



Digi-Ageing

overcoming loneliness

Ricerca a tavolino

Report Italia

A cura di CDPZ

Versione finale: Febbraio 2021



Intellectual Output – IO1-A2 Desk Research Report	
Titolo:	Ricerca a tavolino Report Italia A cura di CDPZ Versione finale: Febbraio 2021
Descrizione:	Realizzazione di una ricerca nazionale a tavolino in Italia: Le domande di ricerca definite per lo sviluppo di tutte le IO hanno trovato risposta.
Organizzazione partner:	CDPZ
Ricercatori responsabili per la stesura di questo documento:	PAOLO ZARAMELLA e ALBERTO MAISTRELLO, ITALIA
Data:	Febbraio 2021
Lingua:	IT



CC BY-NC-ND

This document is licensed under CC BY-NC-ND 4.0: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Contenuti

1	Introduzione	4
2	Riassunto generale	5
3	La "vecchiaia" come una fase della vita	10
3.1	Dati demografici sull'anzianità in Italia	11
3.2	Strutture di assistenza per anziani	17
3.3	" Quadro della vecchiaia " ed impatto sulla nostra società	19
4	"Solitudine" e "Isolamento sociale" – una demarcazione.....	20
4.1	Descrizione della „Solitudine nella vecchiaia“.....	23
4.2	Descrizione del „Isolamento sociale nella vecchiaia“.....	26
4.3	Sfide e Fattori di rischio per la "solitudine nella vecchiaia”.....	28
5	Aspetti Socio-politici e misure.....	29
5.1	Sfide particolari poste dal COVID-19.....	30
5.2	Misure adottate per gli anziani durante la pandemia.....	32
6	Reti esistenti per prevenire la solitudine nella vecchiaia.....	34
6.1	Iniziative, programmi e progetti.....	34
6.2	Buoni esempi per strategie di coping (reazione).....	36
6.3	Possibili partner di cooperazione per il progetto.....	36
7	Identificazione della “solitudine” – misure & strumenti.....	38
7.1	Bisogni dei settori sanità ed assistenza per prevenire la “solitudine in vecchiaia”	39
7.2	Metodi e strumenti per identificare e misurare la solitudine.....	41
7.3	Metodi e Strumenti per prevenire la solitudine.....	43
7.4	Strumenti digitale come un’opportunità	44
8	Formazione, ulteriore addestramento ed aumento della sensibilizzazione.....	47
8.1	Risultati geriatrici sul fenomeno della solitudine.....	47
8.2	Innovazioni nei programmi di formazione e di addestramento per prevenire la solitudine.....	48
8.3	Principali lacune di apprendimento sulla “solitudine”	52
9	Glossario dei termini per il progetto Digi-Ageing.....	55
10	Letteratura & Fonti.....	63
11	Elenco di links	64

DIGI-AGEING – Superamento della solitudine

1 Introduzione

"La solitudine nella vecchiaia" è un fenomeno sociale ben conosciuto che ancora adesso riceve troppo poca attenzione. Comunque, l'attuale pandemia mostra con chiarezza che abbiamo bisogno di darle maggiore attenzione. Gli anziani sono sempre più isolati in tale situazione: Quelli in strutture di assistenza sono isolati per la loro protezione, altri hanno pochi contatti con amici e familiari o vivono completamente da soli. Le persone che si prendono cura degli anziani sono spesso sopraffatte dalle molte precauzioni di sicurezza e dalle sfide nella loro vita quotidiana. Questo è vero anche per i caregiver familiari.

Dall'ottobre 2020, il consorzio internazionale Digi-Ageing sta lavorando su un concetto globale che affronta queste sfide e sviluppa misure appropriate per contrastare il fenomeno della "solitudine nella vecchiaia". Uno degli obiettivi principali è quello di aumentare le competenze nell'uso di strumenti digitali nel settore dell'assistenza agli anziani e di creare una grande rete che sviluppi soluzioni comuni.

Obiettivi

- Mappare la situazione della situazione della solitudine in Europa.
- Aumentare la consapevolezza sul tema.
- Definire reti e suggerimenti politici per affrontare il problema
- Sviluppare strumenti digitali per diagnosticare e prevenire la solitudine.
 - Fornire strategie per persone sole, assistenti, familiari e amici su come combattere la solitudine in età avanzata.
- Creare programmi di formazione mista sulla prevenzione della solitudine nella vecchiaia.

Strategia per la Ricerca a Tavolino

La presente ricerca a tavolino è stata condotta in ogni paese partner per esaminare il fenomeno della "solitudine nella vecchiaia" da diverse angolazioni, per trovare una prospettiva uniforme riguardo agli obiettivi comuni del progetto e per utilizzare una terminologia il più possibile coerente. I risultati ottenuti in questo modo saranno successivamente verificati e completati da una ricerca sul campo in tutti i paesi partecipati.

2 Riassunto generale

La soglia dei 65 anni è ormai superata e nel nostro paese si invecchia circa 10 anni dopo. Per l'esattezza, la SIGG si è mossa per spostare la soglia di anzianità a 75 anni (come in altri paesi dell'UE; per esempio in Austria), considerando una media tra i seguenti sottogruppi:

“Giovani Seniors”, persone fra 64 e 74 anni di età;

- “Seniors”, fra 75 ed 84 anni;
- “Vecchi Seniors”, fra 85 e 99 anni;
- “Centenari”, tutti i fortunate che oltrepassano i 100 anni.

La popolazione italiana sta rapidamente invecchiando. Il processo di modernizzazione e secolarizzazione sociale da un lato e il progresso medico-scientifico dall'altro, negli ultimi decenni hanno inciso profondamente sulle due principali determinanti demografiche della crescita della popolazione (o della sua diminuzione): fertilità e mortalità.

La seguente tabella mostra la situazione complessiva (ultimi 10 anni disponibili) in termini di struttura per età della popolazione italiana e aspettativa di vita:

INDICATORI	anno	valore (%)	diff (%) con il 2005
Persone 65-74 anni in buona salute	2015	40.2	+ 8.9
Persone 65-74 anni con almeno una cronicità	2015	74.8	- 0.9
Persone 65-74 anni con attività fisica continuativa	2015	11.2	+ 60.0
Persone 65-74 che dichiarano di aver consumato farmaci nei due precedent all'intervista	2015	75.8	+ 8.8
Persone di 65-74 anni sovrappeso	2015	46.5	+ 0.2
Persone di 65-74 anni che consumano alcool fuori dai pasti	2015	17.5	0
Persone di 65-74 che fumano	2015	12.7	- 0.8
Persone di 65-74 anni che consumano 5 o più porzioni di frutta o verdura al giorno	2015	5.2	+ 6.1

L'Italia è fra i paesi con la più alta percentuale di anziani.

Attualmente la speranza di vita alla nascita dei maschi è di 80,1 anni, mentre quella delle donne è di 84,7 anni, e di conseguenza gli anziani sono diventati sempre più numerosi. Il 70,0% della

popolazione residente in Italia ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo di stare "molto bene" o "bene" .

La prevalenza di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute diminuisce drasticamente con l'aumentare dell'età: scende al 63,4% tra le persone di 55-59 anni, al 54,3% nella successiva classe di età 60-64 si riduce ulteriormente al 40,2% per le persone di età compresa tra 65 e 74 anni e raggiunge il 24,8% tra le persone oltre i 75 anni. Già nella classe 55-59 anni soffre di malattie cronico-degenerative il 51,5% della popolazione e la quota raggiunge l'85,2% tra le persone di oltre 75 anni. Tra gli anziani aumenta anche la comorbilità, che nel caso delle persone di 75 anni e più è del 65,4% in generale a svantaggio delle donne (57,3% tra gli uomini e 70,9% tra le donne).

Gli anziani vivono nei seguenti modi in contesti familiari caratterizzati:

- la presenza maggioritaria di "coppie senza figli" fino alla soglia degli 84 anni: è il caso del 48,0% delle persone tra 65 e 74 anni, del 40,4% delle persone tra 75 e 84 anni;
- da una presenza significativa (19,9%) di famiglie con coppie tra i 65 e i 74 anni in cui ci sono ancora figli che non hanno ancora lasciato il nucleo parentale;
- da famiglie con tutti anziani: dal 21,9% nel 2003 al 23,9% nel 2012-2013 per le famiglie di 65+ e dal 10,4% nel 2003 al 12,7% nel 2012-2013 per le famiglie di 75+;
- da una percentuale considerevole di famiglie composte da "persone sole": Il 48,7% delle famiglie composte da persone sole sono anziani di 65 anni e più, di cui il 17,0% di persone tra i 65 e i 74 anni; il 20,7% di persone tra i 75 e gli 84 anni; l'11,1% di persone oltre gli 85 anni;
- dalla condizione prevalente di "single" dopo gli 84 anni: è così per il 52,2% delle persone di 85 anni e oltre;
- tra gli uomini, la percentuale di single di 65 anni e più è del 30,0%, mentre tra le donne raggiunge il 62,5% (divario di genere di 32,5 punti percentuali);
- le donne hanno un'esperienza di vedovanza schiacciante: l'83,5% dei vedovi tra i 65 e gli 89 anni sono donne.

Alcuni dati specifici sulla Regione Veneto:

In Veneto mediamente, si vive un pò di più: l'aspettativa di vita alla nascita nel 2018 è 83.6 anni (81.4 per gli uomini e 85.8 per le donne).

Le persone con almeno 65 anni sono 1 milione e 122 mila, pari al 22,9% della popolazione (22,8% in Italia). In particolare, il 5,8% dei residenti nel Veneto ha un'età compresa tra 65 e 69 anni, il 10% tra 70 e 79 anni, mentre gli ultraottantenni sono il 7,1% (347.165 persone).

In Veneto gli anziani che vivono nelle strutture residenziali sono circa 33 mila. Circa il 3% della popolazione anziana del Veneto vive in strutture residenziali. Dati statistici e ricerche scientifiche sulla dimensione numerica del "vivere da soli" mostrano che la manifestazione e la progressione di questo fenomeno sono associate, in molte aree del mondo, a tre ordini di fattori:

- il cambiamento del tipo di nucleo familiare, con una tendenza all'aumento vertiginoso del numero di "famiglie unipersonali";
- la significativa riduzione delle nascite;
- l'aumento dell'età media della vita che, secondo le proiezioni più aggiornate, porterà a un radicale invecchiamento della popolazione mondiale.

In Italia, secondo i dati Istat 2015, il 18% degli anziani percepisce una rete di sostegno sociale debole, in particolare tra i 65-74enni il 17% percepisce un sostegno debole e tra gli over 75 la quota è del 19%, senza significative differenze di genere. Queste percentuali si riducono tra gli anziani con più di 75 anni (22% per gli uomini e 19% per le donne), anche grazie al maggior aiuto formale ricevuto (le famiglie over 75 che ricevono aiuto da una persona responsabile della cura degli anziani sono circa il 10% rispetto al 6% di tutte le famiglie con almeno un anziano).

Possono essere identificati due significati dell'isolamento sociale e della solitudine :

- soggettivo come scarsità percepita delle proprie risorse sociali, come compagnia o support sociale;
- oggettiva p.e. una mancanza di contatto con gli altri a causa di fattori situazionali (p.e. una piccola dimensione della rete sociale, rare interazioni sociali o mancanza di partecipazione all'attività sociale).

In Italia, dopo i 75 anni, quattro persone su dieci non hanno parenti o amici vicini (fonte: ISTAT, anno 2018).

I principali fattori di rischio, che contribuiscono alla prevalenza della solitudine tra gli adulti anziani, sono:

- multi-morbilità: le statistiche mostrano che le malattie fanno aumentare fortemente la solitudine;
- livello di formazione: seguendo quanto scritto nei paragrafi precedenti, una migliore istruzione riduce il rischio di isolamento;
- quando un anziano ha perso le relazioni familiari la sua rete sociale ne risente fortemente;

- incapacità di frequentare i centri di ritrovo per anziani (per ragioni fisiche o mentali);
- basso livello di trasporto, privato o pubblico (di nuovo, rischio di isolamento);
- basso livello di sicurezza personale (questo rischio è cresciuto fortemente durante il periodo Covid19);
- basso livello di accessibilità nelle aree pubbliche o private (per le persone anziane con disabilità);
- basso livello di bassa alfabetizzazione digitale e accessibilità agli strumenti digitali;
- medicina territoriale assente o poco diffusa.

Le principali sfide per le case di riposo e l'assistenza territoriale (servizi a domicilio per caregiver/infermieri) sono:

- come collegare i loro servizi ai bisogni locali;
- maggior dialogo e collaborazione fra le singole aree;
- per gli assistenti sociali: ampliare la gamma dei servizi (non solo a livello amministrativo, ma anche come "animatori sociali");
- più intensa e maggiore formazione per gli assistenti sociali, caregivers, infermieri, etc.

Oltre 14 milioni di persone in Italia vivono con una patologia cronica e di queste 8,4 milioni hanno più di 65 anni. Sono loro, i pazienti doppiamente fragili per età e patologie pregresse, che, soprattutto in questa fase di riapertura e graduale ritorno alla normalità, dovranno essere ancora più attenti degli altri. Il rischio maggiore è la malattia della mente prima che del corpo: affrontare la solitudine in età avanzata può comportare l'assenza di stimoli, desideri e aspettative, per lasciarsi cadere inesorabilmente verso una condizione depressiva, in cui la mente si annulla e lo sguardo si perde sempre più verso un vuoto infinito, che colpisce non solo se stessi ma nella vita dell'intera famiglia. L'invecchiamento della popolazione è una delle più profonde trasformazioni sociali ed economiche che interessano i paesi sviluppati e nel prossimo futuro interesserà anche i paesi in via di sviluppo.

Abbiamo già identificato un buon numero (11 istituzioni) di partner di cooperazione nazionale e regionale che, sicuramente, ci sosterranno per le prossime attività del progetto.

Le persone anziane e/o affette da malattie croniche rappresentano oggi una grande sfida per la comunità e, in particolare, l'invecchiamento demografico delle società occidentali sta mettendo insistentemente in discussione i sistemi che si occupano di salute per seguire nuovi percorsi di cura, non solo delle malattie, ma di tutta la persona. Se consideriamo i dati ISTAT, scopriamo che il 30% degli anziani che vivono soli soffre di negazione di stimoli e mancanza di coinvolgimento sociale. Quello che possiamo fare come società è saper interpretare il decorso del tempo secondo un approccio positivo, quello della longevità

L'emergenza sanitaria (Covid19) ha travolto come un uragano le case di riposo, che inizialmente si sono trovate in balia della situazione, senza uomini e mezzi. In generale, anche a causa dell'emergenza Covid19 (che ha fortemente ridotto i contatti fisici e aumentato, in generale, l'isolamento e la solitudine) gli anziani hanno iniziato ad utilizzare, in modo elementare, smartphone e tablet (ad esempio proprio per rimanere in contatto con i parenti e/o caregiver).

Gli operatori (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) ne sono usciti distrutti, sia nel corpo che nell'anima: interventi di rielaborazione individuale e collettiva saranno fondamentali per evitare che il trauma lasci segni evidenti e duraturi

Per sostenere gli anziani, le persone fragili e i disabili, è stata introdotta l'alfabetizzazione digitale con l'obiettivo di sviluppare competenze digitali e tecnologiche. Gli anziani rischiano di essere esclusi dalla società digitale. Molte, però, sono le società che permettono l'alfabetizzazione digitale degli anziani. Tra le metodologie più apprezzate c'è l'e-learning e il modello di apprendimento intergenerazionale.

Nel caso della medicina digitale, l'innovazione è più della semplice sostituzione del sistema analogico cartaceo con un sistema digitale; è anche una grande opportunità per migliorare i processi sanitari e quindi rendere l'intero sistema sanitario più efficace ed efficiente.

Per quanto riguarda le evoluzioni tecnologiche, anche in campo sanitario l'ultimo decennio sta vivendo uno sviluppo innovativo mai visto negli anni precedenti. Abbiamo fatto riferimento, da tempo, ad aree che avranno un forte impatto anche sul modo di fare Sanità, anche se non sono specifiche della sola Sanità.

Parte A) La solitudine nella vecchiaia vista come un fenomeno sociale

3 La "vecchiaia" come una fase della vita

Terza età, dal mondo della scienza e della statistica arriva una buona notizia. A comunicarla è la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), in occasione del 63° Congresso Nazionale tenutosi a Roma, novembre 2018

In Italia si invecchia 10 anni dopo, questo è il risultato dell'ultimo Congresso SIGG.

Dagli ultimi studi, infatti, emerge che la soglia della terza età, per uomini e donne che vivono in paesi economicamente e demograficamente sviluppati come l'Italia, si è spostata in avanti. Il tempo dei 65 anni è ormai superato e nel nostro paese si invecchia circa 10 anni dopo. Per l'esattezza, la SIGG si è mossa per spostare la soglia di anzianità a 75 anni (come in altri paesi dell'UE; per esempio in Austria), considerando una media tra i seguenti sottogruppi:

- “Young Seniors”, persone fra 64 and 74 anni;
- “Seniors”, fra 75 e 84 anni;
- “Older Seniors”, fra 85 and 99 anni;
- “Centenari”, tutti i fortunate che superano i 100 anni.

A conferma di questa analisi del SIGG, è intervenuto anche uno studio dell'Institute for Health Metrics and Evaluation di Seattle dal quale è emerso che a differenza di altri paesi del mondo la soglia di età di invecchiamento in Italia è di circa 75 anni.

Se andiamo indietro nel tempo, inoltre, già nel 2010 il "Corriere della Sera" (il più importante quotidiano italiano) scriveva: "Oggi la terza età inizia a 75 anni". Considerare i 65enni di oggi è sbagliato, perché sono nella stessa forma dei 55enni di 40 anni fa.

La soglia della terza età, infatti, dipende molto dall'epoca in cui viene analizzata. Oggi a disposizione degli anziani ci sono soluzioni mediche molto più avanzate rispetto a 20 anni fa, che fanno sì che le persone subiscano un deterioramento fisico e mentale molto meno accentuato e più ritardato nel tempo. Non bisogna però dimenticare che, nonostante l'aspettativa di vita in Italia sia sicuramente aumentata molto, sono ancora troppi gli anni vissuti con disabilità, soprattutto in Italia e soprattutto nel sud Italia. Il vero cambiamento è un nuovo modo di intendere la terza età e l'età anziana, quelle due grandezze che messe insieme possono dire tanto di una persona, non è oggettivo. Se è vero che la soglia di età si è spostata nel tempo in termini

scientifici, quando la si affronta in termini sociologici il quadro cambia completamente. Nell'ideale delle persone, è difficile non considerarsi più vecchi a 65 anni. Tuttavia, nel corso del tempo c'è stato un cambiamento nell'ideale di anzianità. Gli anziani di oggi, infatti, vogliono vivere appieno la loro seconda vita: usano computer, tablet, smartphone, fanno acquisti online, viaggiano per il mondo, si iscrivono all'università e decidono di intraprendere la strada dell'appartenenza a una comunità.

3.1 Dati demografici sull'anzianità in Italia

Note tecniche:

- Fonti: nei paragrafi seguenti verranno riportati i dati nazionali (Italia) e, talvolta, regionali (Veneto) dell'ISTAT (istituto nazionale di statistica; anni 2018-2019) e dell'osservatorio statistico della Regione Veneto (anno 2020; dati principali del 2019);
- Come scritto sopra la nuova soglia dell'anzianità in Italia sono i 75 anni. Ma solo da quest'anno (2020) le statistiche adotteranno la nuova soglia.

La popolazione italiana sta rapidamente invecchiando. Il processo di modernizzazione e secolarizzazione sociale da un lato e il progresso medico-scientifico dall'altro, negli ultimi decenni hanno inciso profondamente sulle due principali determinanti demografiche della crescita della popolazione (o della sua diminuzione): la fertilità e la mortalità. La persistenza del tasso di fertilità ben al di sotto della soglia naturale di sostituzione (2,1 figli per donna) e il raggiungimento di obiettivi di speranza di vita per donne e uomini un tempo insperati, fanno dell'Italia uno dei paesi con il più alto indice di vecchiaia al mondo (è superato solo dal Giappone).

La seguente tabella mostra la situazione complessiva (ultimi 10 anni disponibili) in termini di struttura per età della popolazione italiana e aspettativa di vita:

INDICATORE	ANNO	VALORE (%)	DIFF (%) ANNO 2005
Persone di 65-74 anni in buona salute	2015	40.2	+ 8.9
Persone di 65-74 con almeno una malattia cronica	2015	74.8	- 0.9
Persone di 65-74 anni che fanno attività fisica costante	2015	11.2	+ 60.0
Persone di 65-74 che dichiarano di aver consumato droghe o farmaci nei due giorni precedenti l'intervista	2015	75.8	+ 8.8
Persone di 65-74 sovrappeso	2015	46.5	+ 0.2
Persone di 65-74 che consumano alcool fuori dai pasti	2015	17.5	0
Persone di 65-74 anni che fumano	2015	12.7	- 0.8

Persone di 65-74 anni che consumano 5 o più porzioni di verdura o frutta al giorno	2015	5.2	+ 6.1
--	------	-----	-------

Secondo le stime dell'Istat, il numero degli anziani in Italia è destinato a crescere ulteriormente. La salute è una condizione indispensabile per la vita delle persone nelle varie fasi della vita, capace di condizionare comportamenti, vita di relazione, qualità della vita.

Tuttavia, anche se il rischio di malattie aumenta con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Tra i fattori coinvolti che influenzano il rischio di contrarre molte malattie ce ne sono alcuni che non possono essere cambiati come l'età, il sesso e la predisposizione genetica e altri che possono essere cambiati attraverso la promozione di stili di vita sana.

L'Italia è tra i paesi con la più alta percentuale di anziani. Attualmente l'aspettativa di vita alla nascita dei maschi è di 80,1 anni, mentre quella delle donne è di 84,7 anni, e di conseguenza gli anziani sono diventati sempre più numerosi. Questa è una sfida sia dal punto di vista sanitario che economico e sociale. Il progressivo allungamento della vita impone alla società di assumersi la responsabilità di garantire che gli anziani vivano il più a lungo possibile in buona salute. Al fine di creare le condizioni per garantire il raggiungimento di questo obiettivo, è necessario monitorare la salute degli anziani in ogni momento al fine di indirizzare gli interventi politici e garantire così che gli anziani vivano in buona salute e una vita attiva.

Il 70,0% della popolazione residente in Italia ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo "molto bene" o "bene" alla domanda. La prevalenza di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute diminuisce drasticamente all'aumentare dell'età: scende al 63,4% tra le persone di 55-59 anni, al 54,3% nella successiva fascia di età 60-64 si riduce ulteriormente al 40,2% per le persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni e raggiunge il 24,8% tra gli over 75. Alla stessa età, le differenze di genere emergono chiaramente a svantaggio delle donne; le maggiori differenze sono tra i 55-59 anni (65,9% rispetto al 61,0%) e tra gli ultrasettantacinquenni (29,6% rispetto al 21,6%)

La diffusione delle malattie cronico-degenerative è un importante indicatore di salute, molte di queste malattie non sono suscettibili di cura e, una volta insorte, incidono in modo permanente sulla qualità della vita degli individui che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e aumentando la necessità di assistenza e trattamento. Già nella classe 55-59 anni soffre di malattie cronico-degenerative il 51,5% della popolazione e la quota raggiunge l'85,2% tra le persone oltre i 75 anni

Tra gli anziani aumenta anche la comorbilità, che nel caso delle persone di 75 anni e più è del 65,4% in generale a svantaggio delle donne (57,3% tra gli uomini e 70,9% tra le donne). Lo svantaggio femminile nei gruppi di età più avanzata è invertito solo dalla bronchite cronica (16% donne, 19,4% uomini) e dalle malattie cardiache (14,1% donne, 18,2% uomini).

La situazione italiana, con una forte presenza di popolazione anziana e una speranza di vita tra le più alte al mondo, indica che nel nostro paese ci sono "opportunità" e "bisogni". Infatti, viviamo in una società in cui in generale la popolazione anziana gode di un buono stato di salute generale, anche se è necessario affrontare una serie di problemi derivanti dall'invecchiamento della popolazione, che porta a patologie gravi e invalidanti. L'invecchiamento della popolazione pone, infatti, in presenza di un peggioramento delle condizioni di salute, il problema di garantire ai cittadini anziani una qualità delle cure sempre migliore e sempre più coerente con un uso razionale delle risorse. Se già nel 2005 la popolazione di 65 anni e oltre (19,5%) supera di 5 punti percentuali quella tra 0 e 14 anni (14,1%), nel decennio successivo questo divario si amplia: nel 2015 le persone con 65 anni e oltre costituiscono il 21,7% della popolazione e quelle tra 0 e 14 anni il 13,8%

L'Italia si trova ad affrontare un crescente "debito demografico" nei confronti delle generazioni future in termini di sostenibilità (welfare, spesa sanitaria, previdenza): in un solo decennio l'indice di dipendenza degli anziani passa dal 29,4 del 2005 al 33,7 del 2015 (+14,6%); l'indice di vecchiaia passa da 138,1 anziani ogni 100 giovani di 0-14 anni nel 2005 a 157,7 nel 2015 (+14,2%). La presenza di una quota estremamente significativa di persone in età avanzata è dovuta principalmente all'aumento dei livelli di sopravvivenza e alla riduzione della fertilità.

Sull'aumento della sopravvivenza:

- In appena un secolo, l'aspettativa di vita alla nascita è più che raddoppiata, e oggi (2015) le donne hanno un'aspettativa di vita di 84,7 anni e gli uomini di 80,1 anni;
- il continuo cambiamento nella sopravvivenza nell'ultimo decennio è stato guidato dalla riduzione della mortalità in età avanzata: nel 2015 la speranza di vita a 65 anni è di 22,0 anni per le donne e 18,7 anni per gli uomini;
- il percorso verso una maggiore sopravvivenza è stato omogeneo tra le regioni, anche se persistono importanti differenze territoriali.

La longevità crescente e la riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni sono ormai da decenni le determinanti di una riconfigurazione della struttura per età della popolazione italiana ad "anfora" prima (per il progressivo invecchiamento delle generazioni del baby boom), "rettangolare" poi e a "piramide rovesciata" nel medio e lungo periodo, in vista di un ulteriore e progressivo sbilanciamento a favore delle età più avanzate. Il rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione in età lavorativa tra i 15 e i 64 anni (l'old-age dependency ratio), nel 2015 pari al 33,7%, raggiungerà il 37,9% già nel 2025 e il 59,7% nel 2065, stringendo con ancora maggiore forza i nodi ancora non sciolti della sostenibilità del Sistema Paese.

L'indice di vecchiaia della popolazione, cioè il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella giovane (0-14 anni), tra il 2015 e il 2065 passerà da 157,7 a 257,9. Questo indicatore sarà spinto verso l'alto, nei prossimi decenni, dalla variazione in senso contrario del numeratore e del denominatore, esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

La speranza di vita alla nascita e la speranza di vita a 65 anni, che hanno già raggiunto livelli molto alti in termini assoluti e comparativi, continueranno a crescere nei prossimi cinquant'anni. La speranza di vita alla nascita delle donne passerà da 85 anni nel 2014 ai previsti 91,5 anni nel 2065 (+7,6%), mentre quella degli uomini da 80,3 anni a 86,6 (+7,8%). La speranza di vita a 65 anni aumenterà da 22,3 anni a 27,6 per le donne (+23,7%) e da 18,9 a 23,5 per gli uomini (+24,3%)

Gli anziani vivono così oggi in contesti familiari caratterizzati:

- dalla presenza maggioritaria di "coppie senza figli" fino alla soglia degli 84 anni: è il caso del 48,0% delle persone tra i 65 e i 74 anni, del 40,4% delle persone tra i 75 e gli 84 anni
- da una significativa presenza (19,9%) di famiglie con coppie tra i 65 e i 74 anni in cui ci sono ancora figli che non hanno ancora lasciato il nucleo parentale;
- da famiglie con tutti anziani: dal 21,9% nel 2003 al 23,9% nel 2012-2013 per le famiglie di 65+ e dal 10,4% nel 2003 al 12,7% nel 2012-2013 per le famiglie di 75+;
- da una considerevole percentuale di famiglie composte da "persone sole": il 48,7% delle famiglie composte da persone sole sono anziani di 65 anni e più, di cui il 17,0% di persone tra i 65 e i 74 anni; il 20,7% di persone tra i 75 e gli 84 anni; l'11,1% di persone oltre gli 85 anni;
- dalla condizione prevalente di "single" dopo gli 84 anni: è così per il 52,2% delle persone di 85 anni e oltre;
- tra gli uomini, la percentuale di single di 65 anni e più è del 30,0%, mentre tra le donne raggiunge il 62,5% (gap di genere di 32,5 punti percentuali);
- le donne hanno una schiacciante esperienza di vedovanza: 83,5% vedove dai 65agli 89 anni sono donne.

L'istruzione e la formazione offrono molto di più della capacità di leggere un buon libro, di scrivere un breve racconto e di calcolare il proprio bilancio annuale: danno accesso a una cittadinanza piena e attiva, di volta in volta declinata, nel ciclo della propria vita, nella possibilità di entrare effettivamente nel mercato del lavoro; di partecipare e contribuire alla vita politica, civile, culturale, relazionale e ricreativa del proprio paese; di acquisire informazioni utili per la tutela della propria salute presente e futura.

Più in dettaglio :

- in soli dieci anni, c'è stato un calo significativo del numero di anziani senza un titolo di studio o con un'istruzione primaria: se nel 2004 il 41,6% delle persone tra i 55 e i 59 anni aveva un'istruzione molto bassa, nel 2014 questa percentuale è scesa al 14,1%;
- anche se ancora oggi la percentuale di persone con istruzione primaria tra le persone di età compresa tra 60 e 64 anni è significativa (25,9% nel 2014), è diminuita bruscamente dal 2004 (-52,2%)
- le persone dai 65 anni in su sono quelle che hanno sofferto di più il ritardo del sistema educativo nel raggiungere tutti i segmenti della popolazione e del territorio, con ancora il 59,5% delle persone, nel 2014, senza qualifiche o con un titolo di studio primari.

La cultura e la tecnologia influenzano la nostra vita molto più che in passato. La "frequentazione culturale classica" (libri e giornali cartacei, televisione, radio, spettacoli musicali, teatro, cinema, biblioteche, musei, siti archeologici) e quella "digitale moderna" contribuiscono non solo a

costruire il capitale umano di un paese, ma generano e alimentano il senso di appartenenza, di inclusione sociale e di partecipazione cognitiva, politica, civica e interiore delle persone nel proprio tempo. La struttura e la dinamica della domanda e dell'offerta di cultura sono strettamente legate alle caratteristiche socio-demografiche delle persone. E gli anziani rappresentano un interessante e specifico gruppo di utenti e produttori dello sfaccettato universo della cultura, con preferenze, gusti, comportamenti di consumo culturale che li caratterizzano rispetto alle altre fasce di età.

Nel giro di 20 anni, il cinema e il teatro sono diventati un compagno sempre più popolare tra le donne e gli uomini sopra i 55 anni. Per esempio, nel 2015, il 41,3% degli uomini tra i 55 e i 59 anni è andato al cinema almeno una volta, il 34,9% degli uomini tra i 60 e i 64 anni, il 24,3% di quelli tra i 65 e i 74 anni e il 9,2% degli anziani oltre i 75 anni. Tra le donne nella fascia di età 55-59 anni, il 35,1% non ha resistito al fascino del grande schermo, il 33,3% delle donne tra i 60 e i 64 anni, il 20,8% di quelle tra i 65 e i 74 anni e il 7,6% di quelle oltre i 75 anni.

Ma è la televisione ad aver conquistato il primato assoluto tra le attività di svago e intrattenimento degli anziani: nel 2015 la guardano il 92,9% degli uomini e il 94,5% delle donne tra i 55 e i 59 anni; il 94,0% degli uomini e il 95,0% delle donne tra i 60 e i 64 anni; il 96,1% degli uomini e il 96,8% delle donne tra i 65 e i 74 anni; il 95,6% degli uomini e il 92,9% delle donne oltre i 75 anni

La lettura di libri rappresenta altresì una forma di partecipazione culturale coltivata dagli anziani, con un gap di genere significativamente a favore delle donne. Nel 2015, almeno un libro è stato letto dal 34,0% degli uomini tra i 55 e i 59 anni (contro il 54,5% delle donne), dal 38,3% degli uomini tra i 60 e i 64 anni (46,3% delle donne), dal 33,3% degli uomini tra i 65 e i 74 anni (39,8% delle donne) e dal 24,5% degli anziani oltre i 75 anni (24,6% delle donne anziane). Leggere i giornali almeno una volta alla settimana il 66,3% degli uomini tra i 55 e i 59 anni (53,1% delle donne), il 65,8% degli uomini tra i 60 e i 64 anni (51,2% delle donne), il 67,0% degli uomini tra i 65 e i 74 anni (49,0% delle donne) e il 55,4% degli anziani oltre i 75 anni (34,6% delle donne). Possedere un "pacchetto intelligente" di competenze digitali è, oggi, un parametro indispensabile per l'inclusione sociale, economica, culturale, relazionale delle persone.

Nel 2006, a questo proposito, il Parlamento europeo e il Consiglio europeo hanno incluso nelle loro raccomandazioni anche la competenza digitale tra le otto competenze considerate essenziali per la "cittadinanza attiva".

Nell'era digitale, quindi, il delicato confine tra cittadinanza in senso formale e cittadinanza in senso sostanziale deve essere ridefinito e riposizionato all'intersezione tra tre elementi essenziali: la possibilità di accedere alle ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Digital Inclusion); la possibilità di apprendere il loro utilizzo (Digital Skills); l'acquisizione di capacità di discernimento (Digital Competence) per un uso consapevole e responsabile delle ICT. Rispetto all'uso del PC, ancora nel 2005 solo il 39,9% della popolazione di 3 anni e più dichiarava di averlo utilizzato negli ultimi 12 mesi, nel 2015 questa percentuale raggiunge il 56,5%. Ma questo valore medio nasconde tendenze interessanti e non lineari tra le fasce d'età più anziane: tra le persone di 55-59 anni, ad esempio, l'uso del PC raggiunge il 57,6%, per poi diminuire sensibilmente tra le

persone di 60-64 anni (43,6%), crollare al 24,4% nella fascia d'età 65-74 anni e assestarsi su un valore molto basso tra le persone di oltre 74 anni (6,6%).

Se nel 2005 il 31,8% delle persone di 60 anni e più aveva utilizzato Internet negli ultimi 12 mesi, nel 2015 questa percentuale sale al 60,2%. Tuttavia, l'età rappresenta ancora, indiscutibilmente, un parametro centrale nel delineare il profilo di utilizzo di Internet: nel 2015 gli utenti di Internet sono il 60,4% delle persone tra i 55 e i 59 anni, il 45,9% delle persone tra i 60 e i 64 anni, il 25,6% delle persone tra i 65 e i 74 anni e solo il 6,7% delle persone oltre i 74 anni.

Le due attività preferite dagli "utenti forti" di 55 anni e più sono la "posta elettronica" (inviare/ricevere e-mail) (94,7% degli utenti tra i 55 e i 64 anni e 93,3% degli over 65) e la lettura di giornali, riviste, informazioni online (79,3% nella fascia di età 55-64 e 82,1% nella fascia di età 65+).

Ma una percentuale significativa di anziani consulta Wikipedia e altre enciclopedie online per informazioni (60,7% tra 55-64 e 59,4% tra 65+); cerca informazioni su beni e servizi (71,9% tra 55-64 e 66,1% tra 65+) o informazioni sulla salute (69,9% tra 55-64 e 70,0% tra 65+); usa servizi bancari (53,2% tra 55-64 e 56,6% tra 65+); partecipa a reti sociali (35,3% tra 55-64 e 26,6% tra 65+).

Le competenze digitali sono tra i fattori che possono spiegare la scarsa diffusione di Internet nel tessuto sociale italiano: la quasi totalità degli anziani che utilizzano Internet sa eseguire le semplici operazioni considerate nell'area dell'informazione, come l'utilizzo di un motore di ricerca e/o la copia o lo spostamento di file/cartelle (80,8% delle persone tra i 55 e i 64 anni, 77% delle persone tra i 65 e i 74 anni, 72,7% delle persone tra i 75 e i 79 anni).

Gli anziani sono utenti deboli delle ITC, spesso non usano il PC e non usano Internet a casa, al lavoro o in altri luoghi di possibile alfabetizzazione e pratica informatica. È vero che l'alfabetizzazione di queste persone è avvenuta nell'"era analogica": ma spesso il contesto socio-economico e territoriale della loro età adulta non è servito da motore per una successiva alfabetizzazione digitale.

Alcuni dati specifici sulla Regione Veneto :

In Veneto in media si vive un po' più a lungo: la speranza di vita alla nascita nel 2018 è di 83,6 anni (81,4 per gli uomini e 85,8 per le donne). Le persone con almeno 65 anni sono 1 milione e 122 mila, pari al 22,9% della popolazione (22,8% in Italia). In particolare, il 5,8% dei residenti veneziani ha un'età compresa tra 65 e 69 anni, il 10% tra 70 e 79 anni, mentre gli ultraottantenni sono il 7,1% (347.165 persone). Considerando la popolazione anziana, di 80 anni e oltre, la percentuale italiana (7,2%) è la più alta d'Europa; in Germania, paese caratterizzato da un invecchiamento sostenuto, il dato si ferma al 6,5%, mentre in Spagna e Francia si ferma al 6,1%; al contrario, in Irlanda e Slovacchia, dove la struttura per età della popolazione è più giovane, scende al 3,3%.

In Veneto gli anziani che vivono nelle strutture residenziali sono circa 33 mila. Circa il 3% della popolazione anziana in Veneto vive in strutture residenziali. Si tratta soprattutto di "grandi

anziani": Il 32% degli ospiti delle strutture residenziali ha tra i 75 e gli 84 anni e il 57% ha 85 anni o più. In nove casi su dieci, poi, si tratta di persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza, un limite che cresce notevolmente con l'aumentare dell'età degli assistiti

L'allungamento della vita non sempre corrisponde ad un effettivo miglioramento della sua qualità. Infatti, non tutti gli anni della vita di una persona sono vissuti in perfetta salute; soprattutto in età avanzata le malattie croniche, la fragilità e la disabilità tendono a diventare più frequenti, riducendo l'autonomia della persona e richiedendo un maggiore bisogno di cure e assistenza.

Non sempre i paesi in cui si vive più a lungo riescono a mantenere il primato per la sopravvivenza in buona salute; così accade per l'Italia che perde posizioni nella classifica della "qualità della sopravvivenza", essendo quarta per gli uomini e settima per le donne

In Veneto la maggior parte degli anziani vive nella propria casa, spesso da sola, almeno fino a quando le condizioni di salute e di autonomia lo consentono. Nel 2018 sono circa 267 mila gli anziani che vivono soli e, tra questi, 193 mila hanno 75 anni o più, un terzo della popolazione di pari età, in prevalenza donne (81%). Considerando gli anziani che vivono in famiglia, che generalmente hanno condizioni di salute e autonomia migliori di quelle riscontrate nelle strutture, in Veneto il 28% soffre di almeno 3 malattie croniche e tra gli over74 la percentuale sale al 34% (contro il 3,7% tra gli under 65). Inoltre, il 16% degli anziani è in condizioni di fragilità e necessita di aiuto (18,5% in Italia), perché pur essendo ancora autonomi nelle funzioni di base della vita quotidiana, come vestirsi, mangiare e muoversi, subiscono limitazioni e perdite nelle attività più complesse (preparare i pasti, assumere farmaci, gestire economicamente...), mostrando così vulnerabilità sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale.

La diffusione delle malattie cronico-degenerative peggiora sensibilmente la qualità della vita, tanto che il 21,6% degli anziani di 75 anni o più soffre di gravi limitazioni nelle attività quotidiane.

Le strutture che ospitano gli anziani sono nella quasi totalità dei casi di tipo comunitario, cioè sono strutture medio-grandi, in grado di garantire assistenza medica, trattamenti infermieristici e riabilitativi per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute e di benessere degli ospiti.

Solo il 2% degli anziani ricoverati non ha bisogno di alcun tipo di assistenza sanitaria, il 38% richiede un'assistenza sanitaria bassa, mentre più della metà (59%) richiede un'assistenza sanitaria bassa necessita di un livello di assistenza sanitaria medio o addirittura alto. Gli anziani trascorrono generalmente molto tempo in casa; per loro la casa rappresenta spesso un rifugio. e un conforto, una sicurezza che rassicura dai veloci e inafferrabili cambiamenti del mondo esterno.

3.2 Strutture di assistenza per anziani

Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie nel 2011 (ultimi dati nazionali disponibili) ammontano a 12.033 unità e offrono 386.803 posti letto, con 369.523 ospiti. Per ogni

1.000 residenti ci sono 6,5 letti disponibili per 6,2 ospiti. Il numero di presidi e di posti letto disponibili è in calo per il secondo anno consecutivo (-6,1% presidi, -8,9% posti letto); in calo anche il numero di ospiti (-6,3%). Gli ospiti con più di 65 anni sono circa 279 mila e rappresentano il 75,6% del totale. Tra gli anziani è predominante la componente femminile, che rappresenta il 75,1% del totale. Per quanto riguarda la tipologia degli ospiti, si nota che la componente anziana fa un uso più frequente del servizio, soprattutto nel nord.

Come in altri paesi a sviluppo avanzato, l'Italia ha oggi una struttura per età fortemente squilibrata. La spesa complessiva per i servizi sociali offerti dai comuni italiani supera di poco i 7.000 milioni di euro e, per la prima volta dal 2007, diminuisce rispetto all'anno precedente (-1,4%). Gli anziani sono tra i principali destinatari dei servizi offerti (19,8%), preceduti dalle famiglie con minori (40,1%) e dai disabili (23,2%). La quota restante viene utilizzata per i trasferimenti in denaro ad altri soggetti pubblici e privati e rappresenta il 26,7% del totale.

La realtà del welfare italiano (anno 2019), vista da quella prima linea che sono i servizi sociali, è questa: gli assistenti sociali impiegati negli enti locali sono circa 11.500 che su 8 mila comuni italiani fanno - in media - poco più di un assistente sociale per ogni comune.

L'invecchiamento della popolazione e l'alta incidenza degli ultraottantenni, determinano un inevitabile aumento delle malattie cronico-degenerative, come la demenza, con conseguente aumento della morbilità e della disabilità. La letteratura dimostra che la demenza è presente nel 4% delle persone di 65 anni, nell'8% dei settantenni e raggiunge oltre il 20% negli ultraottantenni.

L'assistenza agli anziani affetti da malattie cronico-degenerative è subordinata alla valutazione di molti problemi psicofisici e sociali che, se non rilevati, portano a dolore, polmonite, frattura del femore, invalidità e morte. In questi soggetti, in Italia, i servizi di assistenza sono erogati principalmente all'interno delle famiglie.

A causa di questa complessità assistenziale e delle risorse limitate, il ruolo del "caregiver" diventa indispensabile e centrale nel processo di cura, sia per il mantenimento del potenziale residuo che per la prevenzione delle complicazioni. L'impegno assistenziale del caregiver è quindi gravoso e segnato da grandi differenze individuali, sia in termini di gravità che di durata dell'impegno richiesto.

In letteratura esistono numerosi tipi di Caregiver, in base alle competenze acquisite, classificati in:

- Caregiver istituzionale: colui che si occupa degli aspetti organizzativi ed economici della persona assistita;
- Caregiver operativo: colui che fornisce direttamente e spesso servizi di assistenza .
- Un'altra classificazione riportata in letteratura suddivide i caregiver secondo il loro ruolo in relazione alla persona assistita:

- Caregiver informale: membro della famiglia, parente, amico che, gratuitamente, si prende cura di un paziente. Questo tipo di caregiver può a sua volta essere diviso in:
- Caregiver solitario: una sola persona svolge tutti i compiti di assistenza e si assume la responsabilità di tutte le scelte che coinvolgono la persona assistita;
- Caregiver assistito: una persona che svolge tutti i compiti di cura in modo indipendente ma con il supporto decisionale degli altri membri della famiglia; Condivisione delle responsabilità: la famiglia divide i compiti di cura tra i diversi membri.
- Caregiver formale: caregiver privato a domicilio pagato dalla famiglia.
- Caregiver istituzionale: operatore sanitario, assistente sociale o amministratore di sostegno (figura giuridica della legge 6/2004 per proteggere la persona la cui capacità di agire è limitata o compromessa).

Nota: per tutti i dettagli vedi il paragrafo 3.1.

3.3 " Quadro della vecchiaia " ed impatto sulla nostra società

In Italia, solo recentemente è cresciuta la preoccupazione per le troppe persone che, essendo sole, non possono contare su nessuno nel momento del bisogno. Sono persone che vivono una continua condizione di dolore e sofferenza che rappresenta un rischio per la loro salute. Dati statistici e ricerche scientifiche sulla dimensione numerica del "vivere da soli" dimostrano che la manifestazione e la progressione di questo fenomeno sono associate, in molte aree del mondo, a tre ordini di fattori:

- il cambiamento del tipo di nucleo familiare, con una tendenza all'aumento vertiginoso del numero di "famiglie unipersonali"
- la riduzione significativa delle nascite;
- l'aumento dell'età media della vita che, secondo le proiezioni più aggiornate, porterà a un radicale invecchiamento della popolazione mondiale.

Il rapporto annuale Istat del 2018 mostra che in Italia il 13% della popolazione generale vive da solo.

Questa "solitudine" varia molto a seconda dell'età dei soggetti: sotto i 25 anni, l'1% degli italiani vive solo; tra i 25 e i 34 anni, l'11,9% dei soggetti vive solo; dai 35 ai 54 anni, la percentuale è stabile intorno al 12%; tra i 55 e i 74 anni, il 16% della popolazione vive solo, mentre nelle età successive la percentuale è più che raddoppiata (38,3%). Lo stesso rapporto mostra che tra le persone di 75 anni e più in Italia, la percentuale di coloro che non hanno parenti o amici a cui fare

riferimento in caso di bisogno è drammaticamente alta: quasi il 40% di tutte le persone in questa fascia d'età, con l'11,7% che può rivolgersi solo a un vicino.

Dati simili a questi erano già stati evidenziati dal rapporto Eurostat del 2017, che mostrava come in Italia la percentuale di soggetti che non hanno la possibilità di chiedere aiuto in caso di bisogno fosse doppia rispetto alla media dei 28 paesi europei esaminati: 13,2% contro il 6% della media europea, con la Repubblica Ceca che lamentava solo l'1,9% dei suoi soggetti impossibilitati a chiedere qualsiasi tipo di aiuto (morale, materiale, finanziario) a parenti, amici o vicini di casa. Le ragioni di tanto isolamento da parte degli italiani rimangono aperte alle speculazioni; certamente il dato stride con la percezione comune dell'Italia come paese del volemosse bene e di una cultura del tatto che ci porterebbe ad essere molto aperti e comunicativi. Inoltre, lo stesso rapporto Eurostat evidenzia anche la nostra difficoltà ad avere confidenti con cui discutere di questioni personali: praticamente come la Francia, i cittadini italiani hanno difficoltà doppie rispetto alla media europea (12% della popolazione di 16 anni e più del 6,1% in Europa), con i ciprioti al gradino più basso (2% della popolazione).

Insomma, parlare di cose intime agli altri è molto più difficile in Italia che altrove. Tutto questo si traduce in una modesta coesione sociale e quindi in un ridotto senso di appartenenza, che probabilmente influenza l'individualismo e la solitudine in copia maggiore che in altri paesi europei.

4 "Solitudine" e "Isolamento sociale" – una demarcazione

La "De Jong-Gierveld Scale" è l'altro questionario più utilizzato per gli studi sulla solitudine. Un esempio è una ricerca condotta in undici paesi europei utilizzando i dati del Generations and Gender Survey su 33.832 cittadini europei di età compresa tra 60 e 80 anni.

I risultati mostrano una notevole eterogeneità tra i paesi in termini di solitudine in tarda età, soprattutto tra le donne. I tassi di solitudine più gravi sono stati riscontrati nel 30-55% degli uomini e delle donne dell'Europa orientale, rispetto al 10-20% dei loro coetanei dell'Europa occidentale e settentrionale. La solitudine era fortemente associata a uno status socio-economico più basso, a una salute peggiore e alla mancanza di un partner. Più della metà della varianza nazionale nella solitudine sembra essere mediata dalla salute, dallo stato di coppia e dalle disparità socio-economiche tra i paesi. Altre differenze trovate dallo studio possono essere legate a diversi livelli di benessere sociale e norme culturali nei paesi da cui provengono i soggetti.

Ora dobbiamo cercare di capire un po' di più cosa succede a livello individuale nella persona che si sente sola e quali sono le conseguenze nella sfera relazionale, lavorativa ed esistenziale nel senso più ampio del termine. Secondo la definizione data da Biordi e Nicholson (2009), l'isolamento sociale è la distanza di un individuo, psicologica o fisica o entrambe, dalla rete desiderata o necessaria di relazioni con altre persone. L'isolamento sociale si configura quindi come una perdita

di posizionamento all'interno di un gruppo. Più specificamente, si possono identificare due significati di isolamento sociale e solitudine:

- soggettivo come scarsità percepita delle proprie risorse sociali, come la compagnia o il supporto sociale;
- oggettivo cioè una mancanza di contatto con gli altri a causa di fattori situazionali (ad esempio una piccola dimensione della rete sociale, rara interazione sociale o mancanza di partecipazione all'attività sociale).

I fattori di rischio che determinano l'isolamento sociale possono essere psicologici (come uno stato depressivo), fisici (come le malattie croniche) o sociali (legati a disuguaglianze, aspetti economici o culturali).

Aspetti psicologici

La solitudine e l'isolamento sociale sono strettamente legati a sentimenti di vulnerabilità, minaccia e ansia, che portano alla depressione e a un grave declino della salute fisica e del benessere. Gli anziani in particolare sperimentano più spesso l'isolamento sociale, che può avere un effetto negativo significativo sulla loro salute comportamentale: in età avanzata la mancanza di relazioni sociali può effettivamente aumentare i sintomi comportamentali come i disturbi del sonno, la depressione e la fatica. Gli effetti dell'isolamento sociale soggettivo contribuiscono più significativamente ai disturbi del sonno e ai sintomi depressivi.

D'altra parte, i medici e più in generale gli operatori sanitari di individui con poche o nulle relazioni sociali dovrebbero valutare quanto questa condizione predisponga soprattutto gli anziani ad uno stato di depressione e disagio psicologico. È quindi importante valutare quanto il distacco dell'anziano con sintomi depressivi e disagio psicologico dalle reti relazionali prossimali (come la famiglia) dipenda da problemi di salute mentale. I familiari di un anziano dovrebbero riconoscere l'importanza di mantenere relazioni amichevoli ed essere vigili se, in seguito alla perdita di un amico o di un conoscente, si verifica un significativo cambiamento di umore o di comportamento per garantire un'adeguata assistenza e sostegno.

Aspetti fisici

La mancanza di relazioni sociali è a tutti gli effetti un fattore di rischio di mortalità così come gli stili di vita malsani, ai quali l'isolamento è confermato essere associato (fumo, obesità, alcol o sedentarietà). Uno studio canadese mette in relazione le difficoltà di udito con l'isolamento sociale e la solitudine, che a loro volta sono anche associati a una cattiva alimentazione e a una scarsa assunzione di nutrienti. Allo stesso modo, gli anziani che sono soli hanno un rischio maggiore di

morire prima e hanno più probabilità di sperimentare un declino della loro mobilità (causa di cadute) rispetto a quelli che non sono soli.

Aspetti sociali

La rete sociale influenza lo stato di salute attraverso meccanismi comportamentali che spesso agiscono simultaneamente, come le forze di influenza sociale, i livelli di impegno o partecipazione sociale e l'accesso ai beni materiali e alle risorse, e rispetto ad altri gruppi di età gli anziani soffrono maggiormente di isolamento sociale. In Europa, rispetto ai cittadini di età compresa tra i 26 e i 45 anni, gli adulti di 65 anni e oltre hanno 9 punti in più di probabilità di non impegnarsi spesso in attività sociali.

In Italia, secondo i dati Istat 2015, il 18% degli anziani percepisce una rete di sostegno sociale debole, in particolare tra i 65-74enni il 17% percepisce un sostegno debole e tra gli over 75 la quota è del 19%, senza significative differenze di genere. Poiché la famiglia offre un grande sostegno, la maggiore fragilità si osserva tra coloro che vivono da soli: tra gli anziani soli, gli uomini sentono un maggiore senso di abbandono e il 24,7% ritiene di avere un sostegno debole, rispetto al 20% delle donne. Queste percentuali si riducono tra gli anziani con più di 75 anni (22% per gli uomini e 19% per le donne), in parte a causa del maggiore aiuto formale ricevuto (le famiglie con più di 75 anni che ricevono aiuto da una persona responsabile della cura degli anziani sono circa il 10% rispetto al 6% di tutte le famiglie con almeno un anziano).

La distribuzione geografica e il grado di urbanizzazione influenzano significativamente la percezione del supporto sociale complessivo e interagiscono tra loro dando un quadro del paese diversificato, in cui le isole si distinguono per livelli molto più bassi di supporto percepito debole (15% tra gli over 65), mentre per quanto riguarda il grado di urbanizzazione sono svantaggiate le aree densamente popolate (20%).

Il fenomeno dell'isolamento, al quale la popolazione in età avanzata è più soggetta, è quindi associato a valori sociali e politici per i quali misure efficaci per promuovere il benessere su più dimensioni dovrebbero prendere in considerazione una migliore comprensione dei determinanti, così come l'impatto delle misure preventive o correttive.

La lotta contro l'isolamento sociale dovrebbe includere la concezione e lo sviluppo di ambienti di vita "age-friendly", contesti che l'OMS definisce favorevoli a uno stile di vita sano perché basati sull'assenza di barriere, il sostegno alle persone con perdita di capacità e la garanzia agli anziani di poter "invecchiare in sicurezza" e liberi dalla povertà, cioè in un luogo adatto alle loro esigenze, dove possono coltivare la loro sfera personale e contribuire alla comunità mantenendo autonomia e salute.

4.1 Descrizione della „Solitudine nella vecchiaia“

In Italia, dopo i 75 anni, quattro persone su dieci non hanno parenti o amici vicini (fonte ISTAT, anno 2018). La nostra società, così tecnologicamente sviluppata, lascia spesso soli i pazienti nel loro momento più difficile, così che affrontano il dolore somatico delle varie malattie senza la protezione di un ambiente caldo. Anche le persone che assistono i propri cari con demenza o altre malattie invalidanti sono soggetti fragili.

La persona sopraffatta dalla solitudine non ha nessuno a cui rivolgersi nei momenti di bisogno per chiedere aiuto. Questa è una definizione operativa, che descrive la condizione vitale di chi soffre perché si guarda intorno e non vede nessuno disponibile ad intervenire per aiutarlo nelle cose concrete della vita o a consolarlo nel momento dell'angoscia.

Nell'anziano la situazione è resa ancora più disperata per l'indebolimento delle forze che potrebbero permettergli di fare da sé e per la fisiologica rarefazione dei punti di appoggio. L'Istat nel 2018 rileva che in Italia il 13% della popolazione vive da solo. Questa condizione varia a seconda dell'età: sotto i 25 anni vive solo l'1% degli italiani, tra i 25 e i 34 anni solo l'11%, tra i 35 e i 54 anni la percentuale rimane intorno al 12%, tra i 55 e i 74 anni vive solo il 16% della popolazione, mentre nelle età successive la percentuale raddoppia (intorno al 38%).

L'Istat evidenzia anche come, tra gli over 75, sia alta la percentuale di individui che non hanno né parenti né amici in caso di bisogno: quasi il 40%, con circa il 12% che può rivolgersi solo a un vicino di casa.

In risposta a questi dati - che non sono solo italiani - negli ultimi anni alcuni Stati hanno fatto scelte strategiche, ponendo il problema della solitudine al centro delle problematiche a cui dedicare attenzione politica e misure concrete, sia in termini di diffusione di una cultura della solidarietà, sia in termini di organizzazione di interventi specifici (centri di aggregazione, social street, punti di interesse condivisi, accesso telefonico, ecc).

Più in dettaglio, anche le persone che assistono i propri cari affetti da demenza o da altre malattie invalidanti sono particolarmente esposte al rischio di solitudine, perché col tempo i contatti con parenti, amici e vicini di casa diventano rari.

Il dato inglese è simile a quello riscontrato in Italia, secondo cui circa un terzo delle coppie di malati-caregiver vive in condizioni di isolamento e, soprattutto, non riesce a chiedere aiuto nel momento del bisogno. La misura adottata dal governo britannico è consistita in significativi finanziamenti diretti ad associazioni il cui obiettivo era quello di ridurre la solitudine di specifici gruppi di cittadini.

Di grande importanza fu anche la decisione di rivalersi sui giganti della tecnologia, considerati responsabili, almeno in parte, dell'epidemia di solitudine. Ad esempio, è stato scritto che Amazon presto "guiderà il mondo", grazie alla sua capacità di determinare comportamenti che alcuni

giudicano positivi, mentre altri ritengono assolutamente negativi (ad esempio, la riduzione delle relazioni fuori casa).

In Italy, loneliness has long called the attention of the most attentive planners and managers of public affairs; the president of the republic Sergio Mattarella, in his speech at the end of the year 2018, recalled the loneliness of an elderly woman brought as an example of a pervasive condition that must call the attention of all.

La differenza di storie e culture non cancella una realtà che sta diventando sempre più evidente, cioè quella di un disastro diffuso che richiede un intervento rapido, considerando anche che il fenomeno della solitudine a tutte le età non è in grado di autocontrollarsi, ma che - al contrario - la solitudine del vicino contagia il vicino, blocca l'iniziativa per la costruzione di una rete, il desiderio di uscire dal guscio. È un disastro che si diffonde.

Un problema molto particolare, ma quantitativamente e qualitativamente importante, riguarda il mondo dei servizi sociali e dell'assistenza. Purtroppo, nei luoghi dove gli anziani dovrebbero percepire che la loro fragilità è meglio tutelata e quindi dove dovrebbero essere evitati percorsi di solitudine, sono invece diffuse condizioni che espongono i cittadini alle difficoltà causate dalla malattia, dalla disabilità e dai relativi trattamenti in solitudine; essi si trovano ad affrontare il dolore somatico causato dalle varie patologie senza la protezione di un ambiente caldo, senza la vicinanza di operatori attenti, esposti a interventi di vario tipo in solitudine, così che al dolore del corpo si associa la sofferenza dello spirito. La nostra società tecnologicamente sviluppata lascia spesso i pazienti (e gli operatori) soli nel momento più difficile. In questo ambito, l'evoluzione della tecnologia, caratterizzata dalla guida dei sistemi sanitari da parte dell'intelligenza artificiale, porrà nove sfide.

Com'è la situazione negli altri paesi europei?

La Francia ha ragioni storiche diverse dall'Italia; nonostante un sentimento di identità nazionale molto più radicato nel tempo, ha vissuto conseguenze del colonialismo e dell'immigrazione che non hanno pari in Europa. Nel 2010 e ancora nel 2014 un sondaggio del Crédoc per la Foundation de France ha mostrato che cinque milioni di francesi - l'equivalente di una persona su otto - hanno dichiarato di soffrire di solitudine. Nel settembre 2017, lo stesso istituto di ricerca ha riferito che 700.000 giovani francesi, corrispondenti al 6% della popolazione tra i 15 e i 30 anni, vivono in una situazione di "isolamento sociale". Questa condizione implica l'assenza di qualsiasi tipo di interazione quotidiana con la famiglia, gli amici, i vicini, i colleghi o anche i compagni di scuola. Ma il drammatico rapporto del Crédoc non si ferma qui: 1,4 milioni di ragazzi tra i 15 e i 30 anni dichiarano di passare regolarmente il loro tempo con membri appartenenti a una sola rete sociale, diventando un segmento della popolazione ad alto rischio di solitudine. Oltre alle giovani generazioni, un altro dato preoccupante e in costante aumento riguarda il 26% degli individui di età superiore ai 75 anni, che dichiarano di vivere in isolamento e riferiscono significativi sentimenti di solitudine.

Il Regno Unito ha scoperto che ha nove milioni di cittadini che si sentono soli tutto il tempo o la maggior parte del tempo. Più di uno su tre sopra i settantacinque anni ha dichiarato che i suoi sentimenti di solitudine sono "fuori controllo"; la metà dei disabili di tutte le età soffre di solitudine ogni giorno. Nella popolazione dai 65 anni in su, 3,6 milioni di persone considerano la televisione il principale compagno della loro giornata. Le persone che si prendono cura di persone con demenza e altre malattie invalidanti molto spesso finiscono per limitare notevolmente la loro qualità di vita, soprattutto le loro opportunità di lavoro e di relazione, sentendosi sole la maggior parte del tempo. Si stima che otto caregiver su dieci soffrano di questa condizione. La Co-op inglese ha stimato che la solitudine potrebbe costare ai datori di lavoro almeno due miliardi e mezzo di sterline all'anno, mentre le comunità scollegate o isolate circa 32 miliardi di sterline all'anno. Per affrontare il problema della solitudine, il governo di Theresa May ha istituito un ministero specifico l'anno scorso, nominando Tracey Crouch, che già detiene il portafoglio del turismo e degli affari sociali. Venti milioni di fondi sono stati assegnati alle charities (organizzazioni non governative) per combattere il fenomeno con una strategia che ha la missione di "eliminare la solitudine nel corso della vita". Il governo ha poi recentemente sostituito il dimissionario Crouch con Mims Davies, con l'impegno di rivalersi sui giganti della tecnologia (Facebook, Google, ma anche Amazon) per il loro ruolo nell'aggravare la solitudine.

Sulla scorta del Regno Unito, il 1° febbraio 2018 il quotidiano nazionale El País ha proposto la necessità di un ministero per la solitudine anche in Spagna. Solo nei primi quattro mesi del 2010 a Madrid sono morte più di cento persone in solitudine, senza che nessuno se ne accorgesse. I dati dell'INE, l'Istituto Nazionale di Statistica, hanno mostrato che nel 2016 più di quattro milioni e mezzo di spagnoli vivevano soli, il 41,7% dei quali aveva 65 anni o più.

In **Germania**, nel gennaio dello scorso anno, un sondaggio lanciato dalla più grande emittente radiotelevisiva pubblica tedesca, ARD, ha riportato che circa due terzi della popolazione considera la solitudine un problema serio a livello nazionale. I dati dell'Ufficio Federale Tedesco di Statistica, integrati con ricerche scientifiche condotte dall'Università Ruhr di Bochum e dall'Università di Kassel, hanno riportato che in Germania, una persona su sette tra i 45 e i 65 anni soffre di solitudine e il rapporto aumenta da uno a tre nelle persone oltre i 65 anni.

In termini di solitudine, nemmeno la **Svizzera** può essere considerata neutrale. Nel 2017 il governo ha promosso una ricerca a livello nazionale per affrontare la necessità di evidenziare gli elementi legati alla solitudine in termini di salute psicofisica e stile di vita. L'indagine ha coinvolto non solo gli anziani e i giovani, considerati più a rischio, ma anche gli adulti di mezza età.

I dati provenienti dai paesi del Nord Europa confermano la crescente preoccupazione per il fenomeno, a livello politico e sanitario. In **Finlandia**, l'ex presidente della Repubblica, Tarja Halonen, ha definito la solitudine un problema serio e reale che si estende a tutte le fasce di età. Il suo appello è stato trasmesso nel programma televisivo che apre la campagna annuale di raccolta fondi per la responsabilità collettiva.

In **Norvegia e Danimarca**, due indagini a livello nazionale hanno cercato di rispondere alle domande "Chi sono?" e "Dove sono le persone sole?" (2014, 2016). L'obiettivo era quello di definire l'efficacia degli strumenti di rilevazione per identificare più rapidamente i segmenti della popolazione più a rischio.

In **Olanda**, quattro ondate di dati, provenienti da diversi istituti di ricerca e studi longitudinali condotti a livello nazionale, hanno rivelato che gli anziani sono i più "colpiti" dalla solitudine, che spesso è associata a una significativa vulnerabilità all'insorgenza della demenza. I dati olandesi sull'invecchiamento e sull'effetto patogeno del vivere da soli sono in linea con i risultati della ricerca del Centro Studi Nazionale svedese.

4.2 Descrizione del „Isolamento sociale nella vecchiaia“

L'isolamento sociale può incidere significativamente sulla qualità della vita e, oltre a condizionare aspetti della vita di relazione, può compromettere le attività quotidiane e la soddisfazione dei principali bisogni. L'indagine "PASSI d'Argento" (periodo: 2016-2019) valuta sia la partecipazione a incontri di gruppo che il semplice scambiare due chiacchiere con altre persone: la persona che non ha svolto nessuna di queste attività in una normale settimana è considerata a rischio di isolamento sociale. Nel quadriennio 2016-2019 si stima che circa 2 over 65 su 10 vivano in una condizione di isolamento sociale; in particolare, il 20% della popolazione dichiara di non aver avuto, durante una normale settimana, alcun contatto, anche solo telefonico, con altre persone e il 70% non partecipa a incontri collettivi presso punti di ritrovo come il centro anziani, il circolo, la parrocchia o le sedi di partiti politici e associazioni.

La condizione di isolamento sociale è più frequente tra gli over 85, tra coloro che hanno un basso livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche. Non ci sono differenze significative per genere.

Le regioni dove questo problema è più forte si trovano nel Centro e nel Sud.

Regioni	Isolamento sociale	Impossibilità a parlare con qualcuno	Impossibilità a partecipare ad attività sociali
Abruzzo	29.0	30.2	78.2
Basilicata	19.2	25.0	62.4
Calabria	26.0	27.7	65.6
Campania	25.1	27.2	68.3

Emilia Romagna	12.3	13.0	76.8
Friuli Venezia Giulia	5.6	6.1	73.3
Lazio	21.7	23.0	74.5
Liguria	15.8	17.3	75.6
Lombardia	N.A.	N.A.	N.A.
Marche	23.3	25.8	73.8
Molise	17.3	19.1	61.1
Piemonte	9.3	10.2	63.7
Provincia di Bolzano	10.2	12.5	55.7
Provincia di Trento	16.7	20.2	65.9
Puglia	21.9	26.6	58.4
Sardegna	14.6	15.0	78.9
Sicilia	19.3	21.9	67.5
Toscana	13.7	14.4	66.8
Umbria	20.0	21.3	75.5
Valle d'Aosta			
Veneto	15.2	16.1	71.9
Italy	18.7	20.4	70.0

 peggio della media nazionale



- uguale alla media nazionale
- meglio della media nazionale

4.3 Sfide e Fattori di rischio per la "solitudine nella vecchiaia"

I principali fattori di rischio, che contribuiscono alla prevalenza della solitudine tra gli adulti anziani, sono:

- multi-morbidity: le statistiche mostrano che le malattie aumentano fortemente la solitudine;
- livello di istruzione: seguendo quanto scritto nei paragrafi precedenti, uno studio migliore riduce il rischio di isolamento;
- quando un anziano perde le relazioni familiari la sua rete sociale ne risente fortemente;
- incapacità di frequentare i centri di ricreazione per anziani (per ragioni fisiche o mentali);
- basso livello di trasporto, privato o pubblico (di nuovo, rischio di isolamento);
- basso livello di sicurezza personale (questo rischio è notevolmente aumentato durante il periodo Covid19);
- basso livello di accessibilità nelle aree pubbliche o private (per le persone anziane con disabilità);
- basso livello di alfabetizzazione digitale e accessibilità agli strumenti digitali;
- medicina territoriale assente o poco diffusa.

Le principali sfide per le case di riposo e l'assistenza a domicilio (servizi per badanti/infermieri) sono:

- come collegare i loro servizi alle esigenze locali;
- migliore dialogo e collaborazione fra aree specialistiche;
- per gli assistenti sociali: ampliare la gamma dei servizi (non solo a livello amministrativo, ma anche come "animatori sociali");
- una formazione più forte e migliore per operatori sociali, assistenti, infermieri, ecc.

Qui ci sono alcuni esempi e buone pratiche su questi temi:

La **Fondazione OIC (Padova, Regione Veneto)** è convinta che il fenomeno dell'invecchiamento di massa apra nuovi e interessanti scenari sociali. In questa prospettiva, la Fondazione ha creato il "Civitas Vitae", un laboratorio sociale intergenerazionale alle porte di Padova, a disposizione del territorio. Civitas Vitae rappresenta la prima vera infrastruttura di coesione sociale (ICS) in Italia,

pensata per proteggere le fasce più deboli. Una vera e propria città integrata di oltre 12 ettari, composta da elementi sinergici, resa viva dalle stesse persone che la abitano; con edifici per la pratica dello sport, luoghi di aggregazione socio-culturale e strutture socio-sanitarie. Nel welfare, la qualità delle relazioni, la forma, l'intensità e l'efficacia dei processi di integrazione dei cittadini nella società diventano oggi cruciali. Civitas vitae è la prima infrastruttura di coesione sociale in Italia che fa della longevità un asset fondante per realizzare progetti di vita per gli anziani. Una città integrata di oltre 12 ettari composta da elementi sinergici, resi vivi da catalizzatori di relazione progettati e realizzati in collaborazione tra pubblico e privato. Vi convivono strutture sanitarie e socio-sanitarie, attività di formazione e ricerca, abitazioni private e commercio con moderne tecnologie informatiche e un collegamento sotterraneo di 2,5 km.

Una residenza protetta per anziani è identificabile come una struttura di tipo residenziale con caratteristiche socio-sanitarie per meglio assistere gli anziani non autosufficienti. Quando si parla di assistenza a persone non autosufficienti, ci si riferisce a persone che sono affette da patologie di una certa importanza: nello specifico, ci si riferisce a malattie fisiche, mentali, degenerative per le quali non è idonea una cura a domicilio. Patologie di diversa importanza che richiedono un'assistenza professionale, sia temporanea che per lunghi periodi, con l'aiuto di personale sanitario adeguatamente formato.

In concreto, una residenza geriatrica per anziani è una struttura con determinate caratteristiche. Le caratteristiche, primarie, sono legate all'assistenza sanitaria, medica, riabilitativa, con un adeguato e soddisfacente grado di cura/albergo. Deve anche offrire un'adeguata vita comunitaria, attività ludiche o ricreative quotidiane. Questo è necessario per mantenere, e riattivare le capacità residue del paziente, oltre a quanto fatto dall'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa.

5 Aspetti Socio-politici e misure

Gli anziani sono più a rischio nell'epidemia di Covid-19. Lo confermano i dati dell'emergenza sanitaria: il virus ha colpito tutta la popolazione, ma sono stati gli anziani, in particolare gli ultraottantenni, quelli che hanno pagato il prezzo più caro. Il numero di contagi rilevati fino alla data del 31 maggio 2020 in Veneto è stato di 19.154 casi: il 41% sono persone con più di 64 anni e tra i ricoverati in ospedale l'età media è di 79 anni. Tra i deceduti l'età media sale a 81 anni, la quasi totalità dei deceduti ha più di 64 anni, nello specifico il 37% un'età compresa tra i 75 e gli 84 anni e il 42% sopra gli 85. La presenza di malattie pregresse nei pazienti è sicuramente un fattore di rischio importante.

Oltre 14 milioni di persone in Italia vivono con una patologia cronica e di queste 8,4 milioni hanno più di 65 anni. Sono loro, i pazienti doppiamente fragili per età e patologie pregresse, che, soprattutto in questa fase di riapertura e graduale ritorno alla normalità, dovranno essere ancora più attenti degli altri. Anche se colpisce tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più gravi sugli

anziani. Infatti, le conseguenze sugli anziani non si limitano all'altissimo tasso di mortalità (quasi il 90% dei morti per Covid-19 ha più di 70 anni).

Ma la pandemia ha evidenziato il concetto che sono soprattutto gli anziani fragili ad essere ad alto rischio di disabilità funzionali, cognitive e psico-sociali che rendono difficile il ritorno dell'anziano alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura del rapporto tra anziani e infezione da coronavirus.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità sull'epidemia di Covid-19 in Italia mostrano che le fasce di età più colpite dalla mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS.

La definizione di "anziano fragile" si riferisce ad una persona che, di fronte ad un evento stressante, come la pandemia di Covid-19 non è in grado di rispondere adeguatamente e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e peggioramento delle proprie condizioni generali. Lo studio della fragilità nell'anziano è quindi un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione sul sistema sanitario come queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e interventi sanitari non facili da gestire.

Le priorità sono spesso stabilite principalmente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basta considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano gli anziani della stessa età. Per questo motivo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbilità e dalla struttura funzionale, cognitiva e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento fondamentale per la prevenzione e la cura dell'anziano.

Se negli ospedali il numero di ricoveri di anziani è molto alto, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come hanno testimoniato diversi fatti di cronaca. Queste realtà appartengono ad un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia è possibile affermare che sono più di 300.000 gli anziani assistiti presso le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie attive in Italia. Gli anziani che si trovano all'interno di un centro anziani sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio.

5.1 Sfide particolari poste dal COVID-19

Un altro aspetto emerso riguardo alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine degli anziani, infatti, ha prima di tutto conseguenze pratiche, come la gestione degli affari domestici e la totale mancanza dei contatti abituali che

migliorano la vita dell'individuo. Va tenuto presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, che non sono praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità viene così ulteriormente accentuata. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle loro case potrebbero essere in qualche modo condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità.

Il numero di deceduti in cui il Covid19 è la causa diretta di morte varia a seconda dell'età, raggiungendo un massimo del 92% nella classe 60-69 anni e un minimo (1-2%) nelle persone sotto i 50 anni. L'età media dei pazienti deceduti positivi alla SARS-CoV-2 (dati ISS) è di circa 80 anni ed è superiore di 20 anni a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (Infografica ISS). A pesare il maggior numero di malattie, che si sovrappongono negli anni. Già dopo i 65 anni più della metà delle persone vive con una o più malattie croniche e questa quota aumenta con l'età fino a colpire i tre quarti degli ultra 85enni.

I pazienti cronici sono quelli più a rischio di sviluppare forme gravi di Covid-19. Le cause di morte più frequenti sono la cardiopatia ipertensiva (18% dei decessi), il diabete mellito (16%), la cardiopatia ischemica (13%), il cancro (12%). Con frequenze inferiori al 10% ci sono malattie croniche delle basse vie respiratorie, malattie cerebrovascolari, demenza o malattia di Alzheimer e obesità. Le complicazioni di Covid che portano alla morte sono principalmente la polmonite (79% dei casi) e l'insufficienza respiratoria (55%). Altre complicazioni meno frequenti sono lo shock (6%), la sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) e l'edema polmonare (6%), complicazioni cardiache (3%), sepsi e infezioni non specificate (3%).

Le persone con malattie croniche dovrebbero riprendere le cure il più presto possibile, se rimandate nella fase di emergenza della pandemia. Inoltre, dovrebbero, ora più che mai, tenere sotto controllo la malattia sottostante assumendo le terapie corrette e non interrompere di propria iniziativa i farmaci prescritti dal medico. L'uso crescente della telemedicina aiuterà a monitorare a distanza i parametri clinici dei pazienti, assisterli nelle malattie croniche e promuovere la prevenzione.

Tutti i pazienti che sono più vulnerabili perché anziani e cronici, inoltre, dovrebbero prestare più attenzione degli altri, dopo la chiusura, a ridurre il rischio di infezione, prendendo precauzioni, come evitare raggruppamenti e contatti troppo stretti con persone che non sono della stessa famiglia, utilizzando la maschera nei luoghi pubblici ed effettuando frequenti e corretti lavaggi delle mani. E questi comportamenti (necessari) portano ad aumentare il livello di isolamento, fisico e sociale, della persona anziana. In sintesi: aumentano la loro solitudin.

5.2 Misure adottate per gli anziani durante la pandemia

Prima di tutto, occorre riflettere su quello che sappiamo del virus. Innanzitutto, in Italia (ma più o meno la stessa cosa accade in tutto il mondo), l'82% dei morti per Covid19 aveva più di 70 anni e il 94% aveva più di 60 anni. È naturale che sia così: è ormai noto che la letalità plausibile del virus cresce esponenzialmente con l'età, uccidendo meno di 5 persone su 10.000 nella fascia 30-39 anni, ma più di 7 persone ogni 100 tra gli ultraottantenni. Ma cosa accadrebbe se un isolamento fosse decretato solo per le fasce d'età più a rischio? Che effetto avrebbe l'isolamento di ogni fetta di popolazione? Basterebbe isolare gli ultraottantenni per dimezzare o quasi la mortalità diretta del virus.

Se poi si riuscisse a isolare efficacemente gli ultrasessantenni, la mortalità scenderebbe allo 0,07%, circa dieci volte inferiore, equivalente a 43.000 persone. Si tratterebbe infatti di un numero di morti annuali inferiore all'eccesso di mortalità registrato tra marzo e maggio in Italia durante la prima ondata (circa 49.000 persone), nonostante il previsto contagio di 29 milioni di italiani (cioè il 70% degli italiani nella fascia di età 0-59 anni), che sarebbe circa dieci volte superiore ai 2,5-3 milioni di infezioni plausibili durante la prima ondata. L'isolamento degli anziani non risolve il problema del probabile sovraccarico delle strutture ospedaliere in caso di elevata circolazione virale nella popolazione. Tuttavia, è importante sapere che anche da questo lato l'isolamento selettivo allevierebbe notevolmente la pressione sul sistema sanitario nazionale.

In conclusione, l'isolamento selettivo da solo non sarebbe certamente una soluzione al problema della saturazione degli ospedali. Ma renderebbe ogni livello di contagio notevolmente più sostenibile, perché sia il numero massimo di persone che avrebbero bisogno di cure intensive sia la velocità di riempimento dei posti disponibili sarebbero molto più bassi.

Esiste anche una buona pratica locale (Vicenza), chiamata progetto "Vita Sicura". L'Anagrafe della Fragilità è uno strumento innovativo che permette ai servizi sociali comunali di monitorare la popolazione anziana e di intervenire, non solo per progetti specifici, ma anche in caso di problematiche di protezione civile, avendo il polso reale della situazione, cioè sapendo dove sono, come stanno e con chi sono gli anziani e le persone fragili della città. Si tratta di un work in progress che, in accordo con l'Aulss8 (distretto sanitario locale), si arricchirà di informazioni di carattere più strettamente sanitario, per avere un quadro completo e aggiornato del problema.

A questa mappa si aggiungerà presto un registro delle risorse che conterrà i riferimenti dei soggetti "sensori del territorio", cioè associazioni di volontariato, esercizi di vicinato o altre tipologie di realtà in grado di rilevare situazioni critiche e attivare i servizi necessari. Nell'ambito dei servizi integrativi promossi attraverso "Vita Sicura" per prevenire o ritardare l'ingresso degli anziani nelle case di riposo, sono stati attivati punti di risposta telefonica, monitoraggio telefonico delle situazioni di anziani fragili seguiti dai servizi sociali, interventi di aiuto in situazioni di emergenza climatica, una mappatura della rete delle risorse territoriali direttamente o

indirettamente rivolte alla popolazione anziana, la presa in carico delle richieste di prossimità e di volontariato, su segnalazione del servizio sociale comunale.

Infine, per quanto riguarda gli interventi socio-educativi, si sta lavorando alla ricerca e alla formazione di nuovi volontari, veri e propri "sensori del territorio", disponibili a svolgere servizi di sostegno alla domiciliarità.



B) Reti, Strumenti e Misure

6 Reti esistenti per prevenire la solitudine nella vecchiaia

L'invecchiamento della popolazione è una delle più profonde trasformazioni sociali ed economiche che interessano i paesi sviluppati e nel prossimo futuro interesserà anche i paesi in via di sviluppo. Alcune regioni, e il Veneto è tra queste, sono maggiormente interessate dai cambiamenti legati all'invecchiamento della popolazione. Le principali caratteristiche di questo processo sono - il progressivo aumento degli anziani (oltre gli 80 anni), - la progressiva femminilizzazione della popolazione anziana (oltre 2/3 dell'universo anziano è composto da donne), - i cambiamenti e la relativa fragilità delle strutture familiari (aumento delle famiglie monopersonali per circa 2/3 composte da persone con più di 60 anni, aumento significativo dell'instabilità delle unioni familiari, riduzione del tasso di matrimonio, aumento del celibato e della vita da chiochia nella fascia di età 30-49, diminuzione della convivenza tra più generazioni).

La conoscenza della condizione demografica e della sua evoluzione è un dato necessario per la lettura delle dinamiche sociali.

6.1 Iniziative, programmi e progetti

Il comune di Genova (Regione Liguria): "Interventi comunitari per l'invecchiamento attivo, la prevenzione e il sostegno alla fragilità degli anziani".

L'obiettivo è quello di potenziare l'efficacia degli interventi coordinando tutte le risorse (umane e finanziarie) in materia. di Invecchiamento attivo, prevenzione e sostegno contro l'insorgenza della fragilità, promossi e messi in campo da tutti i soggetti pubblici (Regione, Comuni, ASL, Distretti socio-sanitari) e del privato sociale (Fondazione, Associazioni, Cooperazione, Sindacati degli anziani) del territorio. Per l'invecchiamento attivo, cioè l'approccio culturale, sociale, istituzionale al cui centro c'è la persona che invecchia nel suo divenire sociale a cui offrire opportunità e sostegno per la costruzione del proprio progetto di vita, adeguato e aggiornato alle proprie condizioni fisiche e psicologiche, contrastando i rischi di esclusione, solitudine, marginalità sociale in cui questa società racchiude gli anziani, gli obiettivi sono:

- la promozione di un'idea di invecchiamento non come periodo residuale, ma come tempo della vita nella sua interezza; da qui il concetto di "larco di vita" da cui partire per reimpostare una nuova cultura della vecchiaia e una politica sociale integrata per azioni progettuali che permettano alle persone che invecchiano di riconoscere, abitare, vivere attivamente la vecchiaia

- la riflessione sul contesto sociale dal punto di vista del cambiamento, nei rapporti tra le generazioni e le culture, per riscrivere un patto di solidarietà che valorizzi tutte le età e le culture come riconoscimento reciproco verso una comunità territoriale aperta capace di prendersi cura del bene comune
- la promozione del diritto all'apprendimento per tutta la vita e per tutte le età, come valore per la propria crescita culturale e di conoscenza, che aiuta a sviluppare, mantenere le funzioni cognitive e vitali delle persone, soprattutto quelle più anziane;
- la promozione della creatività, dell'espressività, della manualità, degli interessi culturali, del tempo libero, del turismo sociale, offrendo occasioni-opportunità attraverso "laboratori", eventi, occasioni di
- socializzazione presenti sul territorio;
- la promozione della salute, degli stili di vita, delle attività motorie, dell'educazione alimentare, rafforzando e potenziando il concetto di prevenzione in antitesi a quello di medicalizzazione della vecchiaia e di una sua gestione assistenziale;
- la promozione di iniziative volte a garantire alle persone anziane di vivere il più a lungo possibile nella propria casa. abitazioni, mettendo in atto politiche di vita sicura e di sostegno alle persone in età avanzata che si trovano in una condizione di fragilità sociale o fisica.

Per il **sostegno della fragilità**, cioè il mantenimento al meglio dell'identità e dell'autostima delle persone anziane sole o in situazioni di difficoltà, dovute all'assenza del supporto familiare o alla sua incapacità di prendersi cura del parente anziano, in condizioni di sufficiente autonomia personale, gli obiettivi sono:

- il miglioramento del tenore di vita delle persone anziane che necessitano di affidarsi a soggetti terzi per la risoluzione di difficoltà, problemi, fragilità e disagi, pur rimanendo nella propria abitazione in maniera il più possibile autonoma. L'intento è quello di soddisfare le esigenze di prevenzione, sorveglianza e monitoraggio di queste persone nel territorio del Distretto socio-sanitario;
- contrastare il rischio di malattia, disagio e solitudine degli anziani, con l'obiettivo specifico di mantenere il più possibile l'anziano nel suo ambiente di vita, rispettando la sua capacità di autodeterminazione, attuando forme di sostegno a domicilio e creando le condizioni per una costante interazione sociale.
- Gli obiettivi di cui sopra possono essere raggiunti con questi impegni:
- rafforzare ed energizzare le capacità relazionali, fisiche e mentali della persona anziana;
- promuovere la permanenza nella propria casa
- contribuire all'uso efficiente delle risorse economiche pubbliche disponibili.

6.2 Buoni esempi per strategie di coping (reazione)

Un buon esempio è la comunità "Sant'Egidio". Si tratta di un movimento laico di ispirazione cristiana cattolica, dedicato alla preghiera e alla comunicazione del Vangelo, che si definisce come "associazione pubblica di laici della Chiesa". Fondato in Italia nel 1968, oggi è diffuso in più di 70 paesi in diversi continenti. Nella pandemia di Covid-19, gli anziani sono in pericolo in molti paesi europei come altrove. I numeri drammatici delle morti negli istituti fanno rabbrivire.

Molto dovrà essere rivisto nei sistemi sanitari pubblici e nelle buone pratiche necessarie per raggiungere e trattare efficacemente tutti, per superare l'istituzionalizzazione. Ci preoccupano le tristi storie di massacri di anziani negli istituti. L'idea che sia possibile sacrificare la loro vita a beneficio degli altri sta prendendo piede. Papa Francesco ne parla come di una "cultura dello scarto": si toglie agli anziani il diritto di essere considerati persone, ma solo un numero e in alcuni casi nemmeno quello. In molti paesi, di fronte al bisogno di assistenza, si sta affermando un pericoloso modello che favorisce la "sanità selettiva", che considera la vita degli anziani come residuale. La loro maggiore vulnerabilità, l'avanzare degli anni, le eventuali altre patologie di cui sono portatori, giustificherebbero una forma di "scelta" a favore dei più giovani e sani.

Una soluzione a quest'ultimo problema sono le case di riposo, come la Casa di riposo per anziani non autosufficienti Santa Chiara (Taranto, regione Puglia). La struttura è a tutti gli effetti una residenza protetta dove l'assistenza infermieristica è garantita 24 ore su 24, tutti i giorni. Lo scopo di strutture come questa è quello di migliorare la qualità della vita delle persone della terza e quarta età, che avviene attraverso una sana alimentazione, una pronta assistenza di base, medico-geriatrica, medico-specialistica, infermieristica, fisioterapia, animazione e ludoterapia, assistenza farmaceutica e parafarmaceutica e forniture di presidi sanitari e ausili per disabili.

6.3 Possibili partner di cooperazione per il progetto

- Al momento, questi sono i principali partner (stakeholder) che sosterranno le nostre attività, in termini di cooperazione:
- Fondazione OIC - "Opera Immacolata Concezione", Padova. Si tratta di un centro di assistenza agli anziani innovativo, con una storia di oltre 60 anni alle spalle, la Fondazione OIC ha sempre rappresentato un punto di riferimento per la cura delle persone fragili. Oggi la Fondazione OIC è una delle più significative realtà europee, sia in termini di capacità ricettiva e possibilità residenziali, sia in termini di occupazione e posti di lavoro: le sue residenze nelle province di Padova, Vicenza, Treviso, Gorizia e Mantova, ospitano più di 2.400 anziani, impiegando più di 1.700 dipendenti di oltre 29 nazionalità. Gestiscono anche una sorta di buona pratica, chiamata CIVITAS (piccola residenza per anziani).
- Comunità "Sant'Egidio" (Roma). La Comunità è un movimento laico di ispirazione cristiana cattolica, dedicato alla preghiera e alla comunicazione del Vangelo, che si definisce come

"associazione pubblica di laici della Chiesa". Nata in Italia nel 1968, è oggi diffusa in più di 70 paesi in diversi continenti e gestisce diversi progetti a livello nazionale e internazionale, incentrati anche su anziani, fragilità, isolamento e solitudine.

- "Centro Studi Cornaro" (Padova). E' un centro di ricerca, anch'esso focalizzato sulle condizioni degli anziani; è un'associazione apartitica, senza scopo di lucro e svolge attività di promozione culturale e di utilità sociale. Intende perseguire solo ricerche scientifiche di particolare interesse sociale svolte direttamente nel campo dell'invecchiamento e in particolare si propone di promuovere una nuova e positiva cultura dell'invecchiamento.
- IPAB di Vicenza, Verona e Malo. Le IPAB sono istituzioni pubbliche che gestiscono centri di assistenza per anziani (15 centri in totale, con diversi livelli di assistenza). Grazie ad alcuni progetti locali e regionali stanno anche implementando azioni pilota contro la solitudine e l'isolamento, in forte collaborazione con i partner locali (cioè comuni, associazioni e cooperative)).
- "Istituto "Rezzara" (Vicenza). Svolge ricerche e studi sociali ed economici, anche nel campo delle condizioni degli anziani. L'Istituto ha fondato, 30 anni fa, l'"Università della Terza Età" (oggi ci sono più di 5.000 studenti, la maggior parte dei quali ha più di 65/70 anni). L'Università è una scuola per adulti, senza domande né esami, un progetto di attività creative per stimolare la mente e far crescere la curiosità, un luogo per fare nuove amicizie e sviluppare il proprio interesse per la vita sociale.
- Centro di assistenza agli anziani a Isola Vicentina fondazione "Bressan" (Vicenza). Offre alcuni servizi innovativi per gli anziani. È considerata una delle migliori residenze per anziani, sia dal punto di vista della struttura fisica che dei servizi offerti, secondo gli utenti; è molto integrata con il territorio, 120 posti letto e con molti volontari attivi.
- Rete Auser. Auser è un'associazione/ONG, a livello nazionale, con sedi distaccate in ogni provincia italiana. Anche Auser è molto attenta alle persone anziane (e povere). L'associazione ha come obiettivo principale la diffusione sul territorio del concetto di "stato sociale" inteso come una rete di relazioni in cui si mettono a disposizione tempo e competenze per la crescita delle persone più deboli e svantaggiate della comunità. Auser si rivolge indistintamente a giovani e anziani, favorendo lo scambio intergenerazionale e promuovendo l'invecchiamento attivo. Solo a Vicenza, Auser conta attualmente 17 circoli e circa 2.700 soci nella provincia di Vicenza.
- SENIOR ITALIA/Veneto, centro "CIGLI" di Vicenza. Conta su un pool di circa 400 soci, ed è al servizio di un quartiere di oltre 5.000 persone potenzialmente interessate. Rappresenta una risorsa importante nella vita del territorio. Attività sociali e ricreative, ma anche molte iniziative dedicate alla formazione e all'informazione per anziani e non solo, compongono il fitto programma di iniziative. Significativa è la collaborazione di molti volontari che ogni giorno assistono l'associazione.

- ANAP Vicenza. È stata costituita all'interno della Confederazione Generale dell'Artigianato Italiano (Confartigianato; conta oggi circa 8.000 iscritti) come libera associazione di categoria, senza scopo di lucro si propone di rappresentare, tutelare e difendere gli anziani e i pensionati. L'obiettivo principale dell'Anap è quello di assicurare a tutti i pensionati anziani, senza limitazione di sesso, età, etnia e condizione sociale, lo sviluppo della loro personalità attraverso la giusta soddisfazione, sia individuale che collettiva, dei bisogni morali, intellettuali e materiali sia a livello nazionale che internazionale; i valori di giustizia e solidarietà ispirano l'azione dell'Anap.
- Associazione "Pro Senectute", Vicenza. "Pro Senectute" ha lo scopo di promuovere, stimolare e organizzare la formazione di gruppi di volontari che operano a favore degli anziani. Negli ultimi anni l'associazione si è dedicata a promuovere una serie di attività per mantenere e potenziare la memoria attraverso particolari tecniche di stimolazione. Il progetto intende realizzare interventi per migliorare le condizioni psicofisiche delle persone coinvolte.
- CSV - Centro Servizi di Volontariato, Vicenza. Uno dei principali obiettivi dei Centri è quello di diffondere la cultura della solidarietà sia sostenendo le iniziative proposte dalle associazioni sia promuovendone di nuove. I CSV ritengono inoltre fondamentale favorire la qualificazione dei volontari e per questo ogni anno, oltre a promuovere corsi e attività formative organizzate dalle singole associazioni, progettano un piano di formazione più generale a cui possono accedere tutti i volontari interessati. Accrescere le competenze delle organizzazioni e dei loro membri è infatti fondamentale per rendere più incisiva ed efficace l'azione dei volontari sul territorio.

7 Identificazione della “solitudine” – misure & strumenti

Nel tempo l'aspettativa di vita si è continuamente allungata, nell'epoca odierna una persona può essere definita "vecchia" quando supera i 75 anni; ma senza legarsi a confini numerici, ciò che realmente stabilisce lo status sociale tra essere e non essere vecchi non è qualcosa di quantificabile ma dipende piuttosto dal sentimento, dallo "stato d'animo" che si vive in un certo periodo della vita: c'è un punto fino al quale si sente il tempo che passa e si cerca di goderne, poi lo si sente finire.

Il rischio maggiore è la malattia della mente prima di quella del corpo: affrontare la solitudine in età avanzata può comportare l'assenza di stimoli, desideri e aspettative, per lasciarsi cadere inesorabilmente verso una condizione depressiva, in cui la mente si annulla e lo sguardo si perde sempre più verso un vuoto infinito, che colpisce non solo se stessi ma nella vita di tutta la famiglia.

La solitudine dell'anziano autosufficiente: la condizione della vecchiaia è più sociale che fisica: Perdita del ruolo sociale, emarginazione, solitudine, sono questi i fattori che pesano sulla vita dell'anziano ancora autosufficiente come e più di una malattia. In Inghilterra è stato addirittura istituito il Ministero della Solitudine per far fronte a questa emergenza.

Se consideriamo i dati ISTAT scopriamo che il 30% degli anziani che vivono da soli soffre di negazione di stimoli e mancanza di coinvolgimento sociale. Quello che possiamo fare come società è riuscire a interpretare il passare del tempo secondo un approccio positivo, quello della longevità.

L'epidemiologo Franco Berrino affronta la solitudine degli anziani con un approccio dettato dalla responsabilità individuale nel determinare il proprio stato di salute. Considera che attualmente il 90% degli over 75 assume almeno un farmaco per sopravvivere, ma in un'epoca in cui sono stati introdotti sostanziali miglioramenti nell'alimentazione, nella cura del corpo, nel lavoro, è giusto che ognuno di noi conduca uno stile di vita sano che ci permetta di ottimizzare le nostre risorse psico-fisiche e permetta all'ecosistema che ci circonda:

- Familiare, amichevole e territoriale, per godere della migliore espressione di noi fino alla fine, professando di morire anche senza malattia e rendendo i farmaci solo conoscenti e non i più vicini compagni di "avventure" per gli anziani.
- Le "buone intenzioni" dei Caregiver: guardarsi intorno, visitare il vicino anziano, aiutare i pazienti se devono cambiare la lampadina o andare a fare la spesa, spiegare come funzionano le videochiamate su Whatsapp.
- Piccoli gesti di vicinanza possono rompere l'isolamento del quotidiano e rendere la vita migliore e più sicura. imparare ad ascoltare. Vicino a te ci sono molti anziani che hanno vissuto una vita degna dei migliori bestseller, se hai pazienza e spirito di narrazione, cimentati nella scrittura e diventa l'autore di storie di vita degli anziani.
- Riattivare i legami, valorizzare e tramandare la memoria storica del luogo è un buon modo per creare ponti tra le generazioni e trarre ispirazione per vivere meglio.
- Promuovere attività ricreative, dare corsi per attività sportive o altri passatempi per anziani soli: pittura, disegno, gite di gruppo con la parrocchia o con qualche amico, iscrivere il vostro familiare anziano a circoli ricreativi, associazioni o università della terza età. Non fargli mai sentire che il tempo si è fermato per loro, fagli capire che il ritmo è solo cambiato.
- Portatelo fuori e dategli delle ore in compagnia per fare le attività quotidiane, per accompagnarlo in giro, dal medico o al supermercato.

7.1 Bisogni dei settori sanità ed assistenza per prevenire la "solitudine in vecchiaia"

L'emergenza sanitaria (Covid19) ha travolto come un uragano le case di cura, che inizialmente si sono trovate in balia della situazione, senza uomini e mezzi. Gli operatori (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) ne sono usciti distrutti, sia nel corpo che nell'anima: interventi di rielaborazione individuale e collettiva saranno fondamentali per evitare che il trauma lasci segni evidenti e duraturi. Anche gli anziani hanno vissuto con impotenza tutto quello che stava accadendo, immersi in una grande solitudine e con l'angoscia della morte sulle spalle. La fase acuta dell'emergenza è passata... è il momento della resilienza.

Le case di cura sono servizi utilizzati per la cura di adulti anziani vulnerabili e fragili. Sono servizi necessari che soddisfano il crescente bisogno di cura degli anziani in luoghi specializzati.

Nonostante la legittima spinta a sviluppare altre forme di assistenza per questo segmento della popolazione, come l'assistenza domiciliare, le piccole comunità, gli alloggi/cohousing, ecc., la domanda di strutture residenziali è in aumento, anche a causa dell'allungamento dell'età e dell'aumento del numero di anziani con situazioni di salute croniche e complesse, che richiedono assistenza in strutture protette, talvolta temporaneamente, ma soprattutto in modo permanente. In questo senso, le case di riposo sono risorse per i territori e, come tali, diventano luoghi emblematici dove si evidenziano le tensioni delle trasformazioni della società e del welfare italiano rispetto alle politiche sull'invecchiamento e sulla tutela dei cittadini. La vita degli anziani in casa di riposo durante questa emergenza è drasticamente cambiata; hanno sperimentato il disorientamento, la paura, l'angoscia della morte materializzata dal vedere i loro compagni di vita ammalarsi e morire. Hanno sentito ancora di più la mancanza dei loro affetti, della loro casa. Le loro giornate sono diventate lunghe e vuote, scandite dalla frettolosa presenza degli operatori protetti da maschere e visiere, in attesa della loro disponibilità per quel collegamento con casa.

- I familiari hanno vissuto emozioni simili: un forte senso di impotenza, verso la situazione in generale, verso i cari lontani e, nel caso delle persone Covid19 positive, l'impossibilità di essere loro di aiuto e sostegno, insieme alla paura dell'evoluzione della malattia.
- Momenti drammatici che hanno destabilizzato e reso ancora più consapevole della caducità della vita. La chiusura forzata in alcuni ha acuito un forte senso di ansia. Nei parenti c'era anche il timore che l'assenza di visite fosse percepita come un abbandono, soprattutto in chi aveva la demenza senile e non aveva la capacità di capire cosa stesse succedendo in generale. Tutto questo, in alcuni, suscitava forti sensi di colpa.
- Alcuni hanno espresso il timore di non essere più riconosciuti alla ripresa delle visite; alcuni hanno anche riferito la mancanza di contatto fisico e le limitazioni della videochiamata con anziani con grave deterioramento cognitivo, mentre altri erano grati per l'opportunità delle videochiamate.
- Qui ci sono alcune routine e competenze che gli operatori sanitari/caregiver devono monitorare per prevenire la solitudine:
 - cercare di fare attività fisica, almeno una volta alla settimana;
 - "allenare il cervello", con metodi anche scientifici;
 - cercare di camminare, negli spazi pubblici
 - usare la musica come terapia;
 - respirare correttamente.

7.2 Metodi e strumenti per identificare e misurare la solitudine

Perdita del ruolo sociale, emarginazione, solitudine: sono questi i fattori che pesano sulla vita degli anziani ancora autosufficienti quanto e più di una malattia. In Inghilterra, per far fronte a questa emergenza, è stato addirittura istituito un Ministero della Solitudine.

Se consideriamo i dati ISTAT, scopriamo che il 30% degli anziani che vivono soli soffre di negazione di stimoli e mancanza di coinvolgimento sociale. Quello che possiamo fare come società è riuscire a interpretare il passare del tempo secondo un approccio positivo, quello della longevità. Va considerato che attualmente il 90% degli over75 assume almeno un farmaco per sopravvivere; ma in un'epoca in cui sono stati introdotti sostanziali miglioramenti nell'alimentazione, nella cura del corpo, nel lavoro, spetta ad ognuno di noi condurre uno stile di vita sano che ci permetta di ottimizzare le nostre risorse psico-fisiche e permettere all'ecosistema che ci circonda: famiglia, amici e territorio, di godere della migliore espressione di noi fino alla fine, professando di poter morire anche senza malattia e rendendo i farmaci solo conoscenti e non i più vicini compagni di "avventure" per gli anziani.

A parte le soluzioni istituzionali o gli approcci mentali, ecco una serie di consigli e iniziative da promuovere su come aiutare un anziano depresso, rompere l'isolamento del quotidiano e rendere la vita ancora "vissuta".

- Qui ci sono alcuni "consigli" per il Caregiver:
- guardarsi intorno, visitare il vicino anziano, aiutarlo se ha bisogno di cambiare la lampadina o andare a fare la spesa, spiegargli come funzionano le videochiamate su Whatsapp. Piccoli gesti di vicinanza possono rompere l'isolamento del quotidiano e rendere la vita migliore e più sicura;
- imparare ad ascoltare. Vicino a te ci sono molti anziani che hanno vissuto una vita degna dei migliori best-seller, se hai pazienza e spirito di narrazione cimentati nella scrittura e diventa l'autore di storie della vita degli anziani. Riattivare i legami, valorizzare e tramandare la memoria storica del luogo è un buon modo per costruire ponti tra le generazioni e ottenere idee per vivere meglio;
- promuovere attività ricreative, dare corsi di sport o altri passatempi per anziani soli: pittura, disegno, uscite di gruppo con la parrocchia o con qualche amico, iscrivere il familiare anziano a circoli ricreativi, associazioni o Università della terza età. Non fargli mai sentire che il tempo si è fermato per lui, fagli capire che il ritmo è solo cambiato;
- portarlo fuori e fargli passare delle ore in compagnia per svolgere le attività quotidiane, accompagnarlo in giro, dal medico o al supermercato. Richiedi un preventivo.

Come aiutare gli anziani depressi?

Ecco alcuni consigli per gli over 70. Per gli anziani soli, senza figli o senza compagni di vita, l'importante è reinventarsi, interpretare il tempo seguendo il motto "sono vivo per poter vivere" e

riuscire ad affrontare i cambiamenti sentendosi sempre un membro attivo della società. Ecco delle semplici pratiche da attuare:

- uscire, non impigrirsi. Stare fermi non vi aiuterà, servirà solo a far passare il tempo più lentamente e peggio di quanto potreste. investite le vostre giornate all'aperto, in compagnia degli amici di sempre o aiutando gli altri nelle associazioni;
- torna a studiare all'Università della Terza Età, ti farai molti amici e manterrai la tua mente attiva e pronta a imparare;
- usa il telefono, non aspettare che gli altri ti chiamino e fissa appuntamenti: invita gli amici a vedere un film a casa tua, a mangiare insieme o a giocare una partita a scacchi;
- fai amicizia con i tuoi vicini, con le persone del tuo quartiere
- imparate a usare le nuove tecnologie, i computer e i nuovi telefoni cellulari.

Non sentirti troppo vecchio per imparare un nuovo modo di comunicare.

I progressi in campo neuro-scientifico stanno dando un input decisivo affinché la psicologia, la psicoterapia e la stessa psichiatria smettano di essere confinate al ruolo di pratiche empiriche, più o meno stregonesche, per entrare a pieno titolo nel mondo della scienza.

Attualmente la psicoterapia sta riscuotendo un notevole interesse anche in ambienti tradizionalmente biologici, come dimostrano i numerosi studi pubblicati su riviste un tempo inaccessibili. Questo è possibile perché negli ultimi anni sono state sviluppate misure "oggettive" (come le tecniche di neuroimaging, ma non solo) per mappare e valutare quei cambiamenti "soggettivi" che avvengono durante il trattamento.

7.3 Metodi e Strumenti per prevenire la solitudine

Un buon metodo e strumento sono i centri aggregativi per anziani. Anche in Italia è sempre più diffuso il problema e il dramma della solitudine degli anziani, che si accentua in estate e durante le vacanze. È una situazione che può portare anche alla depressione, oltre a minare il sistema immunitario degli anziani. Eppure, gli anziani sono un aiuto e una figura davvero insostituibile nella famiglia, la sostengono, si prendono cura dei nipoti e offrono amore e affetto incondizionato, ma soprattutto mettono a disposizione il loro tanto tempo libero. Non solo: la loro compagnia è davvero preziosa e gli anziani, quando non vengono lasciati soli, sono una fonte di ricordi, esperienze, aneddoti e lezioni di vita.

La solitudine è uno dei rischi maggiori delle persone anziane, che perdono il partner dopo una vita passata insieme e hanno anche bisogno di maggiore assistenza per svolgere le comuni attività quotidiane, vista l'improvvisa mancanza di autonomia. Molto spesso, inoltre, alla condizione di solitudine si aggiunge la vergogna di vivere questo sentimento e di comunicarlo a figli, amici e parenti.

Ricordiamo, inoltre, che parlare di solitudine è diverso dal vivere da soli, poiché molti anziani scelgono di mantenere la propria indipendenza e possono contare su una fitta rete di amicizie. Come detto, la solitudine per gli anziani porta a conseguenze non solo psicologiche ma anche fisiche e per questo è una condizione da evitare e da cui ogni anziano deve essere protetto.

Noi vediamo **4 modi** per uscire dalla solitudine.

1) Non aver paura di parlare con qualcuno

Nella società di oggi è sempre più difficile ammettere e raccontare sentimenti e sensazioni, soprattutto quando si è più fragili. Eppure per combattere la solitudine degli anziani basterebbe una telefonata a una persona cara o sentire una voce amica, poiché questa semplice azione solleva l'umore e lo spirito. Il consiglio è, quindi, di invitare i genitori anziani a mantenere la rete di amici o chiamarli un paio di volte al giorno per sentire come stanno.

2) Cercare persone con gli stessi interessi

Un buon consiglio a chi soffre di solitudine è quello di cercare persone e gruppi che condividano interessi simili a quelli degli anziani. Sempre più diffuse sono, infatti, associazioni e gruppi che si riuniscono per praticare un hobby condiviso, come la lettura, lo sport o l'arte.

Se, poi, l'anziano è ancora autonomo e in buona salute può fare del volontariato, un'altra importante occasione per stare tra persone.

3) Curare animali e piante

Un animale, ma anche una pianta, aiutano a combattere il senso di isolamento e ad affrontare la giornata con più energia. Se, quindi, l'anziano è ancora attivo un bel regalo di compleanno potrebbe essere un amico a quattro zampe o dei fiori con cui decorare il balcone o il giardino.

4) Fare amicizia con il vicinato

Tutti abbiamo un vicino con cui parliamo abitualmente, specialmente le persone anziane che vivono nella stessa casa da anni. Fare amicizia con i vicini e costruire relazioni forti permette all'anziano di sentirsi più a suo agio in caso di bisogno, ma anche di avere compagnia per bere un caffè o chiacchierare.

Quali Apps e altri strumenti digitali sono utili?

Uno strumento innovativo potrebbe essere un dispositivo (da utilizzare attraverso il tablet e/o lo smart phone; con funzionalità e grado di utilizzo molto semplici) che favorisca la comunicazione attiva e passiva tra utenti anziani (e loro familiari, strutture di assistenza e centri anziani) e territorio. Verrà predisposto una sorta di "menù multifunzione" del grado di dialogo tra l'anziano con: parente, care giver, centro anziani, servizi territoriali (formalizzati o meno), banca, pronto soccorso (telesoccorso, reparto, ospedale, ecc.), canali di comunicazione (es. radio e tv).

7.4 Strumenti digitale come un'opportunità

Per i dati scientifici e statistici si veda il paragrafo precedente (in particolare 3.1).

In generale, anche a causa dell'emergenza Covid19 (che ha fortemente ridotto i contatti fisici e aumentato, in generale, l'isolamento e la solitudine) gli anziani hanno iniziato ad usare, in modo basilare, smartphone e tablet (ad esempio solo per rimanere in contatto con i parenti e/o caregiver).

Alfabetizzazione informatica: come incoraggiare l'uso della tecnologia. Ognuno di noi oggi usa le nuove tecnologie e possiamo dire che siamo in una nuova società digitale. Questi sistemi digitali hanno un grande potere economico e sociale, sono in grado di contrastare le disuguaglianze ma anche di migliorare e garantire la conoscenza. Per sostenere gli anziani, le persone fragili e i disabili è stata introdotta l'alfabetizzazione digitale con l'obiettivo di sviluppare competenze digitali e tecnologiche. Gli anziani rischiano di essere esclusi dalla società digitale. Molte, però, sono le società che permettono l'alfabetizzazione digitale degli anziani. Tra le metodologie più apprezzate c'è l'e-learning e il modello di apprendimento intergenerazionale. Introdurre le persone più avanti negli anni a veri e propri corsi di apprendimento e formazione potrebbe essere una valida soluzione per chi vuole incoraggiare un genitore o un parente anziano che mostra poca dimestichezza con le nuove tecnologie. Se però l'anziano è a disagio all'idea di tornare a "scuola", ci sono molte altre strade da provare.

Secondo alcuni psicologi, un approccio cognitivo da considerare potrebbe essere quello che agisce sugli interessi della persona: la psicologia insegna che impariamo meglio le cose che ci interessano ed è per questo che la televisione - un mezzo di comunicazione ben noto alle generazioni di immigrati digitali - potrebbe essere un ottimo canale a cui attingere.

Un altro modo per avvicinare gli anziani ai nuovi modi di comunicare nel mondo, potrebbe essere quello di affidarsi ai mezzi che sono loro più congeniali: libri, riviste e giornali sull'argomento sono da considerare preziosi.

Anche l'Europa prende molto sul serio la necessità di aumentare l'alfabetizzazione degli anziani. Si stima infatti che, sul territorio europeo, una persona su 5 abbia più di 60 anni e che nei prossimi trent'anni gli anziani aumenteranno del 70%. Proprio per questo, si fa sempre più insistente l'urgenza di rendere i nostri nonni o genitori più connessi allo sviluppo tecnologico del mondo. Il fatto che l'alfabetizzazione digitale degli anziani sia un tema caldo e caro alle istituzioni ci è di aiuto perché ci permette di attingere a laboratori, corsi e Internet corner creati appositamente nei centri di accoglienza.

Ognuna di queste cose rappresenta un'enorme opportunità di formazione per gli anziani, che potranno così trovare più facilmente il supporto necessario per imparare.

Un progetto nazionale si chiama "Nonni in rete". Tutti i giovani alla posta"; ed è il progetto di alfabetizzazione digitale della terza età promosso da Poste Italiane. L'obiettivo del progetto è quello di far acquisire agli anziani competenze digitali e formarli all'uso di strumenti informatici e tecnologici che possono essere utili oggi. L'iniziativa tende a sviluppare il concetto di vita attiva della generazione della terza età nell'ottica di favorire un'economia sempre più digitale, aumentando le conoscenze e permettendo un'interazione con i propri cari che non si fermi all'uso del telefono, per molti anziani l'unico mezzo di comunicazione. I corsi, basati su un modello intergenerazionale, si svolgono nelle aule informatiche di 30 scuole in tutti i capoluoghi di regione e nelle seguenti città: Reggio Calabria, Caserta, Mantova, Catania, Pisa, Asti e Treviso.

Il programma prevede 15 lezioni di due ore ciascuna rivolte ai cittadini con più di 65 anni che saranno tenute da un insegnante affiancato da studenti, uno per ogni studente, che fornirà agli anziani le competenze necessarie per utilizzare le nuove tecnologie. Le lezioni tratteranno gli aspetti fondamentali di introduzione all'uso del personal computer, la conoscenza dei programmi e delle opportunità offerte da Internet, con particolare attenzione ai servizi per i cittadini direttamente accessibili dal web: accesso alle informazioni, servizi sanitari, accesso all'e-government, pagamenti elettronici, acquisti sul web (e-commerce). Fornire una formazione sui temi della salute digitale, a partire dalle scuole di medicina e di farmacia. Il coinvolgimento delle società scientifiche e professionali potrebbe aiutare questo processo. La formazione dovrebbe coinvolgere anche il cittadino e il paziente.

L'emergenza Covid-19 ha sensibilizzato cittadini, operatori sanitari e gestori di strutture sanitarie sul necessario contributo della medicina territoriale che si collega al sistema sanitario digitale nel processo di prevenzione, cura e assistenza.

Il boom di interesse per la Telemedicina durante il blocco ha portato a un aumento delle sperimentazioni: il 37% delle strutture sanitarie sta sperimentando il Tele-monitoraggio (27% nel 2019) e il 35% il Tele-visiting (15% nel 2019). L'aumento dell'interesse per l'e-health riguarda soprattutto i medici: per il 57% dei medici specialisti e il 50% dei medici di medicina generale

(Mmg) ci sarà un forte impatto sul sistema sanitario nei prossimi cinque anni per quanto riguarda le terapie digitali. L'obiettivo a medio-lungo termine deve essere quello di superare il concetto di "ospedale o centro anziani come luogo fisico", per sostituirlo come un insieme di servizi e attività che, grazie alla tecnologia, raggiungono il paziente nel suo quotidiano, a casa sua, limitando la necessità di spostamenti, magari logisticamente difficili, aumentando l'efficienza e riducendo i costi di gestione della spesa sanitaria.

Anche le farmacie devono svolgere il loro ruolo. Il Fascicolo Sanitario Elettronico è la prima manifestazione della cultura digitale in Italia, nel campo della salute, con la quale si progetta un'architettura al completo servizio dell'interazione tra professionisti della salute e a vantaggio di un migliore rapporto medico-assistito.



C) Imparare sulla "solitudine"

8 Formazione, ulteriore addestramento ed aumento della sensibilizzazione

Nel caso della sanità digitale, l'innovazione è più che la semplice sostituzione del sistema analogico cartaceo con un sistema digitale; è anche una grande opportunità per migliorare i processi sanitari e quindi rendere l'intero sistema sanitario più efficace ed efficiente. Per quanto riguarda le evoluzioni tecnologiche, anche in campo sanitario l'ultimo decennio sta vivendo uno sviluppo innovativo mai visto negli anni precedenti. Abbiamo fatto riferimento, da tempo, ad aree che avranno un forte impatto anche sul modo di fare Sanità, anche se non sono specifiche della sola Sanità.

Si va dalle applicazioni Mobile con migliaia di App sviluppate per la salute e il benessere alla Business Intelligence, Business Analytics e Big Data per un efficiente controllo di gestione delle strutture sanitarie e una precisa analisi epidemiologica, dall'area del Cognitive Computing e il suo utilizzo ad esempio nel campo della genomica, alla robotica applicata nel campo della chirurgia come per il pluripremiato "sistema Da Vinci" o nella distribuzione dei farmaci - ma non solo - dall'Internet of Things che darà una spinta sostanziale alla Telemedicina, all'Advanced Visualization, tra cui realtà aumentata e simulatori molto utili nella formazione del personale sanitario ma non solo, al 3D Printing, una tecnologia che permette la stampa in tre dimensioni di oggetti o prototipi in diversi materiali mantenendo un'eleva.

8.1 Risultati geriatrici sul fenomeno della solitudine

Una vita quotidiana di "qualità" è il risultato di una complessa alchimia di condizioni ed esperienze oggettive e percezioni e sentimenti soggettivi. La solidità, l'intensità e la positività delle relazioni familiari, amicali e parentali, l'armonia dell'organizzazione del proprio tempo e la soddisfazione per la propria vita sono dimensioni che si intersecano nel determinare il benessere delle persone.

Per gli anziani, in particolare, la forza e la qualità delle reti relazionali, la partecipazione a gruppi politici, associazioni sociali e ricreative, la condivisione spirituale, favoriscono l'interazione sociale, contribuiscono all'emergere di sentimenti di appartenenza e riconoscimento, contribuiscono all'equilibrio identitario e affettivo della loro vita quotidiana, proteggono da meccanismi e comportamenti psicologici che possono portare alla perdita del senso di benessere.

8.2 Innovazioni nei programmi di formazione e di addestramento per prevenire la solitudine

Questi sono studi interessanti, programmi di formazione e strumenti, a livello nazionale, che potrebbero prevenire la solitudine degli anziani:

1) Torino, “supportare I centri per gli anziani” progetto

- Promuovere l'informazione e la conoscenza degli stili di vita o delle buone abitudini per mantenere la propria condizione
- Buone abitudini per mantenere le proprie condizioni di benessere durante tutto il ciclo di vita;
- Attuare programmi e campagne di educazione sanitaria contro le più importanti malattie di grande rilevanza sociale che influenzano il processo di invecchiamento;
- Le negatività influenzano il processo di invecchiamento (obesità, cardio-circolatorie e osteo-articolari, fumo e dipendenze varie);
- Stimolare lo sviluppo delle attività motorie;
- Monitorare le condizioni di salute e il benessere della popolazione;
- Adottare stili di vita più sani.

2) Milano, progetto “Terz@età”

L'Associazione La Comune il primo settembre darà il via al progetto Terz@età, con il sostegno della Fondazione di Comunità Milano onlus. Si tratta di un progetto che mira a prevenire la solitudine e il decadimento fisico di 120 anziani fragili residenti in 4 Nuclei Identitari Locali dei Municipi 6 e 7 di Milano: Baggio, Forze Armate, San Siro, Quarto Cagnino.

L'emergenza Covid ha evidenziato con forza come la sedentarietà, la solitudine e l'isolamento possano produrre gravi conseguenze negative sulla salute e sul benessere degli anziani. Questo progetto prevede di dare supporto agli anziani per insegnare loro ad utilizzare alcuni strumenti tecnologici che serviranno proprio a prevenire la sedentarietà e l'isolamento.

3) Torino, “Essere anziani a Mirafiori sud” progetto

Il documento 2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità pone al centro dell'area prioritaria 1 (Investire nella salute lungo tutto il corso della vita e dare potere alle persone) attività volte a promuovere un invecchiamento attivo e sano che contribuisca allo sviluppo della società nel suo complesso. Se le persone sono messe in condizione di vivere in buona salute durante la vecchiaia,

lo stato di morbilità sarà compreso a pochi mesi prima della morte. Dal punto di vista della salute si tratta di fare uno sforzo per ridurre il peso della disabilità che le malattie croniche non trasmissibili (NCD) hanno attualmente, e avranno ancora di più in futuro.

In quest'ottica risulta interessante il progetto "Essere anziani a Mirafiori sud", promosso dalla Fondazione di Comunità Mirafiori sud in collaborazione con la Circostrizione 10 del Comune di Torino e gestito dall'Associazione di Promozione Sociale CentroX100 (vedi scheda di presentazione nel database ProSa). L'iniziativa intende contribuire a promuovere l'invecchiamento attivo degli anziani che vivono a Mirafiori Sud, un grande quartiere alla periferia di Torino che si è sviluppato per accogliere gli operai immigrati richiamati dalla FIAT dalla fine degli anni '50 e che ha mantenuto una composizione omogenea perché negli anni non ha subito un ricambio di popolazione. Oggi i suoi abitanti, che si sono insediati qui da giovani, stanno progressivamente e rapidamente invecchiando con un'offerta di servizi e opportunità più scarsa rispetto a quella delle zone più centrali della città. Il progetto biennale si rivolge a persone di 65 anni o più che risiedono in una particolare sottozona di un quartiere della città. Questa scelta permette di concentrarsi su una dimensione di quartiere fondamentale per il miglioramento della qualità della vita degli anziani, per i quali la possibilità di movimento, per vari motivi, è spesso ridotta.

4) Modena, "Due Lune" progetto

Il partenariato del progetto "Two Moons" ha prodotto e diffuso due pubblicazioni con lo scopo di aumentare la conoscenza degli anziani dei loro diritti. Possono anche essere usati dagli operatori per aumentare la consapevolezza dei diritti umani degli anziani tra gli utenti, gli studenti e la società nel suo complesso. Il primo prodotto è la sceneggiatura di un documentario teatrale intitolato: "Le nostre storie: Diritti Umani e Anziani in Europa". Il documentario teatrale è una forma di teatro che usa materiali preesistenti (come giornali, rapporti istituzionali, interviste) come fonti per le storie da mettere in scena e basate su persone o eventi reali. La sceneggiatura del documentario "Two Moons" mette in scena storie di anziani in momenti in cui i loro diritti sono stati violati. Le storie sono state raccolte e messe insieme dai partner del progetto, attraverso interviste con persone anziane in Irlanda, Italia, Romania e Finlandia, creando così la sceneggiatura dello spettacolo.

Il secondo prodotto è la "Two Moons Guide per l'organizzazione dello spettacolo e del dibattito".

5) Torino, "Centro di assistenza familiar di Zappalà Giuseppina" progetto

Sempre più anziani decidono di riprendere gli studi, alcuni decidono di seguire semplici corsi per imparare cose nuove e alcuni addirittura decidono di iscriversi all'università della terza età per ottenere una laurea (per alcuni non è la prima ma la seconda o la terza laurea). Questa decisione a

volte deriva dal fatto che le persone anziane hanno una cosa molto molto positiva dalla loro parte: più tempo libero rispetto alle persone che lavorano per 8/10 ore al giorno.

Alcune persone vivono questa quantità di tempo libero come una cosa negativa e hanno bisogno di compagnia e assistenza, mentre altri la vedono come un'opportunità. Più tardi nella vita si ha una grande possibilità di fare qualcosa che la scarsità di tempo durante la vita lavorativa non ha permesso di fare. Possiamo intraprendere corsi o studi, semplici o molto strutturati, seguendo le nostre inclinazioni.

Anche il Centro Assistenza Familiare di Zappalà Giuseppina partecipa a questa evoluzione dando un contributo alla formazione degli anziani nel campo delle nuove tecnologie. Come? Abbiamo studiato e strutturato 10 lezioni sull'uso dei dispositivi mobili partendo dalle basi, non dando per scontato nemmeno le cose più semplici.

6) Verbano, "Cura è di Casa" ("Care is of the Home") project

Il progetto "La cura è di casa", finanziato dal "Welfare in azione" di Fondazione Cariplo, mira a combattere la solitudine e l'isolamento degli anziani vulnerabili del VCO, contrastando il declino psico-fisico e intercettando precocemente gli eventi acuti. L'indice di vecchiaia nel Verbano Cusio Ossola supera ampiamente la media nazionale e le trasformazioni economiche, sociali e demografiche degli ultimi anni hanno portato ad un indebolimento dei legami sociali. Gli anziani sono stati tra coloro che ne hanno maggiormente risentito, con un peggioramento della qualità della vita che acuisce la percezione di isolamento, soprattutto per i residenti in zone periferiche o montane. Purtroppo le risorse sottodimensionate dei servizi socio-sanitari fanno sì che i problemi possano essere gestiti solo parzialmente; spesso si possono affrontare solo situazioni di emergenza e gli interventi non sono sempre coordinati. Questi elementi hanno imposto un ripensamento dei servizi tradizionali, concentrandosi sui bisogni dell'anziano ancora autosufficiente, ma che necessita di monitoraggio, relazione e servizi di supporto leggero.

La "Cura è di Casa", giunta a metà del suo secondo anno di attuazione, cerca di ricondurre in un quadro unitario il problema della fragilità della popolazione anziana per contrastare situazioni di solitudine e isolamento e sostenere le famiglie attraverso la realizzazione di attività di monitoraggio, per intercettare precocemente gli eventi acuti e per contrastare il declino psico-fisico dei soggetti.

Tale obiettivo è da raggiungere attraverso la valorizzazione e la messa in rete delle risorse convenzionali e non, secondo una logica di sussidiarietà e integrazione e attraverso lo sviluppo di una cultura del welfare comunitario. Il progetto vuole aiutare gli anziani ad invecchiare bene a casa propria, migliorando la loro qualità di vita e offrendo supporto alle famiglie e alla comunità. L'obiettivo è quello di incoraggiare gli anziani vulnerabili a rimanere nelle loro case, tra i loro ricordi e le loro abitudini, sostenendo anche le famiglie nella gestione quotidiana della persona. Il

tutto con l'occhio vigile e attento di operatori e volontari, in un'ottica di prevenzione e con il supporto delle tecnologie comunitarie.

7) Regione Marche , “Welfare delle Marche” progetto

Il sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo - Prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza. Questo è il titolo del "piano di lavoro" che il Servizio Politiche Sociali ha elaborato insieme al Servizio Sanità e che costituisce il percorso in atto da alcuni anni nell'ambito specifico di questa fascia di età così importante per la nostra regione. Il processo di invecchiamento della popolazione, che interessa le Marche all'interno di un più ampio riequilibrio delle fasce di età tipico di tutti i paesi ad economia avanzata, impone un deciso ripensamento delle dinamiche di welfare. Al mutare dei pesi nella piramide demografica, si ridisegnano le priorità e le qualità specifiche della domanda di protezione sociale e di assistenza. Allo stesso tempo, cresce la quota di popolazione che non partecipa direttamente alla produzione di reddito e, quindi, alla generazione di risorse fiscali per il sostegno delle politiche di solidarietà e di welfare.

Il rinnovamento a cui il Welfare marchigiano deve tendere per garantire ai suoi cittadini la più alta qualità di vita nella terza età può essere ricondotto ai seguenti obiettivi:

- 1 - Sviluppare una risposta globale;
- 2 - Sviluppare la rete di solidarietà;
- 3 - Evitare le tentazioni economiche;
- 4 - Identificare le priorità;
- 5 - Integrare le politiche e i servizi;
- 6 - Garantire il "diritto a stare bene";

Nelle Marche ci sono 306.000 persone con più di 65 anni, pari al 21,8% della popolazione totale (contro il 18,6% dell'Italia). Le donne vivono proporzionalmente più a lungo degli uomini. Si tratta di un numero elevato e in costante crescita. Queste percentuali sono tra le più alte in Italia e in Europa, dando l'immagine di una regione dove si vive a lungo. Un terzo della vita viene trascorso da anziani. Questa opportunità senza precedenti può essere colta come occasione per una "nuova stagione della vita". È quindi necessario riferirsi al termine "anziano" con la consapevolezza della sua pluralità di significati. Una parte significativa di anziani è relativamente "giovane" e "attiva" non solo nel tessuto relazionale personale ma anche, seppur con minima visibilità, nel tessuto sociale e, spesso, in termini di solidarietà economica e finanziaria, danno corpo all'ormai consueta affermazione dell'anziano come "risorsa sociale".



8.3 Principali lacune di apprendimento sulla “solitudine”

Gli anziani e/o coloro che soffrono di malattie croniche rappresentano oggi una grande sfida per la comunità e, in particolare, l'invecchiamento demografico delle società occidentali sta mettendo insistentemente in discussione i sistemi che si occupano di salute per seguire nuovi percorsi di presa in carico non solo delle malattie ma di tutta la persona. In questo tipo di comunità, coloro che sono più fragili e vulnerabili lottano per trovare risposte e cure. Ripercorrendo i determinanti della salute individuati dall'OMS (comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali; fattori genetici), si può notare che lo stato di benessere degli individui e delle comunità è influenzato da una molteplicità di fattori che si intersecano anche con determinanti legati alle disuguaglianze di salute all'interno della popolazione .

Tra tutti i fattori, l'isolamento è una condizione molto frequente.

Per indicare la solitudine, la lingua inglese ha due termini: "loneliness" inteso come "sentirsi soli", cioè come esperienza soggettivamente spiacevole di mancanza della propria rete di relazioni sociali e "solitude" inteso invece come scelta determinata di ricreare quel tempo tranquillo capace di rigenerarsi con se stessi e con il mondo. Una sorta di silenzio interiore che apre alle vie della conoscenza. Nella lingua italiana si attribuisce alla solitudine un'accezione prevalentemente negativa, identificandola con la condizione di emarginazione, esclusione, abbandono, isolamento.

L'attuale pandemia legata alla Covid-19 ha sicuramente amplificato in modo esponenziale questa condizione.

Si pensi alle immagini e ai contenuti diffusi sui social network durante il periodo di pieno contagio e alla quantità di solitudine da parte sia degli operatori che dei pazienti in quelle lunghe interminabili giornate scandite dal continuo rumore delle ambulanze. Solitudine interiore, solitudine dell'anima, solitudine creativa, solitudine dolorosa, solitudine negativa, solitudine-isolamento.

Queste solitudini così diverse spesso si intrecciano e si separano nella vita quotidiana, nelle esperienze di dolore e di paura, di felicità perduta e di vita mistica; ma anche nell'ambito delle esperienze poetiche, della sofferenza psichica, della malattia e del mistero del vivere, del morire.

La solitudine è un fattore da non prendere alla leggera per quanto riguarda la vita quotidiana degli anziani, perché questa condizione esistenziale può incidere significativamente sul deterioramento della salute. Un anziano che vive da solo è sicuramente più fragile, a causa della privazione di una rete di sostegno su cui contare nel momento del bisogno. In molti paesi occidentali la questione sta diventando sempre più importante: ciò è sicuramente dovuto a questioni demografiche legate all'invecchiamento della popolazione e all'aumento dell'aspettativa di vita.

Per capire come questo tema sia al centro del dibattito internazionale, basti pensare al fatto che lo scorso anno (2019) in Inghilterra è stato istituito un Ministero della Solitudine con lo scopo di attuare politiche a favore degli anziani che si trovano a vivere in questa condizione.

La solitudine, ad esempio, metterebbe chi ne soffre a maggior rischio di problemi come la demenza senile e di conseguenza il morbo di Alzheimer. Inoltre, questo stato emotivo renderebbe più probabile l'insorgenza di problemi cardiaci o cerebrali, con un aumento del rischio di ictus. Il motivo per cui la solitudine sarebbe correlata a un aumento del rischio di queste malattie è da ricercare, secondo diversi studi, nel fatto che questo stato emotivo porterebbe a una condizione cronica di stress. Considerando che, secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2050 il 20% della popolazione occidentale avrà più di 60 anni, è evidente che la solitudine è un problema contro il quale bisogna cominciare a muoversi immediatamente, anche perché le conseguenze sul sistema sanitario a medio e breve termine saranno notevoli se non si pone subito rimedio.

La domanda a cui bisogna rispondere è cosa fare per combattere questo stato emotivo. La risposta è in realtà più semplice di quanto possa sembrare. Il primo passo da fare è cercare di coinvolgere gli anziani in attività che permettano loro di entrare in contatto con gli altri. Su questo aspetto, la sorta di mini-guida pubblicata sul Canadian Medical Association Journal mette l'accento sull'utilità della "prescrizione sociale", cioè una "serie di interventi con cui mettere in relazione gli anziani soli con la comunità in cui vivono".

In altre parole, il reinserimento degli anziani nella rete sociale è il primo passo da compiere per evitare tutti i problemi causati dalla solitudine.

I trend demografici non lasciano spazio a dubbi, la popolazione nordamericana ed europea sta invecchiando e, in questo contesto, l'Italia è uno dei paesi in cui (anche grazie alla "crescita zero") la terza età rappresenterà presto una percentuale significativa della popolazione: dal 2002 al 2014, secondo l'Istat, gli "over 65" sono già passati dal 18,7% al 21,4% del totale dei residenti. Quando un paese cambia, anche i problemi da risolvere diventano diversi: a causa della percentuale di disoccupazione giovanile, vicina al 45%, è già una realtà, ad esempio, che a livello previdenziale l'Italia ha raggiunto un livello di parità: a un lavoratore, corrisponde un pensionato. Ma ancora più pressanti diventeranno, nel prossimo futuro, le questioni legate all'assistenza agli anziani, con la spesa sanitaria che divora quasi tutte le risorse regionali e la necessità di creare strutture in grado di ospitare e seguire dignitosamente un numero crescente di persone. Si possono applicare una serie di soluzioni non invasive che permettono di controllare l'anziano nel suo ambiente di vita.

La sfida è quella di continuare a innovare e produrre sistemi e tecnologie, perfettamente compatibili tra loro, a beneficio di chi ha bisogno di controllare ed essere controllato a distanza dentro e fuori casa. Pensiamo in particolare ai malati di Alzheimer, per esempio, e a tutti coloro che soffrono di demenza o di perdita di orientamento. Questi e altri sono gli obiettivi primari della telemedicina. Il telemonitoraggio permette la valutazione a distanza delle funzioni vitali catturate da speciali sensori (dispositivi). La possibilità di poter monitorare a casa o in strutture extra-

ospedaliere i principali parametri legati alla salute (pressione sanguigna, funzione cardiaca, valori di glucosio nel sangue, stato di ossigenazione, ecc.) facendo fluire i dati verso apposite strutture di segnalazione e monitoraggio, ridurrebbe notevolmente i costi del sistema sanitario e contemporaneamente offrirebbe un valido aiuto per la prevenzione e la cura delle più comuni malattie legate all'invecchiamento.

Un familiare o un care-giver (operatore sanitario) utilizzando particolari piattaforme tecnologiche multifunzionali, controllabili tramite smartphone o accedendo ad appositi portali, potrebbe raccogliere questi dati evitando così di spostare l'anziano con tutti i disagi per il paziente e la sua famiglia.

La trasmissione di alcuni dati, con appositi dispositivi, può essere effettuata anche 24 ore su 24. Le stesse piattaforme potrebbero poi ospitare altri dispositivi che vanno a contemplare la sicurezza della persona risolvendo altri problemi (sensori di caduta per soggetti che soffrono di svenimenti, localizzatori satellitari per soggetti che hanno problemi di perdita di memoria e orientamento, videocamere per il monitoraggio a distanza). Sistemi sempre più evoluti permetteranno a sempre più persone di accedere a servizi prima impensabili a domicilio, tra cui un nuovo metodo per l'esecuzione dell'ecocardiografia a domicilio.

In questo modo il tema della salute e della sicurezza viene affrontato nella sua interezza, garantendo alla persona un controllo efficace che non va a pesare sull'organizzazione della famiglia e del lavoro.



9 Glossario dei termini per il progetto Digi-Ageing

Termine	Definizione/Descrizione
Invecchiamento attivo	<p>L'invecchiamento attivo è il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita quando le persone invecchiano. L'invecchiamento attivo si applica sia agli individui che ai gruppi di popolazione. Permette alle persone di realizzare il loro potenziale di benessere fisico, sociale e mentale durante tutto il corso della vita e di partecipare alla società secondo i loro bisogni, desideri e capacità, fornendo loro un'adeguata protezione, sicurezza e assistenza quando richiedono assistenza.</p> <p>FONTE: Invecchiamento attivo: Un quadro politico. Un contributo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità alla Seconda Assemblea Mondiale delle Nazioni Unite sull'Invecchiamento, Madrid, Spagna, aprile 2002.</p> <p>http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf</p>
Capacità di usufruire	<p>Invecchiare attivamente significa adattare le nostre pratiche di vita al fatto che viviamo più a lungo e siamo più pieni di risorse e in migliore salute che mai, e cogliere le opportunità offerte da questi miglioramenti. In pratica significa adottare stili di vita sani, lavorare più a lungo, andare in pensione più tardi ed essere attivi dopo la pensione.</p> <p>FONTE: "New Paradigm in Ageing Policy", Commissione Europea,</p> <p>http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/news/paradigm_en.htm</p>
Capacità di usufruire	<p>Il punto in cui un adulto si qualifica per programmi o servizi selezionati sulla base dei risultati ottenuti. Le valutazioni approvate dall'OAEL possono essere usate per stabilire una "capacità di usufruire" e possono risultare nell'accettazione o nel rifiuto di un individuo per programmi o servizi basati sui punteggi di valutazione.</p> <p>FONTE: Adult Education, Glossary,</p> <p>http://www.doe.virginia.gov/instruction/adulted/glossary.shtml</p>



<p>Formazione degli adulti</p>	<p>Servizi di Formazione per Adulti o istruzione al di sotto del livello post-secondario per gli individui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che hanno raggiunto i 16 anni di età; - che non sono iscritti o che devono essere iscritti alla scuola secondaria secondo la legge dello Stato; - che non hanno una padronanza sufficiente delle abilità educative di base che permetta loro di funzionare efficacemente nella società; - che non hanno un diploma di scuola secondaria o il suo equivalente riconosciuto, e non hanno raggiunto un livello di istruzione equivalente; o (e) che non sono in grado di parlare, leggere o scrivere la lingua inglese. <p>FONTE: Glossary of Adult Education Terms, http://www-tcall.tamu.edu/docs/04esguide/glossary.htm</p>
<p>Adult Basic Education (ABE) Formazione di Base degli adulti</p>	<p>Programmi e servizi che si rivolgono ad adulti che funzionano al di sotto del livello del nono grado sulla base di una valutazione approvata.</p> <p>FONTE: Adult Education, Glossary, http://www.doe.virginia.gov/instruction/adulted/glossary.shtml</p>
<p>Discriminazione di età</p>	<p>Comportamento inappropriato (pressione sociale, restrizione dei diritti) verso persone di tutte le età (giovani, medi e anziani) basato su stereotipi di età.</p> <p>FONTE: Mikulionienė S. 2011. <i>Socialinė gerontologija</i>. Vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio leidybos centras. [Social gerontology: textbook]</p>
<p>Norme di età</p>	<p>Regole comportamentali legate all'età, aspettative e standard che regolano l'interazione delle persone. Le norme di età descrivono ruoli e comportamenti che sono (non) accettabili e (non) desiderati per persone di una certa età.</p> <p>FONTE: Mikulionienė S. 2011. <i>Socialinė gerontologija</i>. Vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio leidybos centras. [Social gerontology: textbook]</p>
<p>Invecchiamento della popolazione</p>	<p>Una popolazione che invecchia è definita come una popolazione in cui il numero di anziani (65+) sta aumentando rispetto al numero di 20-64enni.</p> <p>FONTE: Population Europe: The Network of Europe's Leading Demographic Research Centres. Available at: http://www.population-europe.eu/Library/Glossary.aspx</p>

	<p>L'invecchiamento della popolazione (noto anche come invecchiamento demografico e invecchiamento della popolazione) è un termine sintetico per gli spostamenti nella distribuzione dell'età (cioè, la struttura dell'età) di una popolazione verso le età più avanzate.</p> <p>FONTE: Gavrilov L.A., Heuveline P. "Aging of Population." In: Paul Demeny and Geoffrey McNicoll (Eds.) The Encyclopedia of Population. New York, Macmillan Reference USA, 2003. http://www.galegroup.com/-servlet/ItemDetailServlet?-region=9&imprint=000&titleCode=M333&type=4&id=174029</p>
Assessment	<p>Metodi di misurazione del progresso degli studenti, comprese le valutazioni approvate dallo stato, test non approvati, valutazione del personale, e auto-valutazione degli studenti.</p> <p>FONTE: Adult Education, Glossary, http://www.doe.virginia.gov/instruction/adulted/glossary.shtml</p>
Formazione a distanza	<p>Il discente è stato abbinato a un insegnante, un tutor o un volontario con il quale ha un'interazione regolare per quanto riguarda il contenuto del programma di studio a distanza e che gli fornisce supporto durante l'esperienza di apprendimento a distanza. L'apprendimento a distanza è caratterizzato da tutte le seguenti caratteristiche:</p> <p>Una separazione di luogo e/o di tempo tra lo/gli studente/i e l'istruttore.</p> <p>L'uso di un programma di studio standardizzato.</p> <p>L'erogazione di istruzione o formazione che utilizza la tecnologia in almeno una delle seguenti quattro categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tecnologia informatica, come Internet o CD-ROM. - Tecnologia video, come la videoconferenza, il cavo, il collegamento satellitare e le videocassette. - Tecnologia audio grafica, come radio e audiocassette. - Tecnologia telefonica, come la teleconferenza. <p>Supporto da parte di un tutor, compreso l'aiuto con il contenuto e l'assistenza con la tecnologia, in linea, al telefono o di persona.</p> <p>FONTE: Adult Education, Glossary, http://www.doe.virginia.gov/instruction/adulted/glossary.shtml</p>
Attività Formative	<p>Le attività di formazione o istruzione; attività che impartiscono conoscenze o abilità.</p> <p>FONTE: http://dictionary.reference.com/browse/educational+activity</p>

<p>Generations</p>	<p>Il concetto di generazioni è ampiamente usato in diversi modi:</p> <p>gruppi di età o individui in determinate fasi della vita, come la gioventù, l'età adulta e la vecchiaia;</p> <p>generazioni storiche, definite come coetanei con caratteristiche particolari (per esempio, i Baby Boomers);</p> <p>generazioni familiari, cioè ruoli e strutture basate sulla famiglia (per esempio, nonno, genitore, figlio, nipote).</p> <p>FONTE: Hagestad, G.; Uhlenberg, P. 2007. The Impact of Demographic Changes on Relations Between Age Groups and generations: A Comparative perspective. Schaie, K.W.; Uhlenberg, P. (Eds.) Social Structures: Demographic Change and the Well-Being of Older Adults. Springer Books, New York, p. 239-261.</p>
<p>Gerontologia</p>	<p>La gerontologia è una scienza multidisciplinare che studia l'invecchiamento da prospettive biologiche, psicologiche e sociali.</p> <p>FONTE: Phillips, Judith; Kristine Ajrouch, and Sarah Hillcoat-Nalletamby. Key concepts in social gerontology. London: Sage Publications, 2010. p. 118.</p>
<p>Invecchiamento sano (attivo)</p>	<p>L'invecchiamento sano è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute fisica, sociale e mentale per permettere alle persone anziane di prendere parte attiva nella società senza discriminazione e di godere di una qualità di vita indipendente e buona.</p> <p>FONTE: Healthy Ageing, EU-funded project 2004 – 2007.</p> <p>http://www.fhi.se/Documents/English/International/conference-documentation/Healthy-ageing-project.pdf</p> <p>L'invecchiamento sano descrive le attività e i comportamenti continui che intraprendi per ridurre il rischio di malattie e disturbi e aumentare la tua salute fisica, emotiva e mentale. Significa anche combattere la malattia e la patologia con un riallineamento di base dello stile di vita che può portare a una guarigione più rapida e duratura.</p> <p>FONTE: http://www.seniors.gov.au/internet/seniors/publishing.nsf/Content/Healthy+ageing</p>

<p>Vita Indipendente</p>	<p>Vivere a casa senza bisogno di aiuto continuo e con un certo grado di autodeterminazione o controllo sulle proprie attività.</p> <p>FONTE: A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, Ageing and Health Technical Report, Volume 5, WHO Centre for Health Development, 2004.</p> <p>http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf</p>
<p>Invecchiamento Individuale</p>	<p>Un processo per cui le persone accumulano anni e sperimentano progressivamente cambiamenti nel loro funzionamento biologico, sociale e psicologico mentre si muovono attraverso diverse fasi del corso della vita.</p> <p>FONTE: Phillips, Judith; Kristine Ajrouch, and Sarah Hillcoat-Nalletamby. <i>Key concepts in social gerontology</i>. London: Sage Publications, 2010. p. 12.</p>
<p>Attività formative</p>	<p>Qualsiasi attività di un individuo organizzata con l'intenzione di migliorare le sue conoscenze, abilità e competenze.</p> <p>I due criteri fondamentali per distinguere le attività di apprendimento dalle attività di non apprendimento sono</p> <p>l'attività deve essere intenzionale (al contrario dell'apprendimento casuale), quindi l'atto ha uno scopo predeterminato;</p> <p>l'attività è organizzata in qualche modo, compreso l'essere organizzata dallo stesso discente; tipicamente comporta il trasferimento di informazioni in senso lato (messaggi, idee, conoscenze, strategie).</p> <p>FONTE: Classification of Learning Activities – Manual. European Communities, 2006.</p>
<p>Anziani piu' maturi / La "quarta età"</p>	<p>Gli anziani più maturi sono il gruppo di persone che sono tradizionalmente chiamate anziani. Si ritiene che siano nella fase della loro vita durante la quale le loro capacità fisiche, mentali e sociali e i loro contributi alla società svaniscono gradualmente. Mentre prima si credeva che le persone entrassero in questo gruppo al momento della pensione, ora abbiamo imparato che questo gruppo è composto da persone tra gli ottanta e i novant'anni. Si parla di "anziani più maturi" o della "quarta età".</p> <p>La quarta età è caratterizzata come un periodo di crescente fragilità. La fragilità non è solo una serie di malattie, ma piuttosto il naturale processo di invecchiamento legato al diventare più deboli e al perdere la possibilità di superare malattie e problemi sociali. Così, la vecchiaia è anche caratterizzata da una serie di problemi medici e sociali. La vecchiaia finisce con la morte della persona.</p> <p>FONTE: Text Analysis Report (V2.10), "Technology and the Elderly in the Popular Media," SENIOR project, Deliverable D1.2, pg. 9. http://globalseci.com/wp-content/uploads/2009/02/d12-text-analysisreport2.pdf</p>

<p>Mezza età</p>	<p>Il termine "mezza età" era un concetto reso popolare negli anni '60 per indicare una zona grigia tra l'età adulta (30-40 anni) e il pensionamento (che riguarda i 65 anni e più). "Età di mezzo estesa" è ora il termine comunemente usato per indicare una continuazione di questo periodo ma un cambiamento di circostanze (ad esempio, il pensionamento). Durante la mezza età estesa, le principali capacità fisiche e mentali rimangono inalterate, anche se la persona sta invecchiando ed è gradualmente costretta a ricoprire il ruolo di anziano. Come tale, lui o lei è meglio profilato in termini di modelli di attività desiderati, opportunità di lavoro, abitudini di vita desiderate, condizioni desiderate piuttosto che bisogni medici e sociali.</p> <p>La "quarta età" si applica agli anziani più avanti con gli anni, le persone tra gli ottanta e i novanta. In questo periodo, praticamente tutte le persone mostrano perdite sostanziali nella mobilità fisica e nel funzionamento cognitivo.</p> <p>FONTE: "Ethics of e-Inclusion of Older People," Senior Discussion Paper No. 2008/01, April, 2008. http://www.cssc.eu/public/Ethics%20of%20e-Inclusion%20of%20older%20people%20-%20Bled%20%20Paper.pdf</p>
<p>Qualità della vita</p>	<p>È "la percezione di un individuo della sua posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive, e in relazione ai suoi obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni. È un concetto ampio, che incorpora in modo complesso la salute fisica di una persona, lo stato psicologico, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e la relazione con le caratteristiche salienti dell'ambiente". (OMS, 1994). Quando le persone invecchiano, la loro qualità di vita è in gran parte determinata dalla loro capacità di mantenere autonomia e indipendenza.</p> <p>Fonte: Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf</p>
<p>Esclusione sociale</p>	<p>L'esclusione sociale è un processo sociale, costruito sulle disuguaglianze sociali e che porta all'emarginazione di individui e gruppi rispetto agli obiettivi della società. Le disuguaglianze sociali (legate a una serie di fattori: genere, etnia, età, istruzione, occupazione, reddito, status professionale, alloggio, struttura familiare, disabilità, posizione geografica, ecc. L'esclusione è definita in relazione a un obiettivo: nel caso di questo progetto, lo sviluppo della società dell'informazione / società della conoscenza (esclusione digitale o e-esclusione). L'esclusione si verifica quando gli individui o i gruppi sociali sono lasciati indietro o non beneficiano di pari opportunità per raggiungere gli obiettivi della società.</p> <p>FONTE: Analytic Framework – eInclusion and eAccessibility Priority Issues, eInclusion@EU Project: Strengthening eInclusion & eAccessibility Across Europe, Deliverable 1.1, October 2004.</p> <p>http://www.empirica.com/themen/einclusion/documents/einclusion_Analytic-framework.pdf</p>

<p>Inclusione sociale</p>	<p>The process which ensures that those at risk of poverty and social exclusion have the opportunities and resources necessary to participate in economic and social life, securing a standard of living that is considered acceptable in the society in which they live.</p> <p>SOURCE: Social Protection, Social Inclusion Glossary: Key terms explained, European Commission, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/glossary_en.pdf</p> <p>L'inclusione sociale non è solo la controparte simmetrica dell'esclusione sociale, che mira a includere coloro che sono a rischio di esclusione. Il processo di inclusione sociale si basa su tre dimensioni: (1) superare gli svantaggi derivanti dalle disuguaglianze sociali, al fine di evitare i processi di esclusione; (2) sfruttare le opportunità offerte dagli obiettivi sociali mirati, al fine di ridurre le disuguaglianze esistenti e migliorare la qualità della vita nella società; (3) promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione nei prossimi processi sociali, al fine di migliorare l'espressione individuale e collettiva, l'impegno civico e la partecipazione democratica.</p> <p>FONTE: Analytic Framework – eInclusion and eAccessibility Priority Issues, eInclusion@EU Project: Strengthening eInclusion & eAccessibility Across Europe, Deliverable 1.1, October 2004.</p> <p>http://www.empirica.com/themen/einclusion/documents/eInclusion_Analytic-framework.pdf</p>
<p>Gerontologia sociale</p>	<p>La gerontologia sociale è una branca della gerontologia che studia gli "aspetti sociali dell'invecchiamento". Combina le conoscenze sull'invecchiamento (processo), l'età (criterio) e le persone anziane (categoria di popolazione) prodotte da diverse scienze sociali: sociologia, demografia, economia, politica sociale, lavoro sociale, scienze dell'educazione, geriatria, ecc.</p> <p>FONTE: Phillipson, Chris. Ageing. Cambridge: Polity Press, 2013, p.5.</p>
<p>Gruppi fragile o vulnerabili</p>	<p>Gruppi che sperimentano un rischio maggiore di povertà ed esclusione sociale rispetto alla popolazione generale. Le minoranze etniche, i migranti, i disabili, i senzatetto, coloro che lottano contro l'abuso di sostanze, gli anziani isolati e i bambini si trovano spesso ad affrontare difficoltà che possono portare a un'ulteriore esclusione sociale, come i bassi livelli di istruzione e la mancanza di lavoro</p> <p>FONTE: Social Protection, Social Inclusion Glossary: Key terms explained, European Commission, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/glossary_en.pdf</p>

Terza e quarta età	<p>Nella tradizione sociologica la terza e la quarta età sono "fasi del corso della vita identificate in termini di funzioni e ruoli". La terza età è "il periodo della maturità e della compiutezza personale". La quarta età è "un periodo di dipendenza, decrepitezza e morte".</p> <p>FONTE: Phillips, Judith; Kristine Ajrouch, and Sarah Hillcoat-Nalletamby. <i>Key concepts in social gerontology</i>. London : Sage Publications, 2010. p. 213; 215.</p>
---------------------------	---



10 Letteratura & Fonti

- Psychotherapy of dementia. Treating and assisting patients suffering from Alzheimer's disease. Florenzano F., 1997.
- Seniors and free time. Florea A, 2002.
- Animation and seniors. The moment of trust. Fumagalli M., Giunco F., Luffarelli G., 2006
- The figure of the animator in facilities for the elderly. Franchini R., 2002.
- Albanese Alessandra and Marzuoli Carlo, Assistance Services and subsidiarity. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Cason Diego and Anteas Veneto, Relations between young and old in Veneto. Sample survey of Anteas. Belluno, Tipografia Piave, 2004.
- Scortegagna Renzo, Aging, Bologna, Il Mulino, 2005.
- Social work with non-self-sufficient people. Francesca Corradini Giulia Avancini Raineri Maria Luisa, 2019.
- The residential facilities for the elderly and the core manager. Organizational modules and management tools. Ansdipp, 2010.
- Working with the elderly in a nursing home. Luca Fazzi, 2013.
- [“Social isolation, depression, and psychological distress among older adults”](#) *Journal of Aging and Health* 2018, Vol. 30(2) 229–246
- [“Impact of social isolation on behavioral health in elderly: Systematic review”](#) *World J Psychiatry* 2015 Dec 22; 5(4): 432–438
- [“Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review”](#), *Plos Medicine*, 27 July 2010
- [“The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly”](#), *J Am Diet Assoc* 1991 Mar;91(3):300-4
- European Commission [“Loneliness – an unequally shared burden in Europe”](#)
- ISTAT press release, 26 September 2017 [“Anziani: condizioni di salute in Italia e nell’Unione europea”](#)
- WHO, Year 2015 [“Global Strategy and action plan on ageing and health \(2016-2020\)”](#)



11 Elenco di links

[http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5416&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto#:~:text=Con%20frequenze%20inferiori%20al%2010,'insufficienza%20respiratoria%20\(55%25\)](http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5416&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto#:~:text=Con%20frequenze%20inferiori%20al%2010,'insufficienza%20respiratoria%20(55%25))

<https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/datavirus-il-lockdown-gli-anziani-puo-servire-28032>

<https://www.santegidio.org/pageID/37740/langID/it/Senza-anziani-non-c-%C3%A8-futuro-Appello-per-riumanizzare-le-nostre-societ%C3%A0-No-a-una-sanit%C3%A0-selettiva.html>

<https://www.auser.it/primo-piano/le-proposte-dellauser-per-un-nuovo-modello-di-rsa/>

<https://www.sipsi.info/2019/03/11/psicologia-neuroscienze-integrazione-circuiti-neurali-epigenetica/>

<https://www.santachiaratalsano.it/terza-eta-in-italia-si-invecchia-10-anni-dopo#:~:text=10%20anni%20dopo-,Terza%20et%C3%A0%3A%20in%20Italia%20si%20invecchia%2010%20anni%20dopo,a%20Roma%20nel%20Novembre%202018.>

<http://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie>

<http://www4.istat.it/it/anziani/istruzione-formazione-e-lavoro>

<http://www4.istat.it/it/anziani/condizioni-socio-economiche>

<http://www4.istat.it/it/anziani/stili-di-vita-e-salute>

<http://www4.istat.it/it/anziani/cultura-uso-dei-media-e-nuove-te>

<http://www4.istat.it/it/anziani/vita-quotidiana>

<https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/06/il-problema-solitudine-diventa-evidente/#:~:text=Circa%2018%2C4%20milioni%20di,inosservate%20e%20senza%20esequie%20funebri>

<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/isolamento>

<http://www.centrostudi.50epiu.it/Schede/civitas-vitae-la-prima-infrastruttura-di-coesione-sociale-in-italia>

<https://www.economia-italia.com/residenza-protetta-per-anziani>

http://statistica.regione.veneto.it/pubblicazioni_elenco_rapporto_statistico.jsp

<https://www.nursetimes.org/il-ruolo-del-caregiver-nella-gestione-assistenziale/49829>

https://associazionealm.it/wordpress/wp-content/uploads/MANUALE_CAREGIVER.pdf



<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/Lineeperlosviluppoattivitcontrastosolitudineeisolamento.pdf>

http://biblioteca.asmn.re.it/allegati/progettointegratouisp_130418121024.pdf

<https://www.la-comune.com/terzaeta-un-progetto-a-sostegno-degli-anziani-piu-fragili/>

<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2584>

<https://www.anzianienonsolo.it/category/societa-dellinvecchiamento/>

https://smart.comune.genova.it/sites/default/files/archivio/documenti/allegato_al_provvedimento_del_comitato_di_rappresentanza_n.4-2016.pdf

http://www.asevinnova.it/wp-content/uploads/2013/12/Corso_per_assistenti_di_cura_alla_persona_TACTICS.pdf

<https://assistenzafamiglia.it/blog/corsi-per-anziani-sempre-piu-persone-ricominciano-a-studiare>

https://www.psicogeriatra.it/usr_files/eventi/corsi-nazionali/brain-aging-2020.pdf

<http://www.shareradio.it/prevenire-la-solitudine-degli-anziani-progetto-terzeta-zona-7/>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1847_allegato.pdf

https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/7e57b239-15dd-49d1-b99a-2dcf8bf5c9d4/Relaz_conclus_TER13027_001UV.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-7e57b239-15dd-49d1-b99a-2dcf8bf5c9d4-mn38G2S

<http://www.lombardiasociale.it/2017/11/06/contrastare-lisolamento-decadimento-degli-anziani-la-cura-casa/>

<http://www.comune.bassano.vi.it/Cittadino/Essere-anziani/Corsi-proposti-dal-Centro-socio-ricreativo-culturale-per-anziani-Carlo-Bianchin>

https://www.unive.it/pag/fileadmin/user_upload/dipartimenti/filosofia/doc/laboratori/laris/library/inv-ecchiamento-pienamenteattivo.pdf

<https://www.lavoce.info/archives/70766/non-si-finisce-mai-di-imparare/>

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Anziani>

https://smart.comune.genova.it/sites/default/files/archivio/documenti/allegato_al_provvedimento_del_comitato_di_rappresentanza_n.4-2016.pdf

<http://www.uisp.it/discorientali/files/principale/Luigi%20Ferrannini%20-%20Solitudine%2C%20depressione%20e%20decadimento%20cognitivo.pdf>



<https://www.pcabc.it/alfabetizzazione-digitale-come-avvicinare-gli-anziani-alle-tecnologie/>

<https://www.lopinionista.it/percorsi-di-formazione-sui-temi-della-digital-health-e-registro-sanitario-elettronico-lintervento-di-futurpharma-a-farmacistapiu-77834.html>



TITOLO

DIGI-AGEING – overcoming loneliness

ID PROGETTO

2020-1-AT01-KA202-078084

PROGRAMMA

Erasmus+ KA2 Strategic Partnerships

DATA AVVIO 01-10-2020

DATA FINE 31-07-2023

ORGANIZZAZIONE COORDINATRICE

Hafelekar Unternehmensberatung
Schober GmbH
www.hafelekar.at

ORGANIZZAZIONI PARTNER

UMIT GmbH
www.umat-tirol.at

University of Cyprus
www.ucy.ac.cy

AGECARE (CYPRUS) LTD
www.materia.com.cy

Consulenza Direzionale
di Paolo Zaramella

Asociación Caminos
www.asoccaminos.org

Mykolas Romeris Universitetas
www.mruni.eu

SIGLE PAESI PARTECIPANTI
AT / CY / IT / ES / LT

2334
HAFELEKAR

UMIT TIROL
THE TYROLEAN PRIVATE UNIVERSITY

 University
of Cyprus



MATERIA GROUP
CARE - NURSING - REHABILITATION

ZPaolo
Zaramella
Consulenza Direzionale

 **aminos**


MYKOLAS ROMERIS
UNIVERSITY

