giulia ha valorizzato nuovi modelli di protezione sociale, promosso azioni per lo sviluppo di nuove relazioni e reti sociali sul territorio al fine di promuovere la sostenibilità, la solidarietà nelle relazioni e nei comportamenti, sottolineando l'importanza che gli ambienti sani per le persone anziane sono ambienti sani per tutti¹². In Umbria si deve far riferimento al Piano Regionale della Prevenzione 2020 – 2025 che evidenzia l'importanza della salute bio-psico-sociale della popolazione, mediante un approccio interdisciplinare per la promozione della salute e lo sviluppo di strategie di empowerment. Per noi, come CERSAG, vi è al centro il concetto di equità per costruire un ambiente salutare, pertanto diviene essenziale sviluppare attività di ricerca partecipata finalizzata all'azione di un miglioramento della qualità della vita di una popolazione che sta invecchiando. Il progetto prevederà sin dalle prime fasi la costituzione di una *Cabina di regia* e di un *Tavolo di coordinamento*, ma soprattutto il coinvolgimento attivo di alcuni attori sociali, figure di riferimento che possiamo considerare come dei testimoni privilegiati, per portare avanti le fasi di progettazione partecipata. Mediante tale coinvolgimento, non solo si vuole evidenziare la metodologia di progettazione, ma far emergere durante gli incontri i bisogni reali della popolazione target, gli obiettivi e le azioni da condividere e attuare, mediante anche un processo di empowerment delle persone anziane e dei vari portatori di interesse che parteciperanno a tale percorso. I numerosi determinanti sociali della salute, in connessione all'invecchiamento attivo, includono fattori che incidono direttamente sulla persona, come l'accesso all'assistenza sanitaria, gli ambienti fisici rurali e urbani, i trasporti e le infrastrutture, l'occupazione e le condizioni di lavoro, l'alloggio, l'istruzione, le questioni sociali, le pensioni, la giustizia, la violenza e l'abuso. Altri determinanti influenzano indirettamente la salute; questi includono stili di vita, attività fisica, alimentazione, fumo, alcool, stress e uso di farmaci. Inoltre, il mantenimento delle capacità funzionali e il vivere a lungo sono il risultato di esperienze lungo l'intero arco della vita. Ciò significa che c'è un grande potenziale per le disuguaglianze nel modo in cui le persone invecchiano, sulla base di queste esperienze (WHO 2018).

Dati di contesto

All'interno del progetto, durante la fase esplorativa e di realizzazione, saranno presi in considerazione dati quantitativi e qualitativi in riferimento alle condizioni socio-economiche della popolazione over 64 in relazione ai determinanti sociali di salute. Nello specifico i proponenti hanno iniziato l'analisi dei dati già in questa fase di strutturazione progettuale: in riferimento alla popolazione over 64 sono stati presi in considerazione i dati dal *Sistema di Sorveglianza Passi d'argento*¹³ riguardo all'isolamento sociale e la partecipazione alle attività cittadine, la mobilità urbana e l'attività sportiva, le cadute in casa e i fattori di rischio per la salute. Inoltre dato il particolare momento storico che abbiamo vissuto negli ultimi anni, sarà approfondito il quadro relativo alla connessione tra pandemia e uso della tecnologia, ovvero come la comunità si è adattata, la capacità di resilienza della popolazione anziana in riferimento agli strumenti comunicativi digitali. Il nostro obiettivo è comprendere quanto e come la comunità di riferimento ha appreso e utilizzato la tecnologia, computer, laptop e smartphone, ai fini relazionali e sanitari a partire dagli ultimi due anni di pandemia. Come si vedrà, in base agli obiettivi generali del progetto ipotizzati nel paragrafo successivo, i dati riportati serviranno per strutturare obiettivi e connessioni con la popolazione di riferimento, gli attori sociali e le istituzioni coinvolte. Le associazioni e istituzioni coinvolte, saranno il cardine per sviluppare obiettivi specifici e realizzare azioni concrete che possano mettere in relazione i dati riportati e gli obiettivi generali del progetto.

In base alla classificazione dell'ISS la macroarea degli anziani è suddivisa in 4 macrocategorie che in Umbria è così rappresentata nel 2021: giovani anziani 64-74 anni 118.127, anziani 74-84 anni 80.085, grandi vecchi 85-99 anni 40.311, centenari 325.

Dal *Sistema di Sorveglianza Passi d'argento* nel biennio 2020-2021, emerge che in Umbria risultano 15,4% degli anziani intervistati impossibilitati a conversare con qualcuno mentre il 77,1% è impossibilitato a partecipare ad attività sociali, valori molto simili al livello medio nazionale. Nello stesso biennio di analisi

¹² <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053181>

¹³ Nello specifico il questionario di riferimento è *La qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni Indagine 2021*.

il 6,7% partecipa ad attività di volontariato, valore superiore al dato nazionale del 4,7% degli over 64 intervistati. Il 4,2% del campione ha partecipato a corsi di formazione per adulti come corso di inglese, di cucina, di computer e università della Terza età. Solo il 23% nel 2021 partecipa, durante la settimana, ad attività con altre persone, come per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici o di associazioni. Il dato, inserito come apertura all'interno della descrizione del contesto in Umbria, mostra soprattutto la necessità di un progetto che possa intervenire sullo stato di salute della popolazione over 64 ma anche fare riferimento alle attività relazionali ad essa connesse.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel mondo circa il 28-35% delle persone di 65 anni e oltre cade ogni anno, percentuale che sale al 32-42% negli ultra 70enni. La frequenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età e della fragilità. Cadono più spesso le donne anziane rispetto ai loro coetanei maschi, anche se la mortalità è più elevata negli uomini: una differenza di genere di cui politiche e programmi di prevenzione dovrebbero tenere conto. L'Oms, all'interno del quadro di riferimento sull'invecchiamento attivo, ha previsto un modello di prevenzione delle cadute nel quale si individuano come pilastri fondamentali d'azione la costruzione di consapevolezza sull'importanza della prevenzione delle cadute; l'identificazione e la valutazione dei fattori di rischio e dei determinanti delle cadute; l'identificazione ed implementazione di interventi realistici ed efficaci. Per questo motivo all'interno degli obiettivi generali del progetto vorremmo lavorare sulla consapevolezza del rischio di incidente domestico in particolari gruppi di popolazione e sul rapporto tra cadute e ambiente urbano.

L'OMS pone anche l'accento su quanto i legami sociali e il senso di appartenenza siano fondamentali per la salute in età avanzata e come l'interazione sociale sia inversamente proporzionale al rischio di caduta. Benché i fattori legati all'ambiente fisico siano le più comuni cause di caduta, gli atteggiamenti influiscono su come le persone interpretano e accettano le cadute in età avanzata; per questo risultano fondamentali interventi di informazione e counselling su come prevenire, affrontare ed accettare le cadute, sia per gli anziani che per i *caregiver*, e un adeguato supporto sociale per il contrasto della povertà e dell'isolamento, correlati anch'essi a un aumento del rischio.

Nel quadriennio 2017-2020 l'8% degli intervistati Italiani ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista e, nel 18% dei casi, è stato necessario il ricovero ospedaliero di almeno un giorno. A livello locale (regione Umbria) nello stesso periodo l'8,4% del campione ha riferito di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista e di questi oltre il 16% è stato ricoverato per almeno un giorno.

In Umbria la frequenza maggiore di cadute nel quadriennio 2017-2020 è nella classe d'età over 85 anni. Nel biennio 2020-2021 la prevalenza di cadute è in aumento passando dal 8,4% del quadriennio precedente al 8,52% dell'ultimo biennio di interviste.

La frequenza di cadute è superiore tra chi vive solo in casa 9,2% circa un punto percentuali in più rispetto a chi vive in compagnia di altri. Tra chi manifesta sintomi depressivi il 32,5% ha riferito di essere caduto. In un tale quadro è opportuno rilevare che le persone sole registrate in Umbria nel 2021 sono pari a 128.946 di cui il 58,6% è di sesso femminile e corrisponde a oltre l'1,5% di tutte le persone che vivono da sole in Italia, e si prevede un trend in aumento nel prossimo decennio. Quindi gli anziani soli in Umbria sono pari a 66.095 oltre il 51% delle persone sole, di tutte le età, residenti nella regione, tra gli anziani oltre il 72,6% è di sesso femminile, queste percentuali saranno mantenute anche per il 2025 mentre per il 2030 oltre il 53% delle persone sole saranno over 64 anni e la percentuale delle donne si abbasserà al 71,7%.

A livello di ricoveri post caduta la regione Umbria assume valori molto simili al livello nazionale nel 2017-2020. È maggiore il ricovero per la fascia d'età 75-84 anni (7,3%).

Si deve specificare che in Italia le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età (le riferiscono il 6,3% dei 65-74enni e il 12,1% degli ultra 85enni). La percentuale più elevata di cadute avviene fra le persone con molte difficoltà economiche (18,9% *vs* 6,1% di chi non ne ha).

Quest'ultimo punto è di particolare interesse per le attività progettuali. Per fare un esempio, il fenomeno delle cadute, siano esse per strada o per casa, hanno ripercussioni importantissime sul piano sociale, come l'assistenza da parte della famiglia ove è presente, e da un punto di vista sanitario e economico. Attraverso la promozione della salute e la prevenzione delle cadute si può interagire su questi tre aspetti del fenomeno.

Inoltre, l'incidenza delle cadute non solo è in relazione all'isolamento sociale della popolazione anziana, ma, come sopra detto, vi è anche una stretta connessione con le condizioni economiche della persona. Altre cause che correlano con il fenomeno delle cadute sono l'uso eccessivo di farmaci, avere più patologie croniche, avere problemi strutturali della casa. Uno dei focus progettuali, data la rilevanza del dato quantitativo già in nostro possesso è di andare in profondità su quest'analisi, strutturando ulteriori metodologie per la rilevazione del dato quantitativo e indagare i "perché" e le specificità della quotidianità degli attori sociali mediante una ricerca socio-antropologica di tipo qualitativo.

All'interno dell'Unione europea il divario digitale tra le generazioni è molto significativo. E tende ad aumentare con l'età. È la stessa Agenzia Europea per i Diritti Umani a dirlo. La conferma arriva dai dati rilevati in occasione della conferenza internazionale *Rafforzare i diritti delle persone anziane in tempi di digitalizzazione – Lezioni apprese da Covid-19*, organizzata da Age Europe. Con la pandemia l'uso della Rete è cresciuto anche tra la popolazione anziana, ma resta il fatto che solo 1 persona su 5 (il 20%) utilizza Internet occasionalmente. Inoltre, solo il 10% del totale degli utenti della Rete ha un'età tra i 65 e i 74 anni e il 2% ha più di 75 anni.

A compimento di questo processo di coinvolgimento sarà possibile, seguendo le linee del PCM strutturare un albero dei problemi¹⁴ e degli obiettivi specifici con i diretti interessati per arrivare alla costruzione di un quadro logico con azioni, attività e piano di valutazione. In tale processo saranno utilizzate anche le metodologie di ricerca qualitativa dell'antropologia come l'etnografia e l'osservazione partecipante: l'etnografia nello specifico può fornire il proprio contributo, in modo proficuo e attivo, attraverso l'individuazione di specifiche sfere d'azione nel quadro della progettazione partecipata.

Nel 2021 in Italia oltre il 57%¹⁵ over 3 anni usufruisce del personal computer, tra i possessori di pc oltre i 19 milioni lo impiegano quotidianamente, mentre 40 persone su 100 non lo utilizzano. In Umbria sempre nel 2021, oltre il 60% usufruisce del pc, 276 mila persone lo impiegano quotidianamente, mentre 31 mila persone lo utilizzano qualche volta al mese.

Nel 2021 in Italia, oltre il 77% over 3 anni naviga in Internet, tra gli utilizzatori oltre i 41 milioni ne usufruiscono quotidianamente e solo il 21% non fa uso della rete; sono oltre 4 milioni gli over 64 che lo utilizzano, ma solo 2 milioni lo fa frequentemente¹⁶. In Umbria sempre nel 2021, oltre 77 persone su 100 navigano nel web, 551 mila persone lo utilizzano quotidianamente, mentre il 20% non lo utilizza.

Dal campione del Passi d'Argento 2021 della regione risulta che l'86,6% è in grado di utilizzare da solo anche se con problemi il cellulare, il 7,95% degli over 64 anni non riesce ad usarlo mentre il restante 5,4% se aiutato riesce ad utilizzarlo. In una settimana normale l'85,5% degli anziani telefona qualcuno o lo incontra per fare quattro chiacchiere. La relazione tra tecnologia, socialità, accesso ai servizi è un argomento fondamentale per la popolazione over 64, tale da approfondirla anche negli obiettivi progettuali; difatti si può, già in questa prima fase di scrittura, programmare un'analisi ad hoc dell'utilizzo dei dispositivi, programmare una formazione e valutare i risultati ottenuti in riferimento all'uso della tecnologia a sostegno dell'autonomia e della socialità

Nel 2021, analizzando solo l'aspetto descrittivo del dato non approfondendo altre tematiche come le restrizioni nazionali, in Italia si sono recati a teatro 1¹⁷ milione di persone, solo 30 mila sono della regione Umbria, gli anziani rappresentano solo una piccola fetta ossia 288 mila persone a livello nazionale, valore più elevato tra chi ha effettuato un ingresso a mostre e musei oltre 756 mila persone in Italia over 64 anni. In Umbria la manifestazione culturale più frequentata nel 2021 è stato il cinema con oltre 104 mila presenze. Tra gli anziani l'affluenza maggiore si è registrata per i monumenti e siti archeologici dove oltre 800 mila anziani hanno partecipato almeno una volta nel 2021.

Il *Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento* consente di valutare l'attività fisica praticata dagli ultra 64enni in modo differente in relazione alle capacità individuali di deambulazione. Agli intervistati a mobilità ridotta è chiesto se praticano ginnastica riabilitativa; alle persone che camminano autonomamente è

¹⁴ http://fondistrutturali.formez.it/sites/all/files/7.2.4_vl_costruire_albero_problemi_obiettivi_0.pdf

¹⁵ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=23018> Aspetti della vita quotidiana. I.Stat estrazione del 07 dicembre 2022

¹⁶ Per frequentemente si intende 1-3 volte la settimana <http://dati.istat.it/>

¹⁷ Persone che hanno assistito almeno una volta nell'anno ad uno spettacolo italia dati istat 23/11/2022. ISTAT

somministrato il questionario *Physical activity scale for elderly (Pase)*, uno strumento validato a livello internazionale che misura l'attività fisica abituale praticata dagli anziani negli ultimi 7 giorni, distinta in:

- attività di svago e attività fisica strutturata;
- attività casalinghe/sociali;
- attività lavorative.

Nel campione 2020-2021 del *Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento*, il 28% non è eleggibile al PASE (per mancanza di autonomia nella deambulazione (10,8%) e/o per aver fatto ricorso al proxy (11,6%). Il valore medio del punteggio PASE nel biennio 2020-2021 pari a 101,6 nettamente migliore rispetto al livello nazionale (90.1) ed è per lo più sostenuto dalle attività domestiche (87.9), come prendersi cura della casa o dell'orto, fare giardinaggio o prendersi cura di una persona; meno dalle attività di svago (20), come passeggiare, andare in bici o fare attività fisica strutturata.

Il 71,8% degli anziani riesce a spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto autonomamente mentre il 20,3% non riesce a farlo. Solo il 45,3% riesce a raggiungere i servizi territoriali ASL senza alcuna difficoltà, il 30,7% riscontra dei problemi ma raggiunge molto facilmente i servizi mentre il 14,2% accede all'ASL con molte difficoltà. Rimanendo nel tema accesso ai servizi pubblici le percentuali tra accesso al servizio sanitario e al servizio comunale sono molto simili ossia il 44,5% non ha difficoltà, il 29,5% accede abbastanza facilmente mentre il 14,9% ha molte difficoltà di accesso. Il medico di medicina generale è più raggiungibile chi ha molte difficoltà di accesso è il 14% della popolazione over 64 anni mentre oltre il 51,5% non ha alcuna difficoltà, stessa situazione riscontrata raggiungere la farmacia oltre il 54% accede molto facilmente, il 6% con qualche difficoltà mentre il 14% ha molte difficoltà di accesso a questo servizio.

Le attività domestiche sono praticate dalla gran parte degli intervistati. La cura della casa (dalla pulizia alle attività più pesanti) resta prerogativa delle donne (97% fa attività domestiche leggere, il 66% anche pesanti vs il 53% e 35% rispettivamente fra gli uomini); anche il giardinaggio come la cura di un'altra persona sono prerogative femminili, mentre piccole riparazioni o la cura dell'orto sono più frequenti fra gli uomini. Dalla rilevazione 2021 risulta che il 73,9% riesce ad essere autonomo anche se con problemi a fare la spesa e le compere, il 7,2% riesce a fare acquisti solo se aiutato mentre il 18,8% non riesce a fare compere. Allo stesso target di popolazione viene chiesto se sono in grado di pagare conti o bollette autonomamente e solo il 73,2% ci riesce da solo mentre il 19,5% non riesce a farlo, il restante 7% deve essere aiutato. Chi raggiunge senza difficoltà i negozi di generi alimentari sono il 53,4%, il 15,27% ha molte difficoltà di accesso mentre il 24,5% raggiunge molto facilmente le botteghe, percentuali molto simili per raggiungere supermercati o centri commerciali, oltre il 22% ha qualche o molte difficoltà di accesso mentre il 51,3% raggiunge molto facilmente i negozi.

Questi ultimi dati ci mostrano quanto sia rilevante lavorare non solo lavorare sui processi di empowerment della popolazione anziana e partecipazione alla vita sociale, ma anche sui programmi di promozione dell'attività fisica, sulla sicurezza tra comunità e ambient urbano, ma soprattutto contribuire a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili, nella consapevolezza che l'ambiente in cui si vive influenza il benessere fisico, psichico e sociale attraverso obiettivi e azioni specifiche costruite insieme agli attori sociali.

Obiettivi generali del progetto

La declinazione degli obiettivi generali del progetto è stata effettuata mediante un'analisi della letteratura scientifica, delle linee guida delle agenzie e dei piani di prevenzione e dei dati statistici riportati nel paragrafo precedente.

In particolare la Decade of Healthy Ageing (2021–2030) individua 4 aree di azione progettuale: *Age friendly environment*¹⁸; *Combatting Ageism*¹⁹; *Integrated Care*²⁰; *Long-term Care*²¹. Sul piano nazionale l'accordo sulla Urban Health suggerisce di lavorare sulla pianificazione urbana e la mobilità come fulcro della salute della popolazione. Analizzando i differenti report internazionali, nazionali e regionali è stato possibile individuare un macro obiettivo comune: la promozione della salute bio-psico-sociale della popolazione anziana, costruendo con istituzioni e attori sociali un ambiente salutare e agire sul benessere della comunità mediante processi di empowerment.

Se si prendono in esame gli ultimi documenti in materia di salute della Regione Umbria come il Piano regionale della prevenzione 2020-25 e l'*Urban Health*, è possibile individuare alcuni obiettivi generali:

- Individuare interventi efficaci da parte del gruppo regionale per migliorare la consapevolezza del rischio di incidente domestico in particolari gruppi di popolazione
- Diffondere e promuovere l'applicazione di pratiche di progettazione partecipata secondo il *Project Cycle Management (PCM)*
- Promuovere e supportare azioni di promozione della salute integrate e intersettoriali sui principali fattori di rischio comportamentali rivolte alla popolazione anziana;
- Strutturazione e supporto di programmi di promozione dell'attività fisica rivolta agli over 64 mediante accordi con comuni, associazioni sportive ecc...e costruzione di una campagna ad hoc;
- Aumentare la consapevolezza alla relazione tra salute pubblica e pianificazione urbana per la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute;
- Contribuire a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili, nella consapevolezza che l'ambiente in cui si vive influenza il benessere fisico, psichico e sociale;
- Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alla popolazione anziana;

Il progetto vuole inoltre incoraggiare sinergie tra diversi settori di competenza con particolare attenzione a:

- Sicurezza in casa e nelle aree urbane;
- Processi di empowerment della popolazione anziana e partecipazione alla vita sociale;
- Costruzione di legami sociali reciproci che contribuiscono all'integrazione sociale e all'assistenza delle persone vulnerabili nei propri quartieri;
- L'uso della tecnologia a sostegno dell'autonomia e della socialità delle persone anziane;
- Conoscere meglio i bisogni della popolazione anziana per strutturare azioni significative;

¹⁸ Physical, social and economic environments are important determinants of healthy ageing and powerful influences on the experience of ageing and the opportunities that ageing offers. Age-friendly environments are better places in which to grow, live, work, play and age. They are created by removing physical and social barriers and implementing policies, systems, services, products and technologies that address the social determinants of healthy ageing and enable people, even when they lose capacity, to continue to do the things they value.

¹⁹ Despite the many contributions of older people to society and their wide diversity, negative attitudes about older people are common across societies and are seldom challenged. Stereotyping (how we think), prejudice (how we feel) and discrimination (how we act) towards people on the basis of their age, ageism, affects people of all ages but has particularly deleterious effects on the health and well-being of older people.

²⁰ Older people require non-discriminatory access to good-quality essential health services that include prevention; promotion; curative, rehabilitative, palliative and end-of-life care; safe, affordable, effective, good-quality essential medicines and vaccines; dental care and health and assistive technologies, while ensuring that use of these services does not cause the user financial hardship.

²¹ Significant declines in physical and mental capacity can limit older people's ability to care for themselves and to participate in society. Access to rehabilitation, assistive technologies and supportive, inclusive environments can improve the situation; however, many people reach a point in their lives when they can no longer care for themselves without support and assistance. Access to good-quality long-term care is essential for such people to maintain their functional ability, enjoy basic human rights and live with dignity.

Definizione degli obiettivi specifici

All'interno della proposta progettuale i promotori (come definito nel paragrafo sulla *Governance di Progetto*) hanno definito delle aree di intervento e degli obiettivi generali sulla base della letteratura di riferimento e dei primi dati di contesto. Per quanto riguarda gli obiettivi specifici si vuole instaurare un processo di progettazione partecipata della ricerca-azione seguendo la metodologia IDE, dal modello procedurale di B. Cunningham (1976). Il percorso di progettazione partecipata sarà svolto mediante incontri con le organizzazioni che faranno parte della *Cabina di regia* e i tavoli di lavoro (vedi sotto), principali stakeholder, attori sociali e testimoni privilegiati che parteciperanno sin dalle prime fasi alle azioni progettuali. L'obiettivo della metodologia utilizzata sarà quella di indentificare gli obiettivi specifici secondo l'analisi dei fabbisogni, programmare le azioni e valutare le attività in itinere. Nella fase di ricerca saranno individuate tematiche di interesse per la *Cabina di regia*, si potrebbero già ipotizzare alcuni specifici interventi:

- Percorsi formativi rivolti a operatori sanitari, socio-sanitari, caregiver, attori sociali e altri stakeholders (2024);
- comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder per la restituzione del dato;
- scambi intergenerazionali per la costruzione di comunità solidali

All'interno del percorso di progettazione partecipata saranno utilizzati differenti metodi di lavoro (Vedi sotto); tra questi sarà utilizzata la metodologia GOPP (*Goal Oriented Project Planning*). L'obiettivo finale della metodologia GOPP è definire uno schema progettuale strutturato e completo, un *Quadro Logico* in cui sono riportati tutti gli elementi fondamentali dell'idea progettuale (obiettivi generali, obiettivi specifico, risultati, attività).

Metodologia per la partecipazione

In questo progetto la metodologia della progettazione partecipata è di fondamentale importanza, poiché solo coinvolgendo la popolazione (attori sociali, testimoni privilegiati, stakeholders, istituzioni) sin dalle prime fasi sarà possibile delineare obiettivi concreti, raggiungibili e prioritari per la popolazione che mirano al miglioramento dello stato di salute. La progettazione partecipata permette di tenere conto della pluralità degli interessi e delle aspettative della comunità, ma anche di far emergere le conflittualità e individuare percorsi realmente e concretamente condivisi. L'obiettivo è il superamento degli orientamenti assistenzialistici, centrati solo sull'offerta di "rimedi" top-down in modo da ridurre la delega alle istituzioni e sviluppare il rafforzamento delle competenze sociali e civili.

Seguendo le metodologie per la progettazione partecipata gli attori sociali non sono considerati semplici fonti di informazione, ma protagonisti della ricerca-azione, parte attiva della progettazione in grado di costruire in modo collettivo lo sviluppo del fenomeno da indagare (Parasuraman *et all.* 1985; Colombo 1997). Si potrà assistere, già dalle prime fasi, ad un percorso di empowerment dei destinatari, poiché saranno coinvolti come parte attiva del processo di costruzione, insieme alla *Cabina di Regia*, dell'analisi dei bisogni e delle azioni da attuare.

In questo percorso sarà compito della *Cabina di regia* coordinare le azioni per la progettazione partecipata, al fine di strutturare un percorso omeogeno per l'individuazione dei bisogni della popolazione, degli obiettivi specifici, e di costruzione delle azioni e del processo di monitoraggio e valutazione partecipata. Le differenti metodologie saranno utilizzate e diversificate a seconda del tavolo di lavoro, dei professionisti coinvolti, del momento storico e in base al target e al numero dei partecipanti.

Per facilitare la discussione con gli attori sociali e stakeholders individuati saranno utilizzati per esempio *focus group* e *world caffè*.

Il focus group²² è una tecnica non standardizzata di rilevazione dell'informazione. È basata su una discussione che è solo apparentemente informale tra un gruppo di persone, di dimensioni non troppo estese e alla presenza di uno o più moderatori che focalizzano l'attenzione su un argomento che si vuole indagare in profondità (Acocella 2005). Di norma sono selezionati i partecipanti (da 10 a 15) e si condividono esperienze e opinioni individuali attraverso l'interazione di gruppo.

Il world Caffè è una tecnica per stimolare la creatività e la partecipazione aumentando notevolmente il numero dei partecipanti rispetto al focus group. I partecipanti, che devono essere come minimo 12 (fino a raggiungere anche un numero di diverse centinaia), discutono i temi in piccoli gruppi, seduti intorno ai diversi tavoli, per sessioni consecutive. Ogni 20-30 min, ad intervalli regolari, i partecipanti ruotano da un tavolo all'altro costituendo così nuovi gruppi.

A compimento di questo processo di coinvolgimento sarà possibile, seguendo le linee del PCM, al fine strutturare un albero dei problemi²³ e degli obiettivi specifici con i diretti interessati al fine di costruire un quadro logico con azioni, attività e piano di valutazione. In tale processo saranno utilizzate anche le metodologie di ricerca qualitativa dell'antropologia come l'etnografia e l'osservazione partecipante: l'etnografia nello specifico può fornire il proprio contributo, in modo proficuo e attivo, attraverso l'individuazione di specifiche sfere d'azione nel quadro della progettazione partecipata. La ricerca etnografica, in ottica di progettazione, si focalizzerà sull'analisi del contesto socio-culturale dell'Umbria in riferimento agli over 64 mediante la ricerca di testimoni privilegiati; questi si renderanno utili per la differenziazione delle azioni in un contesto eterogeneo come l'Umbria, per il monitoraggio e la valutazione partecipata.

Metodologia per le attività di ricerca

Le attività di ricerca accompagneranno il progetto in tutte le sue fasi. Il gruppo di ricerca, inoltre, lavorerà su degli obiettivi specifici inerenti alla promozione della salute per la popolazione over 64 e la comunità di riferimento; le attività di ricerca, con metodi qualitativi e quantitativi, saranno programmate dalla *Cabina di regia*.

Nella fase iniziale il gruppo di ricerca partirà da una prima analisi dei dati disponibili per avviare il processo di progettazione partecipata e costruire nuovi strumenti di indagine quantitativa e qualitativa.

Per quanto riguarda la I^o fase di ricerca quantitativa si può procedere come indicato, ossia:

1_ somministrazione questionario su alcune aree già identificate:

a_ Anagrafica

b_ Condizione lavorativa e socio-economica

c_ Sicurezza domestica

d_ uso dei medicinali

e_ Attività fisica e mobilità

f_ Ambiente fisico e sociale

g_ Socialità, cultura e informazione

Sulla base degli item osservati si calcolano media e varianza.

Per le rappresentazioni sociali della salute e le credenze degli stili di vita si utilizza una matrice di correlazione.

Si verifica la presenza o meno di differenze statisticamente significative per gli item genere e titolo di studio sulle rappresentazioni della salute, credenze sull'attività fisica (utilizzeremo una analisi multivariata della varianza)

²² Ivana Acocella, «L'uso dei *focus groups* nella ricerca sociale: vantaggi e svantaggi», *Quaderni di Sociologia* [Online], 37 | 2005, online dal 30 novembre 2015, consultato il 25 novembre 2022. URL: <http://journals.openedition.org/qds/1077>; DOI: <https://doi.org/10.4000/qds.1077>

²³ http://fondistrutturali.formez.it/sites/all/files/7.2.4_vl_costruire_albero_problemi_obiettivi_0.pdf

La procedura precedente va seguita anche per la II° fase di ricerca e per la successiva somministrazione del questionario.

Per un confronto tra il punteggio della prima e seconda somministrazione si utilizzeranno modelli ANOVA a misure ripetute, lo studio si focalizzerà su genere e titolo di studio in relazione alla rappresentazione della salute e la credenza sugli stili di vita.

Dai primi dati quantitativi, si potrà delineare la fase di ricerca qualitativa socio-antropologica, per andare in profondità sulle tematiche individuate.

Considerando la specificità di una valutazione in itinere, si considera opportuno un approccio che integri più metodologie e strumenti di indagine. Nello specifico, per comprendere il contesto socio-culturale del DGA, e le tipologie di intervento che le Zone Sociali e i servizi socio-sanitari hanno attuato in Umbria, diviene fondamentale utilizzare una metodologia antropologica con strategie di indagine qualitativa. La ricerca sociale, e in particolare quella antropologica, ha come suo fondamento un “uso sociale” della pratica etnografica volta ad analizzare i problemi della società (Seppilli, 2008) mostrando come sia di fondamentale importanza lavorare direttamente con le comunità e a stretto contatto con gli attori sociali e le comunità di riferimento. Nel campo antropologico c'è stato un ripensamento del concetto di comunità, che esplicita la complessità di una descrizione oggettiva e di una laboriosità etnografica; difatti in antropologia possiamo pensare che una comunità «exists in the minds of its members, and should not be confused with geographic or sociographic assertions of 'fact'» (Cohen 1985, p. 98). In questo senso una comunità non può essere considerata come un luogo e i membri che ne fanno parte non sono di una specifica area geografica, ma come un fenomeno storico e sociale all'interno del quale sono riprodotte e sviluppate pratiche collettive condivise dagli stessi membri (Skinner et al., 2001). Di particolare interesse, per questo lavoro, sono le comunità formate da persone che perseguono un obiettivo comune per il benessere della società e che si identificano in una serie di pratiche e strategie condivise; ne sono un esempio le comunità che lottano per le questioni ambientali (Ravenda, 2017), o nel campo della salute e della disabilità (Loce-Mandes 2019; Bagatell, 2010; Berghs et al., 2019).

Obiettivi specifici di ricerca:

- Individuazione mediante studio della letteratura di riferimento e analisi dei dati quantitativi la correlazione tra fattori socio-economici e fattori di rischio (più in generale analisi dei determinanti sociali della salute e fattori di rischio)
- Analizzare la fragilità e la resilienza degli attori sociali mediante analisi qualitativa nello svolgere le principali attività connesse alle relazioni sociali;
- Comunicare e far conoscere alla popolazione in generale la condizione della popolazione anziana al fine di una costruzione di un welfare di comunità; (pubblicazione, documentari)
- Costruzione e diffusione di un profilo di salute funzionale all'equità;

Destinatari

Target diretti a breve termine: Popolazione anziana over 64 e famiglie;

Target indiretti a medio e lungo termine: comunità umbra, personale dei circoli ricreativi per anziani, associazioni di volontariato;

Indiretti a breve e a media distanza: istituzioni locali, nazionali e sanitarie.

Governance di progetto

La governance sarà garantita da tre tavoli differenziati ma che collaboreranno per il raggiungimento dell'obiettivo generale:

Cabina di regia: CERSAG, CESVOL Umbria, Regione Umbria. La cabina avrà come compito di coordinare e programmare l'intero progetto in tutte le sue fasi, della parte di progettazione partecipata,

di ricerca scientifica e divulgativa, ingaggio delle associazioni e stakeholders, stesura del profilo di salute, monitoraggio e valutazione.

Tavolo di coordinamento operativo: CERSAG, CESVOL Umbria, Regione Umbria, Stakeholders operativi: gli attori sociali e le istituzioni partecipanti che coordinano l'operatività rispetto alle azioni di progettazione e monitoraggio su temi specifici. Oltre ai membri fissi, al tavolo saranno coinvolti attori con interessi e competenze rispetto a tematiche pertinenti e azioni del progetto.

Engagement e welfare di comunità: Stakeholders significativi e influenti sul piano locale e nazionale. Questo tavolo avrà come compito quello della ricerca di collaborazioni esterne, aumento della visibilità del progetto, sostenibilità e policy making funzionale.

Monitoraggio e valutazione

Le fasi di monitoraggio e valutazioni includeranno più esigenze. Come previsto nei processi di ricerca-azione, la valutazione sarà svolta ex ante, in itinere e post, con metodi e strumenti diversi (osservazione partecipante, focus group, interviste semi direttive, radar per l'analisi del cambiamento individuale), effettuando eventuali attività di miglioramento. Trattandosi di un progetto di sviluppo di comunità la valutazione dell'impatto del processo partecipativo sarà un'attività di ricerca azione che dovrà accompagnare tutte le fasi di ideazione e realizzazione del percorso. L'attività di valutazione è di fatto un prezioso supporto per migliorare l'efficacia del percorso avviato permettendo di gestire imprevisti e criticità, sempre presenti, che possono presentarsi come variabili non sempre prevedibili in fase di progettazione. Tale valutazione rappresenta inoltre un momento di apprendimento individuale e collettivo che può aiutare a rafforzare la cultura della partecipazione.