

LA CONDIZIONE DEGLI ANZIANI IN LOMBARDIA

- SINTESI -

Coordinamento:

Claudio Dossi – Segretario SPI CGIL Lombardia

Stefano Landini – Segretario generale SPI CGIL Lombardia

A cura di:

Erika Laino, Francesco Montemurro

- Maggio 2017 -

Le condizioni sociali ed economiche degli anziani in Lombardia

Documento di sintesi

Introduzione.....	4
1. Dinamiche demografiche regionali, provinciali e comunali.....	5
2. Le famiglie.....	9
3. La salute.....	10
4. La ricchezza economica delle famiglie.....	17
5. La mobilità.....	26
6. Contesti di vita e abitazioni.....	31
7. L'istruzione e l'apprendimento permanente.....	32
8. Stili di vita e partecipazione sociale.....	35
 Conclusioni.....	 39
 Bibliografia.....	 51

L'invecchiamento della popolazione non è un ostacolo allo sviluppo sociale ed economico. Affinché questa affermazione risulti sostenibile occorre che le policy riconsiderino i fattori determinanti della crescita in società che sono inevitabilmente destinate ad invecchiare proprio a causa dell'aumento del benessere. Cioè, se si vuole fare in modo che i cambiamenti prodotti dall'allungamento della vita siano economicamente e socialmente effettivamente sostenibili, diviene necessario impostare strategie integrate che superino i limiti delle politiche demografiche e orientate al mero innalzamento dell'età lavorativa – da sole non risolutive - per introdurre invece nuove priorità nella regolazione dei processi sociali.

Bisognerebbe cioè progettare e mettere in atto di misure concrete affinché l'allungamento della vita continui ad essere accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute (ottenendo tra gli altri il risultato di ridurre la spesa per la cronicità nei bilanci regionali), attuare strategie differenziate a livello territoriale che attraverso efficaci politiche sociali, urbanistiche e per la mobilità, contrastino l'isolamento relazione e fisico che condiziona sempre di più la vita degli anziani e in particolare dei “grandi vecchi”, avviare una profonda revisione dell'organizzazione dei tempi di vita e dei meccanismi di scambio fra generazioni.

Queste sfide chiamano in causa sia le responsabilità individuali, nel senso che le singole persone dovrebbero adottare comportamenti e stili di vita più coerenti con l'obiettivo dell'invecchiamento in buona salute, sia le responsabilità collettive, che dovrebbero portare al pieno riconoscimento delle esigenze e delle potenzialità degli anziani e a dare priorità alle azioni necessarie a rimuovere le forti disuguaglianze - socio-economiche, in rapporto all'accesso ai servizi, territoriali - che impediscono a tutti di invecchiare bene. Le differenze sociali in termini di sopravvivenza sono ancora molto marcate: nel 2008, in Italia, considerando gli uomini di 60 anni, quelli più istruiti avevano una speranza di vita più lunga di 3 anni (1,5 per le donne) dei meno istruiti (Corsini 2010). Si vedano inoltre le risultanze delle indagini sulla salute condotte recentemente dall'Istat, secondo le quali la crisi economica ha probabilmente avuto conseguenze negative sulla salute futura: relativamente al 2012, l'11% delle persone intervistate hanno sostenuto di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria pur avendone bisogno. Considerato che le prime prestazioni sanitarie alle quali si rinuncia sono quelle motivate dalla prevenzione, è probabile che questo si traduca in un peggioramento della salute (Istat, 2013).

Il filo rosso della nostra indagine è come riconoscere le disuguaglianze più importanti che pesano negativamente sulle condizioni di salute degli anziani in Lombardia, capire come e con quale intensità queste disuguaglianze si declinano a livello territoriale, comprendere in che modo i diversi gradienti – socio-demografico, economico, contribuiscono a determinare situazioni di benessere e di disagio, per giungere infine a pensare ad alcune contromisure e proposte.

Un punto di partenza è che qualunque sia la dimensione di salute che si consideri (quella fisica, mentale, funzionale, soggettiva) la vera differenza tra la condizione “anziana” e quella delle età adulte è una condizione di salute più precaria (Preston & Wang 2006; Caselli & Egidi 2011). Ciò implica, da un lato, che la sostenibilità sociale ed economica dell'invecchiamento è legata, come già detto, soprattutto alla possibilità che la salute possa continuare a migliorare (Christensen et al. 2009), dall'altro, che le politiche rivolte agli anziani dovrebbero assumere la “consapevolezza” che quando gli anziani godono di buone condizioni di salute sono persone simili alle altre, hanno un enorme potenziale ed esprimono bisogni importanti in termini di vita attiva.

1. Dinamiche demografiche regionali, provinciali e comunali

Con oltre 10 milioni di abitanti distribuiti in 1.530 comuni, la Lombardia è la più grande regione italiana per peso demografico e tra le prime, a livello nazionale, per densità di popolazione, infatti, con oltre 419 abitanti per km², è seconda solo alla Campania. Non solo, la Lombardia risulta anche una delle regioni che hanno registrato un maggiore incremento demografico nell'ultimo decennio: tra il 2002 e il 2016 la popolazione residente ha registrato un incremento del +10,8%, dato superiore sia alla media nazionale (+6,5%) sia a quello delle vicine realtà del Veneto e del Piemonte (rispettivamente +8,5% e +4,5%). L'aumento della popolazione residente ha caratterizzato in misura variabile tutte le province ma è avvenuta in modo nettamente più consistente soprattutto in quelle di Lodi (+15,8% tra il 2002 e il 2016), Bergamo e Brescia (entrambe +13,9% negli stessi anni), le stesse che, come si vedrà meglio nel seguito, registrano un'incidenza minore della popolazione anziana sul totale della popolazione residente.

Questo tasso di crescita è riuscito, almeno in parte, a controbilanciare il progressivo invecchiamento della popolazione, dinamica che non caratterizza soltanto la Lombardia ma che riguarda l'intero Paese, rendendolo tra i più vecchi d'Europa. Infatti, se in termini assoluti, la Lombardia è la regione italiana che presenta il maggior numero di persone con un'età superiore ai 65 anni, oltre 2 milioni; in realtà, in termini relativi, l'incidenza delle persone anziane sul totale della popolazione è in linea con la media nazionale (22,0%), e presenta comunque un dato inferiore a quelli osservati nella maggior parte delle altre regioni del Centro-Nord Italia. Come si evince dalla tabella riportata sotto, nel 2016, la quota di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione in Lombardia raggiunge il 21,9% contro il 22,0% del Veneto, il 25,5% del Friuli-Venezia Giulia, il 24,8% del Piemonte, il 22,8% della Valle d'Aosta e il 28,2% della Liguria. Dopo il Trentino-Alto Adige (20,1%), quindi, la Lombardia è la regione del Nord-Italia che presenta l'incidenza minore della popolazione anziana sulla popolazione totale, come si può osservare anche dall'indice di vecchiaia¹ e da quello di dipendenza degli anziani², riportati nelle ultime due colonne della tabella 1. Mentre l'indice di vecchiaia risulta sotto la media nazionale (155,7% contro 161,4%), nel caso dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani (34,2) il dato risulta in linea con la media italiana (34,3) ma sempre inferiore a quello delle altre regioni attigue, fatta eccezione, come si è detto, per il Trentino-Alto Adige.

¹ L'indice di vecchiaia stima il grado di invecchiamento di una popolazione ed è il rapporto tra la popolazione con oltre 65 anni di età e la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, moltiplicato per 100.

² L'indice di dipendenza strutturale degli anziani è il rapporto tra la popolazione con oltre 65 anni di età e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Tabella 1. Principali indicatori demografici. Regioni Italiane. Anno 2016.

	Popolazione	Popolazione > 65 anni	% Popolazione > 65 anni	Indice di dipendenza	Indice di vecchiaia
Piemonte	4.404.246	1.091.411	24,8%	39,7	193,7
Valle d'Aosta	127.329	29.075	22,8%	36,0	166,7
Lombardia	10.008.349	2.193.018	21,9%	34,2	155,7
Trentino-Alto Adige	1.059.114	213.223	20,1%	31,2	130,8
Veneto	4.915.123	1.081.371	22,0%	34,3	159,2
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	310.951	25,5%	41,0	204,7
Liguria	1.571.053	443.446	28,2%	46,8	246,5
Emilia Romagna	4.448.146	1.049.844	23,6%	37,5	175,6
Toscana	3.744.398	933.022	24,9%	40,0	195,4
Umbria	891.181	220.961	24,8%	39,8	192,4
Marche	1.543.752	370.951	24,0%	38,2	183,9
Lazio	5.888.472	1.234.781	21,0%	32,1	152,9
Abruzzo	1.326.513	304.403	23,0%	35,7	180,1
Molise	312.027	73.695	23,6%	36,5	201,4
Campagna	5.850.850	1.045.084	17,9%	26,7	117,3
Puglia	4.077.166	852.349	20,9%	32,0	151,5
Basilicata	573.694	125.794	21,9%	33,4	175,7
Calabria	1.970.521	404.826	20,5%	31,2	150,8
Sicilia	5.074.261	1.024.867	20,2%	30,8	141,4
Sardegna	1.658.138	366.681	22,1%	33,5	187,9
Italia	60.665.551	13.369.754	22,0%	34,3	161,4

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

A rendere dinamico l'incremento della popolazione in Lombardia, come si evince dai dati diffusi dall'Istituto Nazionale di Statistica [2016, 102], ha contribuito anche la popolazione residente straniera che costituisce l'11,5% della popolazione dell'intera regione, un dato nettamente superiore rispetto a quello nazionale (8,3%) e a quello delle regioni vicine come Piemonte (9,6%), Trentino (8,9%) e Veneto (10,1%). Non solo gli stranieri residenti in Lombardia presentano un'età media nettamente inferiore ma essi hanno anche un saldo naturale positivo rispetto a quello della popolazione italiana.

Nonostante l'apporto della popolazione straniera alla dinamica demografica lombarda, l'invecchiamento della popolazione risulta in costante aumento, come peraltro avviene in tutte le altre regioni italiane e, in generale, in molte società occidentali. Come suggerisce l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, riportato in tabella, in Lombardia, e mediamente nel resto d'Italia, nel 2016, ogni 3,4 persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni, potenzialmente attive sul mercato del lavoro, ce n'è una inattiva perché sopra i 65 anni. Se si considera che solo un decennio orsono tale rapporto era di 2,8 a 1, risulta semplice intuire come il costante aumento della popolazione non attiva sul mercato del lavoro faccia emergere inevitabilmente nuovi quesiti sociali e nuove sfide per i sistemi di *welfare* che si trovano oggi, e probabilmente ancor più in futuro, a dover sostenere una popolazione sempre più anziana e sempre più longeva.

Se dal contesto regionale si sposta l'attenzione alle realtà provinciali si possono notare situazioni differenti per quanto riguarda la presenza di persone con oltre 65 anni di età. Le province di Bergamo, Brescia e Lodi sono quelle che presentano una minore incidenza della popolazione anziana sul totale della popolazione residente, con dati inferiori rispetto alla media regionale. Come riportato in tabella,

la popolazione ultrasessantacinquenne, in questi territori, costituisce rispettivamente il 19,9%, 20,6% e 20,8%, mentre quella ultrasettantacinquenne il 9,7% e il 10,2%.

All'opposto, le province di Pavia, Cremona e Mantova sono quelle che registrano le percentuali maggiori di popolazione anziana (23,9%, 23,5% e 23,1%) e, di conseguenza, indici di dipendenza e di vecchiaia più elevati.

Tabella 2. Principali indicatori demografici. Province lombarde. Anno 2016.

	Popolazione	> 65 anni		> 75 anni		Indice di dipendenza	Indice di vecchiaia
		Valore assoluto	% sulla popolazione	Valore assoluto	% sulla popolazione		
Varese	890.090	202.431	22,7	102.963	11,6	35,9	163,9
Como	599.654	131.646	22,0	66.437	11,1	34,2	157,8
Sondrio	181.712	40.773	22,4	20.759	11,4	35,0	167,9
Milano	3.208.509	716.665	22,3	368.969	11,5	35,0	161,4
Bergamo	1.108.298	221.078	19,9	107.482	9,7	30,7	132,0
Brescia	1.264.105	260.869	20,6	129.475	10,2	32,0	138,8
Pavia	547.926	130.820	23,9	69.925	12,8	37,6	190,0
Cremona	360.444	84.526	23,5	43.781	12,1	37,0	178,3
Mantova	412.868	95.190	23,1	50.116	12,1	36,4	169,2
Lecco	339.254	76.002	22,4	38.037	11,2	35,3	159,5
Lodi	229.413	47.609	20,8	23.463	10,2	31,9	146,0
Monza e Brianza	866.076	185.409	21,4	93.176	10,8	33,3	149,1
Lombardia	10.008.349	2.193.018	21,9	1.114.583	11,1	34,2	155,7

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

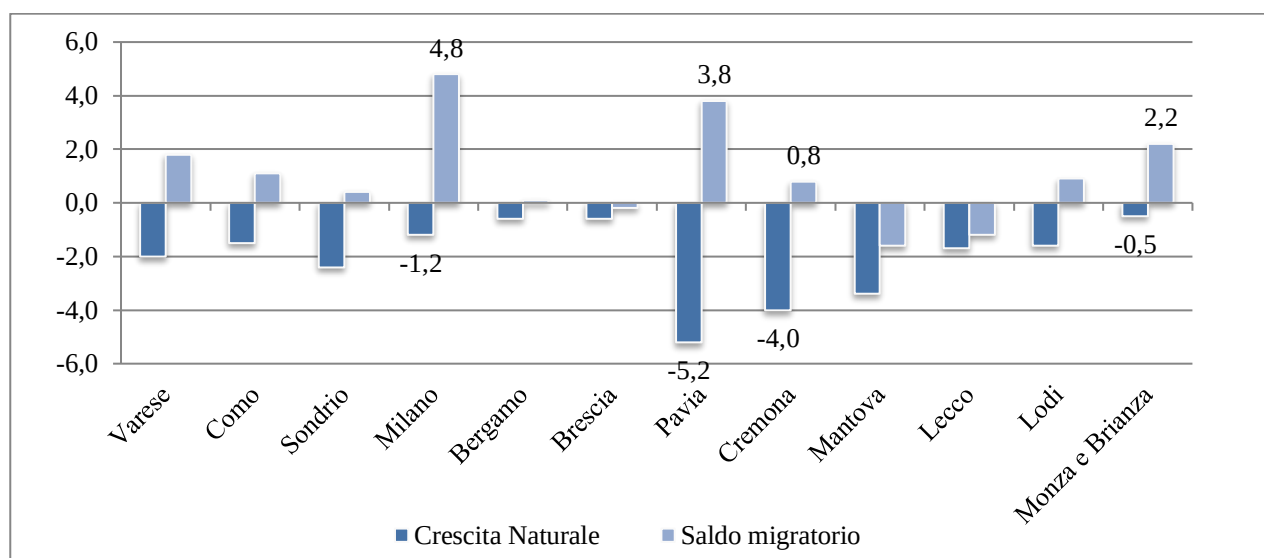
Oltre ad un effetto di convergenza, nei prossimi anni potrebbero acquisire maggiore importanza sulla progressione dell'invecchiamento demografico la crescita naturale³ ed il saldo migratorio⁴. In quest'ottica, si possono individuare alcune aree in cui le dinamiche demografiche oggi in atto potrebbero far aumentare l'incidenza futura della popolazione anziana. Come visto in precedenza, le aree in cui oggi il fenomeno dell'invecchiamento demografico è arrivato ad uno stadio più avanzato (Pavia, Cremona e Mantova) hanno sperimentato una crescita naturale fortemente negativa compensata, spesso, da un saldo migratorio fortemente positivo. Se si considera che, però, a partire dal 2010, quest'ultimo risulta in forte calo, soprattutto nella zona di Mantova, ci si può aspettare che, nei prossimi anni, la popolazione, in queste zone, torni ad invecchiare in maniera più veloce. La provincia di Sondrio, pur non essendo tra le aree più "anziane", presenta una crescita naturale negativa ed un basso saldo migratorio lungo tutto il corso del quindicennio in questione, cosa che, nei prossimi anni, potrebbe tradursi in un crescente peso relativo dei suoi abitanti ultrasessantacinquenni. Infine, Brescia, Bergamo e, in parte, Milano sono zone in cui, a partire dalle precedenti considerazioni, si può prevedere un invecchiamento della popolazione più lento e contenuto, a meno di drastici cambiamenti rispetto alle dinamiche degli ultimi anni.

³ Il saldo naturale (o dinamica naturale) è la differenza tra il numero d'iscritti per nascita e il numero di cancellati per decesso dai registri anagrafici dei residenti.

⁴ Il saldo migratorio totale è dato dalla differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza interno, con l'estero o per altri motivi.

In generale, se si osservano i dati per i tassi di crescita naturale e il saldo migratorio delle diverse province, relativi al 2016, si può notare che, a fronte di una sostanziale dinamica naturale sempre negativa e di un saldo migratorio positivo in tutte le province – fatta eccezione per quelle di Mantova, Brescia e Lecco – la crescita totale⁵ della popolazione è fortemente positiva solamente nell’area di Milano (+3,6) e in quella di Monza e Brianza (+1,8), mentre nelle altre province nemmeno l’apporto dei cittadini stranieri riesce a compensare la crescita naturale negativa.

Figura 1. Crescita naturale e Saldo migratorio. Province lombarde. Anno 2016.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

I dati Istat disponibili permettono di approfondire ulteriormente l'analisi della distribuzione della popolazione ultrasessantacinquenne lombarda anche a livello comunale. In termini assoluti, si può notare che una quota rilevante delle persone lombarde con un'età superiore a 65 anni vive in comuni di dimensioni medio-piccole: circa il 38,5% della popolazione anziana, nel 2016, risiede in comuni con una popolazione inferiore a 10.000 abitanti e circa il 55,0% inferiore a 20.000 abitanti, dati superiori a quelli registrati mediamente nel resto d'Italia (rispettivamente 31,4% e 46,4%); mentre solamente il 28,3% risiede nelle grandi città, con più di 50.000, contro una media italiana del 35,9%. Se, però, da questo primo dato generale si sposta l'attenzione all'incidenza della popolazione anziana in base all'ampiezza demografica del comune di residenza, per la Lombardia, traspare una configurazione a U, molto più marcata rispetto a quella italiana, in cui la percentuale di over 65 sul complesso della popolazione è particolarmente elevata sia nei comuni sotto i 1.000 abitanti sia in quelli oltre i 20.000, mentre è inferiore nei comuni con una popolazione compresa tra i 1.000 e i 20.000 residenti. Dalla tabella riportata sotto, si può notare come, l'effetto convergenza, di cui si accennato poc'anzi abbia coinvolto maggiormente il livello nazionale rispetto a quello regionale, infatti, proprio nei comuni italiani in cui, ad oggi, gli ultra sessantacinquenni sono numericamente meno rilevanti la popolazione è invecchiata più velocemente, mentre in Lombardia questo fenomeno è avvenuto in modo cospicuo anche per i comuni, come quelli molto piccoli (sotto ai 1.000 abitanti), in cui la quota di persone anziane risulta essere molto rilevante.

⁵ Il saldo di crescita totale è la somma del saldo naturale e del saldo migratorio.

Appare, quindi, chiaro che, almeno nei prossimi anni, i comuni più coinvolti dall'invecchiamento della popolazione, saranno proprio quelli di piccole-medie dimensioni, che si troveranno probabilmente a dover rimodulare le loro politiche di *welfare* tenendo conto della crescente domanda sociale posta dagli anziani.

Tabella 3. Popolazione residente con più di 65 anni, indice di vecchiaia e variazione dell'indice di vecchiaia per ampiezza demografica del comune. Lombardia e Italia. Anno 2015.

	Lombardia				Italia			
	Popolazione residente	% > 65 anni	Indice Vecchiaia	Var. % 2006-15	Popolazione residente	% > 65 anni	Indice Vecchiaia	Var. % 2006-15
< 1.000	170.149	24,7%	203,0	15,9	1.024.698	26,8%	240,7	15,6
1.001 - 3.000	912.812	21,5%	146,0	13,4	4.669.422	23,6%	182,2	17,4
3.001 - 5.000	1.074.402	20,9%	133,3	13,7	4.482.536	22,4%	159,1	15,8
5.001 - 10.000	1.921.479	21,5%	135,2	14,1	8.486.181	21,7%	148,2	16,9
10.001 - 20.000	1.717.817	22,6%	141,4	13,9	9.639.433	21,4%	142,5	19,8
20.001 - 50.000	1.650.497	25,1%	153,6	12,2	11.195.499	21,7%	147,4	23,2
> 50.001	2.561.295	24,9%	183,9	-3,9	21.167.782	22,9%	166,0	14,2

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Occorre, infatti, tener conto che risiedere in certi tipi di comuni può avere un'influenza rilevante sulle condizioni di vita degli anziani, tanto in merito al livello di servizi pubblici (sanitari, socio-assistenziali e così via) disponibili sul territorio, quanto nell'accesso ad essi o alla possibilità di fruire dei servizi di trasporto pubblico.

2. Le famiglie

In primo luogo, occorre considerare che, accanto all'allungamento della vita media, negli ultimi decenni, sono avvenuti importanti mutamenti anche nelle tipologie familiari che hanno cambiato profondamente il modo delle persone di vivere in società. Al modello "tradizionale" di famiglia, composto dai due genitori e da uno o più figli, si sono progressivamente affiancati nuovi modelli: nuclei monogenitoriali, famiglie ricostruite e persone che vivono sole. In questo senso – come mette in mostra ormai molta letteratura – se, da un lato, paiono crescere fenomeni di precarietà, d'incertezza e di "destrutturazione" del corso di vita, dall'altro, sembrano anche accentuarsi processi d'individualizzazione e modelli di identità fortemente improntati più all'autorealizzazione che alla doverosità [Stefanizzi *et al*, 2013; Istat, 2014]. In Lombardia, nonostante l'incremento della popolazione, questo fenomeno si è tradotto in un notevole aumento del numero delle famiglie e in una contemporanea diminuzione del numero medio di componenti per nucleo, passato da 3,6 nel 1961 a 2,3 nel 2015.

Tabella 4. Numero di famiglie e numero medio di componenti. Italia, Lombardia e province. Anni 2001, 2011 e 2015.

	2001		2011		2015	
	Numero di famiglie	Numero di componenti	Numero di famiglie	Numero di componenti	Numero di famiglie	Numero di componenti
Bergamo	375.779	2,6	456.076	2,4	461.565	2,4
Brescia	437.706	2,5	530.390	2,4	534.457	2,4
Como	210.588	2,5	252.416	2,4	256.787	2,3
Cremona	135.322	2,5	153.511	2,4	153.232	2,3
Lecco	121.322	2,6	141.504	2,4	143.441	2,4
Lodi	77.979	2,5	94.414	2,4	96.105	2,4
Mantova	146.250	2,6	171.144	2,4	171.150	2,4
Milano	1.248.949	2,3	1.501.725	2,2	1.525.297	2,1
Monza e Brianza	296.544	2,6	358.769	2,4	368.612	2,3
Pavia	211.787	2,3	251.149	2,2	245.872	2,2
Sondrio	69.818	2,5	77.973	2,4	78.817	2,3
Varese	320.900	2,5	375.256	2,4	381.016	2,3
Lombardia	3.652.954	2,5	4.364.713	2,3	1.416.351	2,3
Italia	21.503.088	2,6	25.405.663	2,4	25.853.547	2,3

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Tale “assottigliamento” delle famiglie non è dovuto solamente alla diminuzione delle nascite, e di conseguenza all’aumento di coppie senza figli, ma anche alla frammentazione delle famiglie estese con la conseguenza che sempre più, una volta fuoriusciti i figli dal nucleo familiare (passaggio al “nido vuoto”), gli anziani si trovano a formare una famiglia autonoma, in coppia o da soli. In Lombardia, nel 2015, sono circa il 29,5% le famiglie con un solo componente, tra queste, circa la metà sono persone che hanno oltre i 65 anni, con un dato che varia dal 28% per gli uomini al 64% per le donne e che aumenta con il passare dell’età (30,4% tra i 65 e i 74 anni, 45,3% tra i 75 e gli 84, 59% oltre gli 85 anni). La situazione attuale sembra così configurarsi come caratterizzata tanto da una crescente pluralità dei modelli familiari, quanto da un progressivo indebolimento delle tradizionali reti di solidarietà familiare. Questi aspetti hanno avuto, e si può ipotizzare che avranno ancor di più in futuro, delle importanti ripercussioni sul sistema di *welfare* poiché, in Lombardia così come in Italia, la famiglia ha sempre rivestito un ruolo fondamentale nel sopperire alla carenza di servizi socio-economici, quali, ad esempio, quelli di cura delle persone anziane.

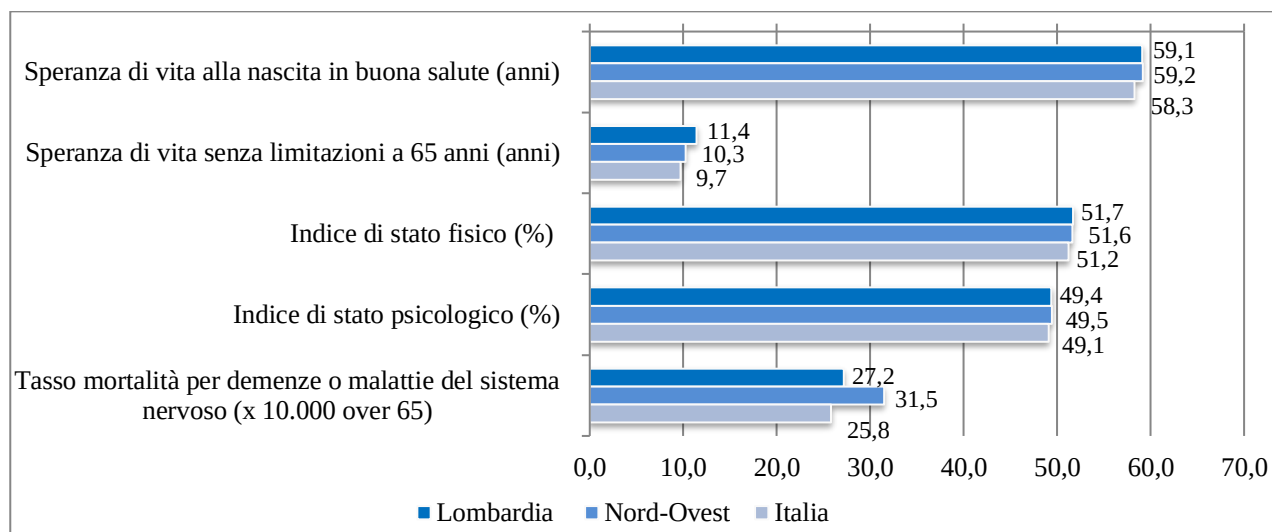
3. La Salute

In questo senso, un secondo nodo cruciale è costituito dalla salute. Come si diceva in apertura, l’Italia è uno dei Paesi europei più longevi: la speranza di vita alla nascita è di 83,2 anni (85,6 per le donne e 80,7 per gli uomini), oltre due anni in più rispetto alla media europea (80,9). A questa longevità, però, non si accompagna una speranza di vita in buona salute altrettanto alta (58,3 anni) e nemmeno un’elevata speranza di vita libera da limitazioni a 65 anni di età⁶ (9,7 anni, uno in meno rispetto alla

⁶ La speranza di vita senza limitazioni a 65 anni di età esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno

media europea). La situazione lombarda, da questo punto di vista, risulta migliore rispetto a quanto avviene, mediamente, nel resto del Paese, un dato che potrebbe essere legato non solo ai più elevati livelli d'istruzione della sua popolazione che permettono, ad esempio, stili di vita più salutari, ma anche ai suoi più elevati livelli di reddito.

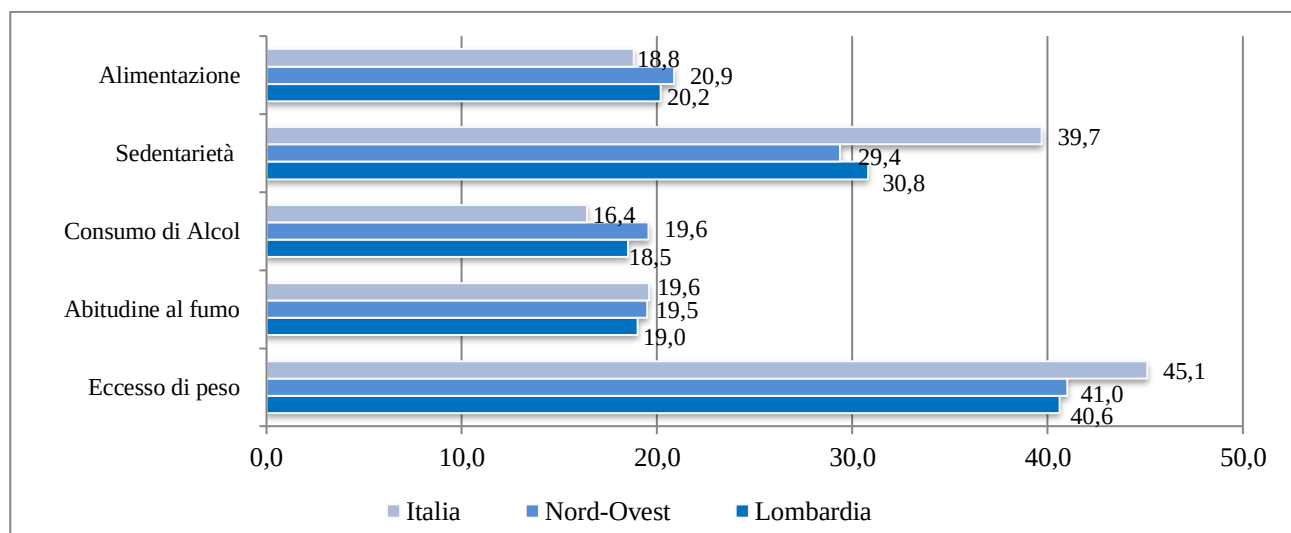
Figura 2. Principali indicatori della condizione di salute. Lombardia, Nord-Ovest e Italia.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Note: Indice di stato fisico, Indice di stato psicologico e Tasso di mortalità per demenze o malattie del sistema nervoso (2013); Speranza di vita alla nascita in buona salute e Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni (2015).

Figura 3. Principali indicatori dei fattori di rischio. Lombardia, Nord-Ovest e Italia. Anno 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Nonostante queste prime suggestioni, emergono chiaramente almeno due dinamiche, legate all'invecchiamento della popolazione, contemporanee e degne di nota. Da un lato, l'aumento del

risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono [Istat, 2016e].

livello d'istruzione e di benessere economico, assieme all'adozione di stili di vita più salutari e ai progressi in campo medico, hanno portato ad un allungamento della vita media e ad un miglioramento nella qualità della stessa, tanto che la generazione dei primi *baby boomer* arriva alla soglia dell'età anziana in condizioni di salute migliori rispetto alle precedenti, cosa che si traduce, almeno per i giovani-anziani (65-74 anni), in una riduzione della presenza di malattie croniche gravi e in un aumento della partecipazione sociale e culturale degli stessi. Dall'altro, però, l'allungamento della vita media ha portato anche ad un notevole incremento della popolazione in età più avanzata, i "grandi vecchi", più soggetti all'insorgenza di malattie croniche gravi e di progressive limitazioni funzionali, che richiedono maggiormente cure e sostegno socio-sanitario tanto alle reti familiari quanto ai servizi.

Tabella 5. Persone con più di 65 anni di età per tipologia di limitazione funzionale. Italia e Regioni. Anno 2013.

	Confinamento	Limitazioni funzioni della vita quotidiana	Limitazioni movimento	Limitazioni sensoriali	Totale
Piemonte	6,3	9,0	8,8	3,7	14,7
Valle d'Aosta	7,2	9,1	9,1	3,3	14,4
Liguria	7,4	9,9	8,4	2,9	15,0
Lombardia	7,9	9,5	7,7	3,5	15,7
Nord-Ovest	7,2	9,4	8,5	3,4	15,0
Trentino-Alto Adige	4,1	10,4	7,3	4,8	15,3
Veneto	7,6	12,4	9,3	4,6	18,7
Friuli-Venezia Giulia	9,7	11,2	9,0	4,6	17,4
Emilia-Romagna	7,2	12,3	9,2	4,7	17,9
Nord-Est	7,2	11,6	8,7	4,7	17,3
Toscana	8,5	9,8	10,5	4,6	17,6
Umbria	8,3	15,3	11,8	6,2	21,3
Marche	10,0	13,7	9,0	5,2	19,2
Lazio	9,5	12,2	9,6	5,7	19,4
Centro	9,1	12,8	10,2	5,4	19,4
Abruzzo	8,8	13,1	7,6	6,2	19,2
Molise	9,4	12,2	11,9	4,9	20,6
Campagna	12,9	16,2	12,2	7,4	25,2
Puglia	14,3	18,7	13,4	6,6	26,9
Basilicata	9,3	11,2	8,4	7,6	19,7
Calabria	10,9	15,3	11,5	7,1	22,8
Sicilia	12,8	16,8	13,8	6,3	25,5
Sardegna	10,6	17,0	13,8	5,8	25,4
Mezzogiorno	11,1	15,1	11,6	6,5	23,2
Italia	9,4	12,8	10,2	5,2	19,8

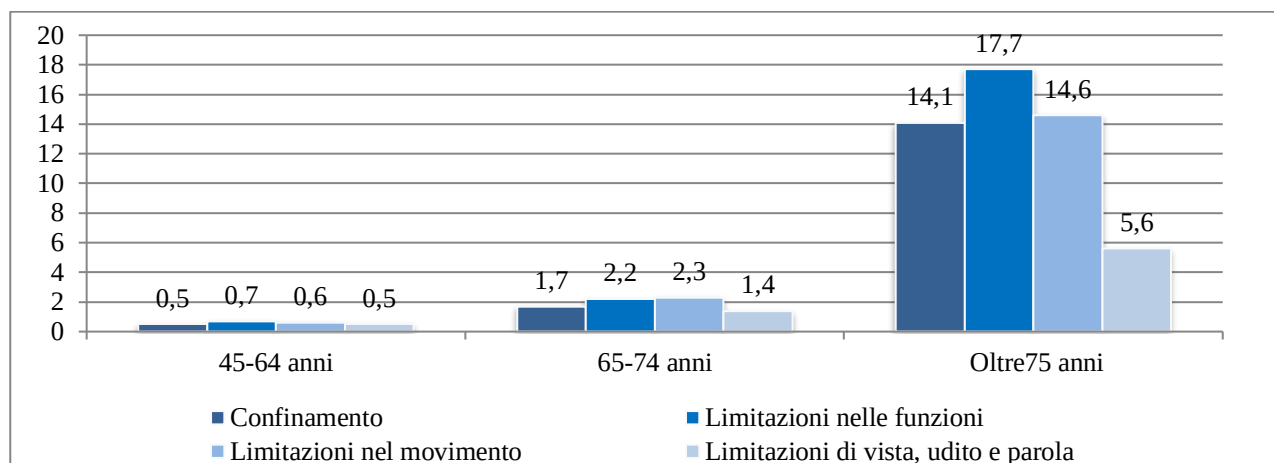
Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

I dati resi disponibili dall'Istat mettono in evidenza come, in Lombardia, circa il 40,5% della popolazione sia affetta da almeno una malattia cronica mentre il 15,7% delle persone ultrasessantacinquenni soffre di una o più delle limitazioni funzionali individuate dall'OMS come compromettenti la vita di tutti i giorni⁷, percentuali superiori a quanto avviene mediamente nelle altre

⁷ A seconda della sfera di autonomia compromessa, l'Istat – in accordo alle prescrizioni OMS – distingue diversi tipi di limitazioni funzionali: il confinamento (le situazioni di costrizione a letto, su sedia o in abitazione), le difficoltà nel

regioni del Nord-Ovest ma inferiori al dato nazionale. Quest'ultima situazione colpisce maggiormente le persone con oltre 75 anni di età (27%) e in modo nettamente inferiore quelle tra i 65 e i 74 anni (5%).

Figura 4. Tipologia delle limitazioni funzionali per classi di età. Nord-Ovest. Anno 2013.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Pelliccia [2015]

Se si considera che, complessivamente, solo il 5% di questa popolazione usufruisce dei servizi di assistenza domiciliare e il 3% di quella residenziale, peraltro con grandi differenze sul territorio regionale, è facile comprendere come la responsabilità della cura e dell'assistenza all'anziano gravino ancora notevolmente e quasi esclusivamente sulle spalle delle famiglie e, in particolare delle donne. Com'è noto, infatti, il sistema di *welfare*, cosiddetto "familistico" o "occupazionale-familistico" [Esping Andersen, 1990; Ferrera, 1998], che caratterizza il nostro Paese, ha storicamente fatto ricorso alla figura femminile come principale *caregiver* familiare, cosa che ne ha comportato una bassa partecipazione al mercato del lavoro o un precoce abbandono, soprattutto di fronte a redditi bassi e non sufficienti per ricorrere ad aiuti a pagamento, instaurando così dei circoli viziosi secondo i quali le donne adulte di oggi si troveranno nella condizione di anziane socialmente ed economicamente fragili domani [Reyneri, 2011; Saraceno, 2003].

Interessante da questo punto di vista risulta, però, anche l'analisi della spesa degli enti locali in favore tanto degli anziani quanto delle famiglie, nel complesso. In termini di spesa, a livello territoriale, si registrano delle grandi differenze non solo per quanto riguarda il confronto tra le diverse province lombarde ma anche per quanto attiene alle caratteristiche stesse degli insediamenti.

Guardando al livello provinciale, si evince immediatamente come la spesa media *pro capite* lombarda in Politiche Sociali sia spostata verso l'alto da quella dei comuni nella provincia di Milano che presentano l'unico dato nettamente superiore rispetto alla media regionale: la spesa di questa provincia è, infatti, molto alta, pari a 275,5 euro *pro capite*, quasi 100 euro in più in rapporto alla provincia di Monza e Brianza, la seconda in termini di spesa. Milano è anche la provincia che presenta la spesa maggiore in favore degli anziani (45 euro *pro capite*) seguita da quelle di Brescia (31 euro) e Sondrio (29).

movimento (problemi nel camminare, nell'usare le scale e nel raccogliere oggetti da terra), le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (*Activities of Daily Living*, ADL) e le difficoltà della comunicazione (udito, vista e parola).

Tabella 6. Spesa *pro capite* (in euro) per i principali programmi di Politiche Sociali e Famiglie. Lombardia e Province. Anno 2015.

	Infanzia e minori	Anziani	Disabilità	Esclusione sociale	Servizi socio-sanitari	Altro	Totale
Bergamo	19,50	14,12	13,22	10,11	22,48	20,98	100,41
Brescia	27,46	30,93	17,69	12,41	14,87	36,36	139,72
Como	5,16	20,30	3,66	2,40	9,93	10,94	52,39
Cremona	29,83	16,04	13,76	7,98	16,97	39,49	124,07
Lecco	18,89	14,57	16,28	18,97	24,14	26,38	119,23
Lodi	46,19	18,38	18,62	12,9	22,13	36,17	154,39
Monza e Brianza	47,09	18,12	38,53	12,71	15,89	43,88	176,22
Milano	97,89	45,07	46,01	24,89	17,99	43,62	275,47
Mantova	33,35	21,53	24,70	8,05	18,19	32,74	138,56
Pavia	36,32	12,31	23,04	13,35	14,67	24,02	123,71
Sondrio	8,98	29,25	7,09	2,59	16,23	21,40	85,54
Varese	43,37	12,29	25,71	15,06	26,46	33,53	156,42
Lombardia	52,86	28,19	28,26	15,81	18,26	34,81	178,19

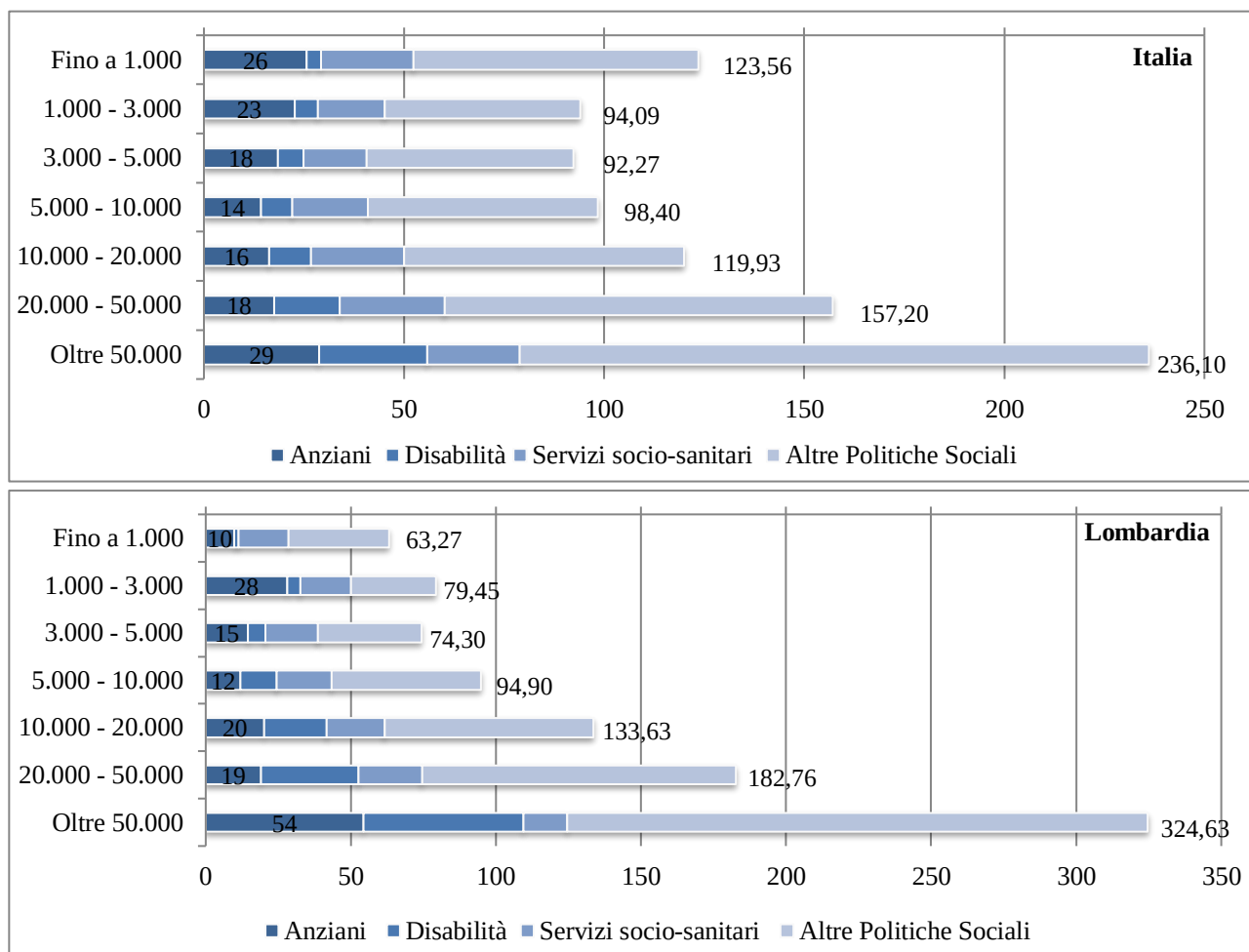
Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini

Purtroppo non ci è dato sapere quali siano le attività a favore delle quali vengano impiegati questi capitoli di spesa per cui, i dati fin qui presentati possono fornire, al più, utili indicazioni non soltanto in merito al livello di attenzione degli enti locali per quelle che sono le fasce di popolazione più vulnerabili ma anche, e soprattutto, per quanto riguarda la capacità di spesa dei Comuni che si traduce – proprio in base ai servizi che essi riescono a fornire ai propri cittadini – in un diverso grado di benessere della popolazione residente.

La figura sottostante mostra la spesa *pro capite* dei Comuni, in Lombardia e in Italia, per alcuni programmi di Politiche Sociali, tenendo conto della loro classe di ampiezza demografica. Mentre la distribuzione lombarda mostra una crescita progressiva della spesa, che passa da un minimo di 67 euro *pro capite* nei comuni fino ai 1.000 abitanti ad un massimo di 325 in quelli superiori ai 50.000; la distribuzione nazionale presenta, invece, un andamento a “U”, in cui le spese maggiori si riscontrano ai due poli della distribuzione, ossia nei Comuni di piccolissime dimensioni (123,5 euro *pro capite*) e in quelli di dimensioni maggiori (157 euro tra i 20.000 e i 50.000 abitanti e 236 oltre i 50.000 abitanti). Nei Comuni lombardi al di sotto dei 10.000 abitanti la spesa in questo tipo di interventi è sempre inferiore a quella media nazionale mentre cresce notevolmente nei centri più grandi, arrivando a superare di circa 88 euro *pro capite* quella nazionale nei Comuni con più di 50.000 abitanti.

Come si può notare, la spesa in favore degli anziani – assieme a quella per l’infanzia, la disabilità e ai servizi socio-sanitari – costituisce uno dei programmi di spesa più corposi in tutti i Comuni. La distribuzione della spesa per questo specifico programma pare ricalcare, a livello nazionale, quella generale della spesa sociale ed è più cospicua proprio laddove è maggiore la presenza degli anziani che ha anch’essa una distribuzione a “U”. Lo stesso, però, non si può dire per il livello regionale: in Lombardia, infatti, la spesa in interventi rivolti agli anziani raggiunge i 54 euro *pro capite* nei Comuni con oltre 50.000 abitanti (25 euro in più dei Comuni di pari dimensioni nel resto d’Italia) ma rimane relativamente più bassa in tutti gli altri, tra i 10 e i 20 euro, fatta eccezione per quelle amministrazioni locali con una popolazione compresa tra i 1.000 e i 3.000 abitanti che spendono in questo genere d’interventi 28 euro *pro capite* (5 in più in rapporto al dato italiano).

Figura 5. Spesa pro capite (in euro) in Politiche Sociali e famiglie per classe di ampiezza demografica dei Comuni. Lombardia e Italia. Anno 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini

La spesa dei Comuni lombardi sembra, inoltre, seguire solo parzialmente l'andamento della presenza degli anziani – con la distribuzione a “U” di cui si è fatto cenno in precedenza – e unicamente quando esso riguarda le amministrazioni più grandi. La maggiore vulnerabilità in termini di spesa per gli anziani sembrerebbe caratterizzare comunque non solo i Comuni più piccoli, sotto ai 1.000 abitanti, ma anche quelli di ampiezza intermedia, compresa tra i 3.000 e i 10.000 abitanti che, secondo la tesi della convergenza, vedranno aumentare la loro quota di anziani da qui ai prossimi anni.

Tabella 7. Presenza degli over 65 e spesa pro capite (in euro) per classe di ampiezza demografica dei Comuni. Lombardia e Italia. Anno 2015

Lombardia	Italia
-----------	--------

	> 65 anni %	Indice Vecchiaia	Spesa Anziani		> 65 anni %	Indice Vecchiaia	Spesa Anziani
Fino a 1.000	24,7	203,0	9,78		26,8	240,7	25,73
1.000 - 3.000	21,5	146,0	28,04		23,6	182,2	22,71
3.000 - 5.000	20,9	133,3	14,51		22,4	159,1	18,45
5.000 - 10.000	21,5	135,2	12,06		21,7	148,2	14,28
10.000 - 20.000	22,6	141,4	20,18		21,4	142,5	16,34
20.000 - 50.000	25,1	153,6	19,04		21,7	147,4	17,61
Oltre 50.000	24,9	183,9	54,35		22,9	166,0	28,87

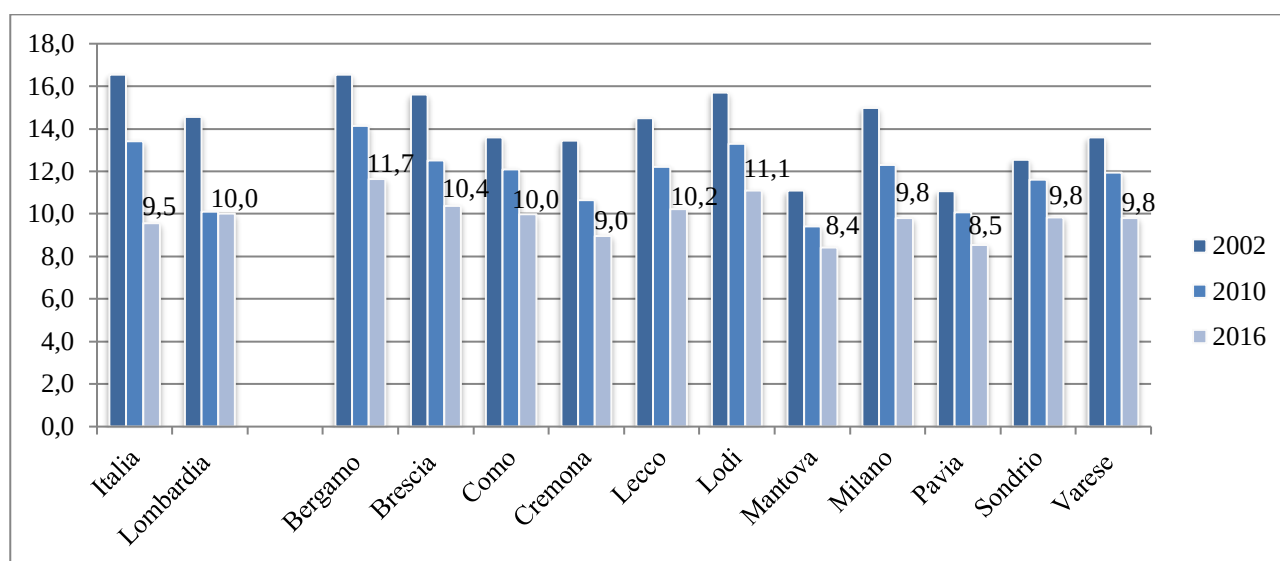
Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini

Nonostante il panorama lombardo si configuri come uno tra i più virtuosi a livello nazionale, i tassi di copertura per servizi di *Long Term Care*, quali strutture residenziali, semiresidenziali o servizi domiciliari, sono ancora molto bassi. Non va, infatti, dimenticato che, a lungo, la principale, e quasi unica, misura adottata in Italia come forma di supporto ai cittadini anziani è stata quella dell'indennità di accompagnamento, un trasferimento monetario, sotto forma di assegno mensile, garantito a coloro che presentano un'inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o nell'impossibilità di compiere autonomamente le attività della vita quotidiana. Tale preferenza per il trasferimento monetario, coniugata ad un *welfare* di tipo "familistico", si è tradotta in un livello di spesa in servizi molto ridotto, cosa che porta l'Italia ad avere uno tra i minori livelli di prestazioni pubbliche tra i 27 Paesi OCSE [OECD, 2015 e 2016].

Ma cosa accade se contemporaneamente all'allentamento delle maglie delle reti familiari (i processi di nuclearizzazione e frammentazione delle famiglie estese a cui si è fatto cenno prima) diminuiscono anche le persone potenzialmente in grado di prendersi cura degli anziani fragili?

In merito, ad esempio, l'*Oldest Support Ratio* (OSR) ci dice che il numero di persone potenzialmente in grado di prendersi cura, in termini di assistenza informale degli anziani, più che dimezzato negli ultimi decenni – in Lombardia, è passato dal 38:1 nel 1982 al 10:1 nel 2016, 5:1 se si guarda alle sole donne – tenderà a diminuire ancora in futuro, proprio a causa dell'invecchiamento della popolazione. Di conseguenza, si può ragionevolmente immaginare che cresceranno ulteriormente tanto la domanda di servizi pubblici, sanitari e socio-assistenziali, quanto quella relativa ad un altro tipo di assistenza informale, che fa ricorso agli aiuti familiari forniti dalle badanti.

Figura 6. Oldest Support Ratio (OSR), confronto tra anni (2002, 2010, 2016). Italia, Lombardia e province.



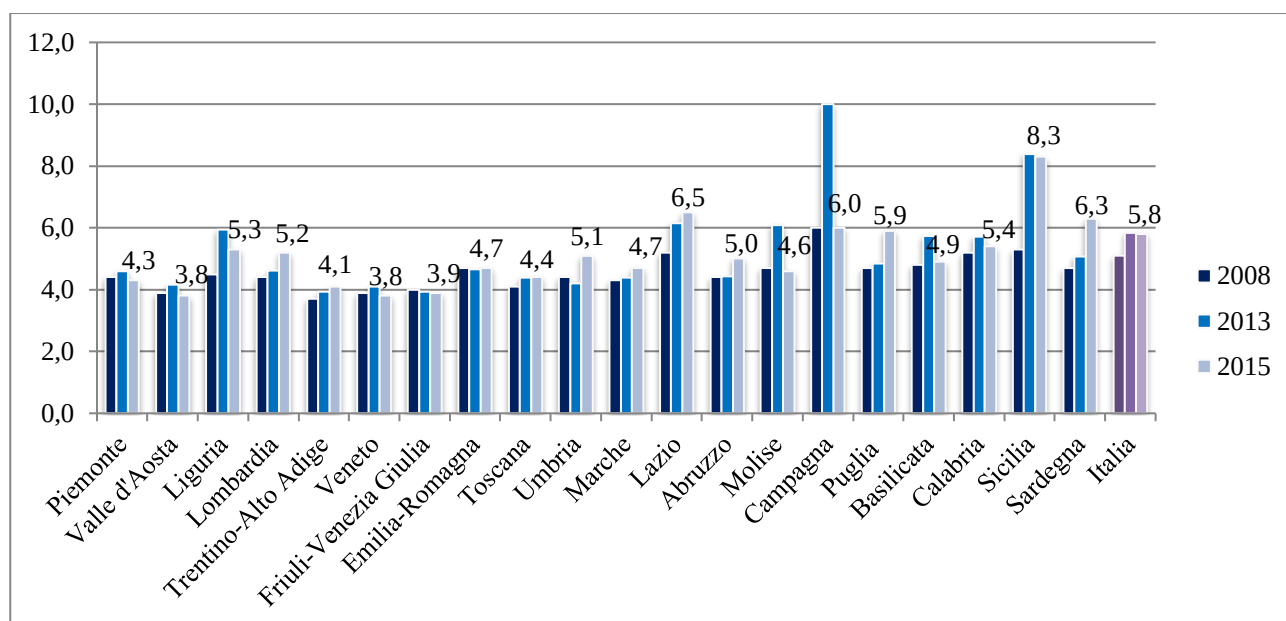
Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini

Note: la figura non presenta il dato in merito alla provincia di Monza e Brianza perché, vista la sua costituzione nel 2009 non presenta il dato per gli anni precedenti.

4. La ricchezza economica delle famiglie

Di fronte a tale complessità pare quindi necessario mettere in atto una pluralità di interventi per promuovere tanto la salute quanto, più in generale, il benessere sociale, fisico e psicologico delle persone. Promuovere migliori condizioni di salute e benessere in età anziana significa, innanzitutto, incentivare interventi volti alla riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche delle famiglie. I dati Istat disponibili mostrano che l'indice di disuguaglianza dei redditi della Lombardia, in crescita nel decennio, sia uno dei più alti tra le regioni del Nord Italia: il rapporto interquantilico, pari a 5,2 nel 2015, indica che la quota dell'ammontare complessivo di reddito equivalente detenuto dal quinto più ricco della popolazione supera di oltre 5 volte quella a disposizione del quinto più povero; dato solo leggermente inferiore alla media Italiana che viene trainata verso l'alto dagli elevati indici di alcune regioni del Mezzogiorno.

Figura 7. Indice di disuguaglianza nella distribuzione dei redditi (rapporto interquantilico). Regioni italiane. Anni 2008, 2013 e 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

La situazione pare ancor più preoccupante se si guardano le dichiarazioni Irpef, rese disponibili dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, da cui si evince come, nella regione, quasi un quarto della popolazione residente percepisca redditi medi annui inferiori a 10.000 euro (il 35% inferiori a 15.000); o, ancora, i dati relativi ai trattamenti pensionistici dell'INPS – fonte di reddito principale per circa il 28% della popolazione lombarda – che indicano come il 30% delle pensioni non raggiunga nemmeno un importo medio mensile di 1.000 euro e circa il 50% non superi comunque i 1.500 euro. Ma procediamo con ordine.

Tabella 8. Distribuzione delle fonti di reddito. Lombardia e Province. Anno 2015.

	Reddito da fabbricati	Reddito da lavoro dipendente	Reddito da lavoro autonomo	Reddito di Impresa	Reddito da partecipazione	Reddito da pensione
Bergamo	2,5	57,6	3,8	4,7	4,7	26,8
Brescia	2,8	56,9	4,1	4,5	5,2	26,4
Como	3,3	53,7	4,4	4,3	5,7	28,5
Cremona	2,5	54,4	3,2	4,1	5,1	30,7
Lecco	2,9	54,9	3,7	4,5	5,8	28,3
Lodi	2,3	59,3	2,9	3,8	3,7	27,9
Monza e Brianza	2,8	57,6	3,7	4,1	4,9	26,9
Milano	3,2	56,9	5,8	3,1	4,5	26,5
Mantova	2,4	54,8	3,4	4,7	5,1	29,6
Pavia	2,8	53,5	4,0	4,2	4,1	31,5
Sondrio	3,1	52,4	3,7	4,6	6,7	29,5
Varese	2,8	54,9	4,0	3,8	4,4	30,1
Lombardia	2,9	56,3	4,6	3,9	4,8	27,6

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati MEF

Come mette in risalto la tabella riportata sopra il 56,3% dei redditi lombardi deriva dal lavoro dipendente e il 27,6% dalle pensioni, mentre il lavoro autonomo e quello imprenditoriale incidono per circa l'8,5%. La restante parte è costituita da redditi da fabbricati, circa il 2,9%, e da quelli di partecipazione, 4,8%. In accordo con le caratteristiche della popolazione, riportate in apertura, le percentuali maggiori in termini di incidenza dei redditi pensionistici si riscontrano nelle province di Pavia, Cremona, Varese, Sondrio e Mantova.

In termini di reddito medio *pro capite* i valori lombardi risultano leggermente superiori a quelli riscontrati nel complesso delle regioni del Nord-Ovest e oscillano tra un massimo di 26.412 euro nella provincia di Milano e un minimo di 18.610 euro in quella di Sondrio.

Tabella 9. Reddito medio e classi di reddito. Lombardia e Province. Anno 2015.

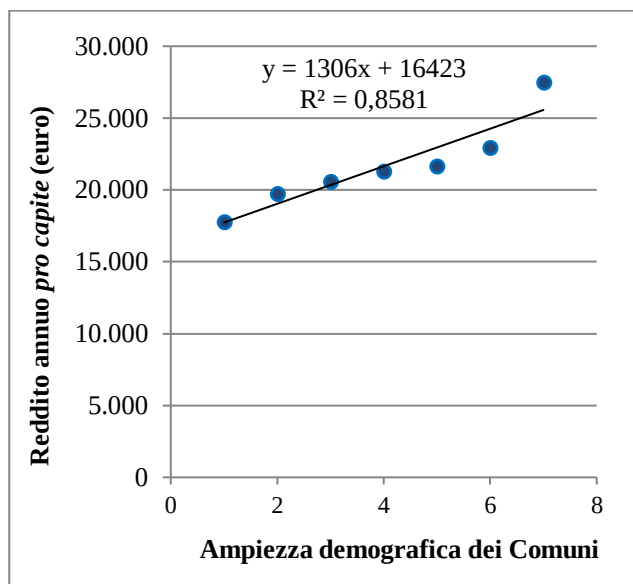
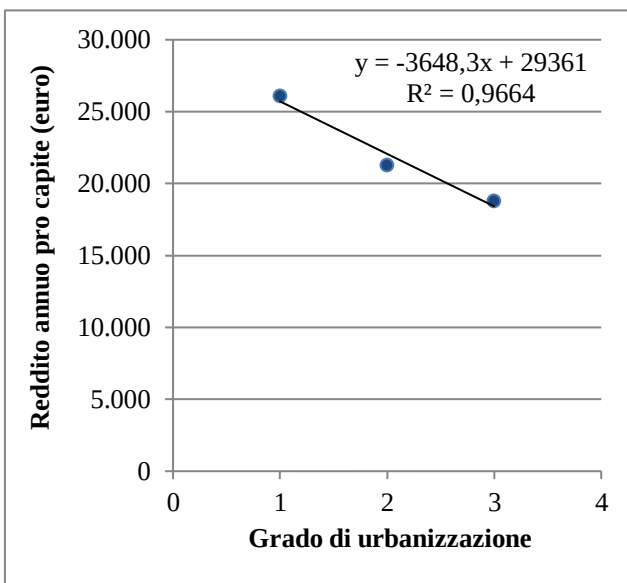
	Reddito medio	Fino a 10.000	10.000 - 15.000	15.000 - 26.000	26.000 - 55.000	55.000 - 75.000	75.000 - 120.000	Oltre 120.000
Bergamo	21.217	23,1	13,0	35,0	23,1	2,2	1,5	0,8
Brescia	20.274	25,1	14,0	33,9	21,5	2,0	1,5	0,7
Como	21.277	24,6	12,0	33,1	22,8	2,5	1,7	0,9
Cremona	20.887	22,4	13,7	35,8	22,7	2,1	1,5	0,6
Lecco	22.804	21,0	11,6	34,7	25,6	2,9	1,9	1,0
Lodi	21.590	21,0	12,7	36,3	24,6	2,3	1,4	0,6
Mantova	19.748	24,0	15,0	35,1	21,1	1,8	1,3	0,6
Milano	26.412	22,0	11,1	30,0	26,9	3,8	2,8	1,8
Monza e Brianza	23.439	20,8	11,6	33,5	26,5	3,1	2,1	1,1
Pavia	21.057	23,5	13,6	34,6	22,1	2,4	1,7	0,7
Sondrio	18.610	27,2	13,7	32,8	20,6	1,6	1,2	0,5
Varese	21.811	22,9	12,1	34,0	23,9	2,5	1,8	0,9
Lombardia	22.979	22,8	12,4	32,9	24,4	2,8	2,0	1,1
Nord-Ovest	22.105	23,5	12,8	32,9	23,9	2,6	1,9	1,0
Italia	19.384	29,8	14,0	29,6	20,6	2,1	1,5	0,7

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati MEF

Guardando alla distribuzione delle realtà provinciali lombarde nelle diverse classi di reddito si può notare come, in tutte le province, la classe di reddito preponderante sia quella media, compresa tra i 15.000 e i 26.000 euro. Nonostante questo, una quota non indifferente di popolazione, almeno 20% in tutte le province, si trova nella parte più bassa della distribuzione, con un reddito inferiore a 10.000 euro annui, distribuzione che presenta valori più levati nelle province di Sondrio (27,2%), Brescia (25,1%), Como (24,6%) e Mantova (24,0%). Complessivamente, in queste province – fatta eccezione per quella di Como – circa il 40% della popolazione ha un reddito inferiore a 15.000 euro.

Due dimensioni importanti, in questo primo quadro d'insieme, sono quelle legate all'ampiezza demografica dei comuni lombardi e al loro grado di urbanizzazione. Come mostra la figura sottostante, maggiore è la dimensione del comune maggiore risulta essere il reddito percepito: esso varia, infatti, tra un minimo di 17.796 euro annui nei comuni sotto ai 1.000 abitanti e un massimo di 27.503 in quelli con una popolazione superiore ai 50.000 abitanti. Relazione inversa si riscontra, invece, tra redditi e grado di urbanizzazione: nelle aree ad elevata densità di popolazione il reddito medio annuo ammonta a 18.808 euro mentre in quelle a bassa urbanizzazione esso è pari a 26.105 euro.

Figura 8. Distribuzione del reddito per ampiezza demografica e grado di urbanizzazione dei comuni. Lombardia. Anno 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati MEF e Istat

Come si diceva poc'anzi, i redditi da pensione in Lombardia costituiscono poco più di un quarto dei redditi percepiti totali e sono quelli che riguardano, più da vicino, la popolazione presa in esame in questa ricerca. Dai dati Inps si evince che, nel 2015, in Lombardia, le persone con oltre 65 anni che percepiscono una pensione sono 2.032.922, il 92,7% dei residenti lombardi nella stessa fascia di età⁸. Tra questi la percentuale delle donne (55,2%) è sicuramente maggioritaria rispetto a quella degli uomini (44,8%), dato che dipende sostanzialmente dalle diverse aspettative di vita dei due sessi: infatti, se le percentuali di uomini e donne percettori di trattamenti pensionistici appaiono eguagliarsi nelle fasce di età più giovani (65-69 e 70-74 anni), è in quelle più avanzate (oltre i 90 anni) che si registra il differenziale maggiore. Detto in altri termini, i tre quarti delle persone con oltre 80 anni che percepiscono una pensione sono donne, dato che, come si vedrà meglio in seguito, ha importanti ripercussioni sul reddito medio delle persone in questa fascia di età.

⁸ Come visto nel primo capitolo, le persone *over 65* residenti nella regione sono 2.193.018. Di queste, 160.096 rimangono escluse dai trattamenti pensionistici erogati dall'Inps ma si può ragionevolmente pensare che esse si sostengano con altri tipi di reddito come quelli derivanti dalla previdenza privata.

Il reddito pensionistico annuo medio, in Lombardia, nel 2015, è di 20.181 euro, importo che, come si diceva, muta notevolmente non solo con l'età ma anche con il genere. Infatti, nonostante le donne pensionate siano più degli uomini l'importo medio dei trattamenti da esse percepiti è inferiore rispetto a quello dei coetanei maschi del 30% (16.706 euro contro 23.665). Sembra, inoltre, esistere una relazione a "U" tra reddito da pensione ed età: l'importo medio pare più alto nelle fasce di età più giovani e in quelle più anziane, mentre le persone tendenzialmente meno benestanti paiono essere quelle tra gli 80 e gli 84 anni, che percepiscono mediamente 18.868 euro annui. Una relazione molto simile appare anche quando i dati vengono disaggregati per genere. Così, anche il reddito delle donne, come si è visto, di molto inferiore a quello degli uomini, tende ad aumentare nelle fasce di età più avanzate, soprattutto a partire dagli 85 anni di età. Questa relazione a "U" può essere spiegata, almeno parzialmente, con l'aumento cumulativo dei trattamenti nelle fasce di età più avanzate: con il passare dell'età aumentano i casi di persone che percepiscono più di un sussidio poiché cresce la probabilità di rimanere senza *partner* e diminuisce contemporaneamente l'autonomia e l'autosufficienza, situazioni che richiedono l'introduzione di pensioni di reversibilità, invalidità o indennità di accompagnamento.

Tabella 10. Numero di percettori di trattamento pensionistico e importo annuo medio ricevuto (in euro) per classi di età e genere. Lombardia. Anno 2015.

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero Percettori	Importo medio	Numero Percettori	Importo medio	Numero Percettori	Importo medio
65-69	268.697	26.058	260.201	15.896	528.898	20.977
70-74	216.240	24.770	221.048	14.873	437.288	19.821
75-79	205.283	23.522	234.329	14.777	439.612	19.149
80-84	130.034	22.059	189.657	15.677	319.691	18.868
85-89	65.773	22.164	135.621	17.166	201.394	19.665
90-94	21.090	23.093	65.446	18.826	86.536	20.960
Oltre 95	3.287	23.919	16.216	19.730	19.503	21.824
Totale	910.404	23.665	1.122.518	16.706	2.032.922	20.181

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Inps

Prendendo ad esempio la situazione delle donne, che finora si è visto essere i soggetti più vulnerabili dal punto di vista economico e sociale, dai dati riportati in tabella, si evince, innanzitutto, come esse, in Lombardia ma non solo, siano i soggetti destinatari principali, o quasi esclusivi, di alcuni trattamenti come le pensioni di reversibilità⁹ (98,9%) e gli assegni sociali¹⁰ (72,5%). In secondo luogo, si può notare che, proprio grazie alla loro longevità, presentano le percentuali maggiori sui sussidi cumulativi. Solo per fare un esempio, tra le persone che percepiscono contemporaneamente una pensione d'invalidità¹¹ ed una di reversibilità l'89,5% sono donne, una percentuale che varia tra il 78,7% nella fascia di età 65-69 anni e il 90,0% oltre i 75 anni. Si può osservare, infine, come

⁹ Si tratta di una pensione indiretta in quanto corrisposta al coniuge superstite in caso di morte della persona in attività lavorativa o già in pensione.

¹⁰ Si tratta della pensione sociale ossia la pensione corrisposta ai cittadini ultrasessantacinquenni sprovvisti di redditi minimi, ai beneficiari di pensioni d'invalidità civile e ai sordomuti al compimento dei 65 anni di età. È un tipo di pensione assistenziale, ossia non legata al tipo di attività lavorativa svolta. Viene erogata dall'Inps ed è finanziata dalla fiscalità generale. A partire dal Gennaio 1996, la pensione sociale è stata sostituita dall'assegno sociale (legge n. 335 del 1995).

¹¹ L'invalidità civile è una pensione erogata ai cittadini con redditi insufficienti e con una riduzione della capacità di lavoro o di svolgimento delle normali funzioni quotidiane superiore al 73 %.

l'importo del sussidio aumenti generalmente proprio in funzione di questa cumulatività: infatti, il reddito medio annuo rimane sotto i 15.000 euro quando le donne accedono ad un solo sussidio ma può arrivare anche a 30.000 quando questi sono più di uno. Lo stesso effetto cumulativo riguarda anche gli uomini ma il fenomeno ha un peso relativamente minore proprio a causa della presenza inferiore di questi nelle fasce di età più avanzate e del loro più elevato reddito medio pensionistico.

Tabella 11. Percentuale di persone con oltre 65 anni per genere, tipo di trattamento ricevuto e importo medio annuo (in euro). Lombardia. Anno 2015.

	Maschi		Femmine	
	Percentuale Percettori	Importo medio	Percentuale Percettori	Importo medio
Pensione di Vecchiaia	59,1	24.525	40,9	13.184
Pensione di Invalidità	51,1	17.181	48,9	12.027
Pensione di Reversibilità (Superstiti)	1,1	9.603	98,9	12.850
Pensioni di Vecchiaia e Invalidità	69,6	34.142	30,4	20.199
Pensioni di Vecchiaia e Reversibilità	16,5	26.752	83,5	20.148
Pensione di Invalidità e Reversibilità	10,5	20.533	89,5	18.844
Pensioni di Vecchiaia, Invalidità e Reversibilità	21,2	34.526	78,8	30.819
Indennità di Accompagnamento	54,1	6.435	45,9	6.473
Assegno Sociale	27,5	7.512	72,5	6.875
Pensione e Indennità di accompagnamento	74,4	23.489	25,6	22.980
Pensione e Assegno sociale	28,6	25.128	71,4	20.680
Indennità di Accompagnamento e Assegno sociale	67,4	9.275	32,6	10.869
Pensione, Indennità di Accompagnamento e Assegno sociale	56,5	27.379	43,5	28.340

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Inps

Ferme restando queste macro dinamiche e spostando l'attenzione ad un livello sub-regionale si possono individuare ulteriori discriminanti territoriali nei livelli di reddito pensionistici percepiti. Come si può notare dalla tabella sottostante, che riporta il dato dei trattamenti pensionistici, indennitari e assistenziali, nel complesso, ripartiti per provincia, gli *over 65* che vivono nella provincia di Milano percepiscono mediamente 4.450 euro in più all'anno rispetto ai residenti nelle province di Brescia o Mantova. Questa discrepanza è dovuta principalmente alla maggiore presenza, nella provincia di Milano, di persone che percepiscono una pensione di vecchiaia e al superiore ammontare di questa, rispetto a quanto avviene nelle altre province lombarde. Detto questo, non secondario rimane il fatto che, a fronte dei trasferimenti, mediamente, in Lombardia, il 28,8% degli *over 65* percepisca un reddito pensionistico inferiore ai 1.000 euro mensili con percentuali superiori alla media nei territori di Brescia (33,6%), Sondrio (32,7%) e Mantova (31,6%), situazione che rispecchia, in parte, quella vista precedentemente in merito ai redditi. All'opposto, le province di Milano e Monza e Brianza, non solo presentano una percentuale inferiore alla media di persone che ricevono trasferimenti inferiori ai 1.000 euro mensili, ma hanno anche la percentuale maggiore di persone che percepiscono importi elevati, superiori ai 2.000 euro (rispettivamente 31,7% e 24,4%).

Tabella 12. Percettori di trattamenti pensionistici, indennitari e assistenziali, importo medio annuo e classi di importo mensile (euro). Lombardia e province. Anno 2015.

	Numero percettori	Importo medio annuo	< 499	500 - 999	1.000 - 1.499	1.500 - 1.999	2.000 - 2.499	> 2.500
Bergamo	203.778	18.305	4,4	25,4	25,8	23,8	10,5	10,0
Brescia	235.581	17.454	4,1	29,5	27,4	21,0	9,0	8,9
Como	122.509	18.217	6,7	24,4	25,8	21,6	10,3	11,1
Cremona	78.932	18.432	3,0	25,2	28,2	23,3	10,3	10,0
Lecco	71.462	19.057	4,0	23,2	24,3	25,6	11,4	11,4
Lodi	44.035	19.045	3,3	22,7	26,2	25,0	11,8	11,0
Mantova	88.881	17.456	2,9	28,7	30,1	20,9	9,2	8,2
Milano	665.504	21.906	4,0	20,1	21,2	22,9	13,3	18,5
Monza e Brianza	171.867	19.552	4,3	22,4	24,6	24,3	11,6	12,8
Pavia	123.974	19.083	3,4	23,0	28,1	23,4	11,3	11,0
Sondrio	38.224	17.483	6,2	26,4	27,6	20,3	10,2	9,2
Varese	188.175	18.938	5,5	22,4	25,0	24,0	11,6	11,5
Totale	2.032.922	18.744	4,3	24,5	26,2	23,0	10,9	11,1

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Inps

Prendendo in considerazione gli importi medi mensili derivanti dalle sole pensioni di anzianità e da quelle ai superstiti si può notare come, non solo il genere ma anche il tipo di territorio, l'ampiezza demografica e il grado di urbanizzazione del comune di residenza influiscano in maniera sostanziale sul reddito pensionistico percepito. Ancora una volta le aree di Milano e Monza e Brianza si caratterizzano per valori superiori alla media regionale (1.359 e 1.310 euro mensili contro 1.144) mentre quelle di Mantova e Como si collocano al di sotto di questa (rispettivamente, 1.012 e 1.086 euro). La provincia di Sondrio, poi, con una pensione di anzianità media di 962 euro mensili, non solo si colloca al di sotto della media regionale ma risulta anche inferiore a quella nazionale.

Inoltre, come accadeva nell'analisi del reddito, anche nel caso di quello pensionistico, all'aumentare delle dimensioni demografiche dei comuni si registra un incremento dell'importo medio mensile che passa da 1.031 euro degli insediamenti inferiori ai 1.000 abitanti a 1.297 di quelli superiori ai 50.000. Il grado di urbanizzazione, invece, risulta, ancora una volta, inversamente correlato: è nelle aree a bassa densità di popolazione che il reddito pensionistico pare essere maggiore, soprattutto quando si guarda a quello delle pensioni ai superstiti.

Tabella 13. Importo medio mensile delle pensioni di anzianità e di superstiti per territorio di residenza, classe di ampiezza e grado di urbanizzazione dei comuni. Lombardia e province. Anno 2015.

	Pensioni di anzianità			Pensioni ai superstiti		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Bergamo	1.483	691	1.147	385	667	632
Brescia	1.406	686	1.112	390	633	608
Como	1.402	738	1.086	395	625	594
Cremona	1.413	722	1.106	406	654	625
Lecco	1.575	733	1.181	384	712	699
Lodi	1.572	817	1.245	397	709	674
Mantova	1.309	694	1.012	399	588	564
Milano	1.733	936	1.359	428	763	719
Monza e Brianza	1.714	860	1.310	410	759	711
Pavia	1.431	766	1.110	396	632	601
Sondrio	1.269	618	962	379	589	566
Varese	1.501	786	1.152	397	690	652
Fino a 1.000	1.320	677	1.031	370	600	574
Da 1.001 a 3.000	1.441	728	1.120	399	649	618
Da 3.001 a 5.000	1.516	764	1.175	401	676	640
Da 5.001 a 10.000	1.565	789	1.207	409	703	665
Da 10.001 a 20.000	1.610	809	1.239	401	723	683
Da 20.001 a 50.000	1.657	854	1.285	417	739	699
Oltre 50.001	1.729	853	1.297	410	778	733
Bassa urbanizzazione	1.760	931	1.369	422	774	728
Media urbanizzazione	1.153	754	926	399	689	652
Elevata urbanizzazione	1.357	695	1.060	388	615	589
Lombardia	1.475	747	1.144	396	663	630
Nord-Ovest	1.442	736	1.117	394	641	609
Italia	1.262	681	999	401	576	554

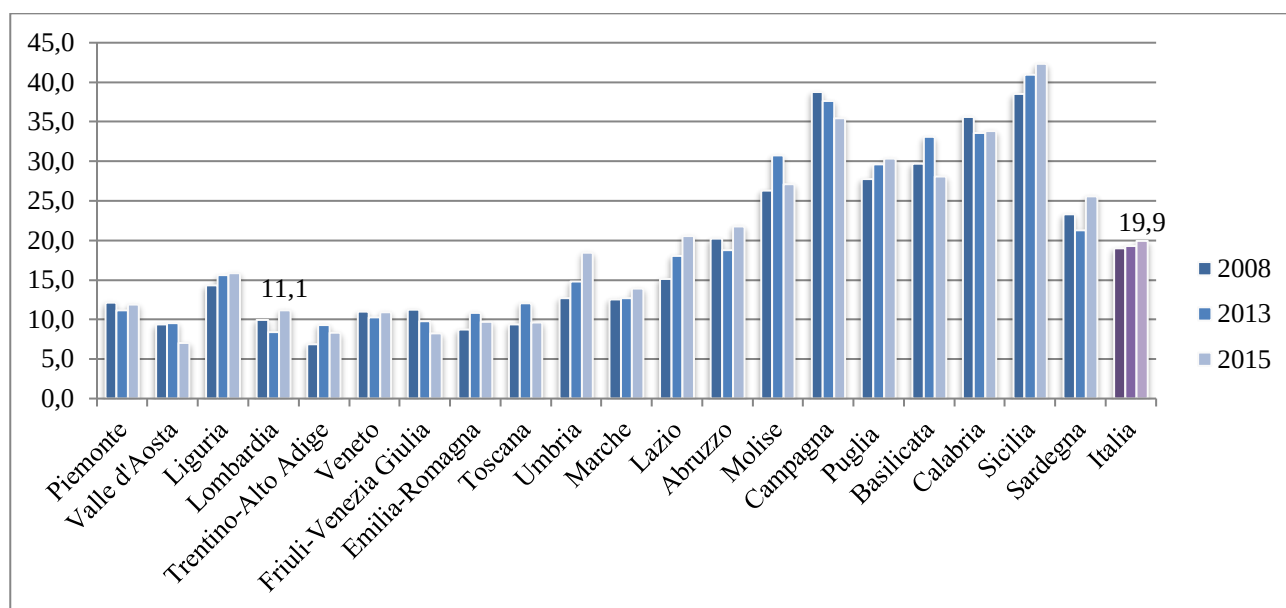
Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Inps

Sebbene questi dati di per sé non costituiscano un indicatore di disagio sociale poiché i nuclei familiari possono avere, in realtà, a disposizione diverse fonti di reddito che, sommandosi, possono comunque portare ad avere le risorse per un buon tenore di vita, mostrano comunque alcuni elementi di criticità relativi sia alle caratteristiche delle persone sia a quelle dei territori. Come si evince dall'analisi, le situazioni di maggiore vulnerabilità si riscontrano tra le donne, che percepiscono mediamente importi medi per redditi e pensioni inferiori rispetto ai loro coetanei uomini, le persone con un basso livello d'istruzione e occupazioni (precedenti al pensionamento) precarie o poco qualificate. La situazione pare anche differenziarsi notevolmente in base alle caratteristiche del territorio: i comuni di piccole dimensioni, soprattutto se in aree svantaggiate di montagna, gli insediamenti ad elevata urbanizzazione e le province di Sondrio, Brescia, Como e Mantova, si rivelano come le aree maggiormente vulnerabili a livello regionale.

Non secondario, in questo, è il fatto che ad un'elevata disuguaglianza nella distribuzione del reddito corrispondano anche più elevati livelli di povertà: in Lombardia il rischio di vivere questa situazione

riguarda circa l'11% della popolazione residente mentre il 5,6% si trova in una condizione di grave deprivazione materiale.

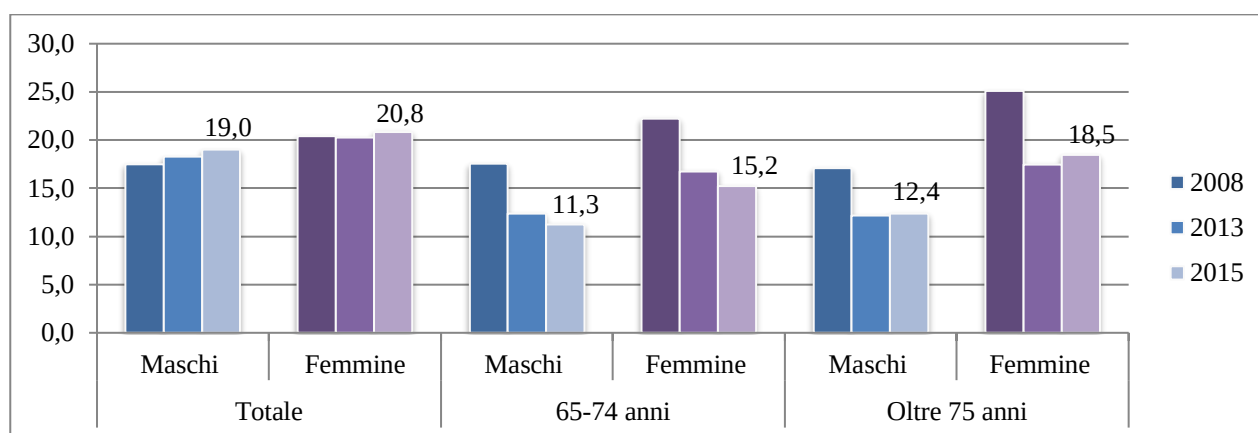
Figura 9. Persone a rischio di povertà (valori percentuali). Regioni italiane. Anni 2008, 2013 e 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

L'incidenza del rischio di povertà riguarda maggiormente le persone più giovani e decresce con il passare degli anni: se nella classe di età 0-24 sono a rischio di povertà oltre un quarto delle persone (26,8%) tale percentuale scende al 20% nelle fasce centrali (25-54 anni) e si riduce ulteriormente oltre i 65 anni di età (14%). Tale situazione, però, risulta differenziarsi anche per quanto riguarda il genere: in generale, le donne, in qualsiasi fase della vita, risultano svantaggiate rispetto ai coetanei maschi e presentano un maggiore rischio di povertà. La discrepanza maggiore tra i due sessi, però, si riscontra soprattutto nelle fasce di età più anziane: tra i 65 e i 74 anni sono a rischio di povertà il 15,2% delle donne e l'11,3% degli uomini, mentre oltre i 75 anni tali percentuali arrivano, rispettivamente, a 18,5% e 12,4%. Nonostante la forbice che si registra tra i due generi, le percentuali di persone a rischio di povertà nelle classi di età più avanzate tendono a diminuire negli anni presi in considerazione, tanto nel caso delle donne quanto in quello degli uomini, mentre, mediamente, nelle persone fino ai 64 anni, avviene l'opposto (+17% tra il 2008 e il 2015).

Figura 10. Persone a rischio di povertà per genere e classi di età (valori percentuali). Italia. Anni 2008, 2013 e 2015.



Tali disuguaglianze oltre a generare forti criticità a livello umano e sociale hanno, come mette in evidenza un recente rapporto dell'Ocse, nel medio-lungo periodo, un effetto negativo, statisticamente significativo, anche sulla crescita¹². Disuguaglianze accentuate nuocciono alla crescita perché creano tensioni sociali, contraggono, nel breve periodo, le già scarse risorse delle famiglie con basso reddito (che avrebbero, però, una forte propensione al consumo) e, a lungo termine, non favoriscono l'accumulazione di capitale umano [Ranci Ortigosa, 2017]. Le persone che vivono questo svantaggio prettamente economico ne accumulano degli altri poiché fanno difficoltà ad utilizzare le opportunità di crescita, di educazione, formazione, occupazione, salute e relazione che, come si è visto, sono gli assi fondamentali su cui si basa il benessere della popolazione, ultrasessantacinquenne e non. Se forti disuguaglianze reddituali nuocciono alla crescita – afferma l'Ocse – occorre allora contrastarle con un insieme di politiche, e fra queste con politiche redistributive di risorse e di opportunità, ben disegnate e attuate, che sostengano i poveri e la bassa classe media. Politiche inclusive, che non si limitino ad erogazioni monetarie ma che garantiscano anche un accesso più equo ai servizi di sostegno, socializzazione, scolarizzazione, inserimento lavorativo, mobilità e tutela della salute [ibidem]. In questo senso, anche le politiche redistributive di contrasto alla povertà divengono parte essenziale delle politiche per lo sviluppo e la crescita economica.

Promuovere migliori condizioni di salute e benessere significa, quindi, operare in termini di servizi, non soltanto volti alla riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche ma riguardanti anche le opportunità e le condizioni favorevoli che permettano alle persone di invecchiare bene. In questo senso, significa, innanzitutto, prendere in considerazione la domanda di mobilità e il suo opposto, quella di radicamento, in secondo luogo, promuovere la socialità, le forme di sostegno psico-fisico, l'apprendimento permanente e, infine, prendersi cura dei luoghi della vita quotidiana, dall'abitazione agli spazi intermedi del vivere cittadino.

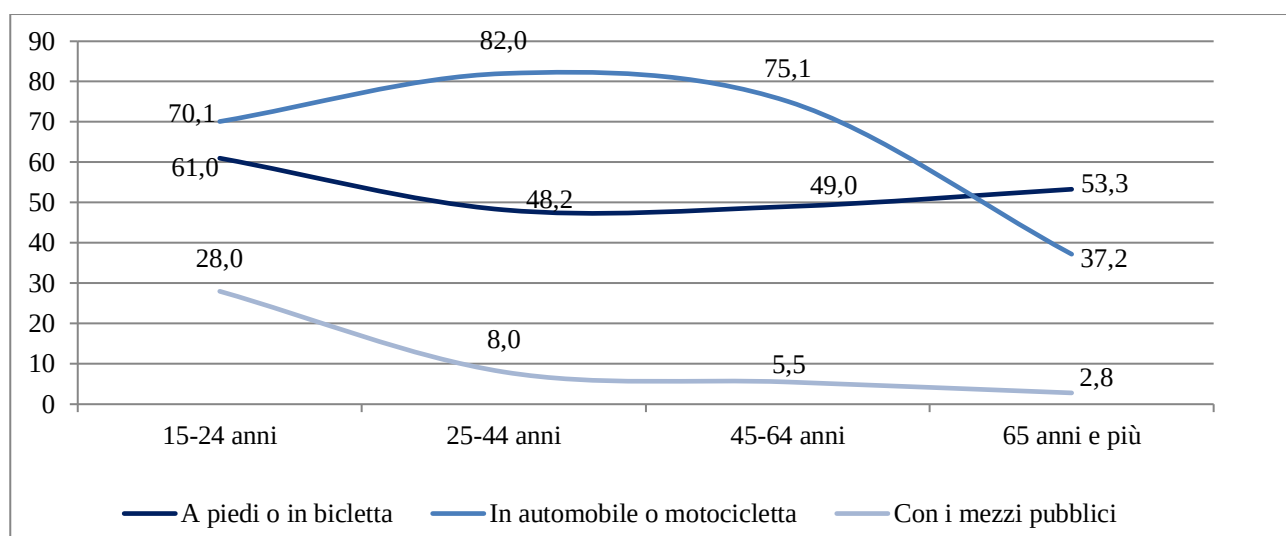
5. La mobilità

¹² L'aumento di 0,3 punti nell'indice Gini dei Paesi Ocse, negli ultimi vent'anni, ha ridotto la crescita dell'insieme degli stessi dello 0,35% all'anno, cumulativamente dell'8,5%. Per l'Italia, se la disuguaglianza fosse rimasta al livello del 1985, la crescita dal 1990 al 2010 avrebbe registrato un +6% cumulativo [OECD, 2014].

La mobilità è una questione di primaria importanza all'interno del concetto di invecchiamento attivo: l'accesso ai mezzi di trasporto, pubblici o privati, è fondamentale per evitare le situazioni di isolamento, per favorire l'accesso ai servizi o la partecipazione sociale e, in generale, per permettere una maggiore autonomia della persona. Spesso, però, alla domanda di mobilità tipicamente debole degli anziani, sembra sommarsi, almeno in alcune aree della Lombardia, lo svantaggio di vivere in insediamenti di piccole dimensioni, situati in zone interne o montuose, in cui gli elevati costi di attivazione di linee di trasporto pubblico e le diseconomie di scala non permettono un'adeguata copertura territoriale del servizio.

La situazione degli anziani pare, quindi, innanzitutto, differente rispetto a quella delle persone nelle fasce centrali d'età: infatti, se, com'è noto, l'automobile risulta essere il mezzo di trasporto più adoperato in assoluto, il suo uso discende con l'aumentare dell'età, ma non viene compensato dall'utilizzo di altri mezzi, come accade, ad esempio, con i mezzi pubblici tra i giovani non ancora in età da patente. Come mostra la figura riportata in seguito, la maggior parte degli ultrasessantacinquenni dichiara¹³ di spostarsi prevalentemente a piedi o in bicicletta per raggiungere i luoghi frequentati abitualmente nella vita quotidiana, una quota meno consistente (37,2%) afferma di utilizzare mezzi di spostamento privati, come l'automobile, mentre solamente una piccola percentuale (2,8%) usufruisce dei mezzi pubblici.

Figura 11. Mezzi di trasporto utilizzati per raggiungere i luoghi frequentati nella vita quotidiana per classe di età. Italia. Anno 2013.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

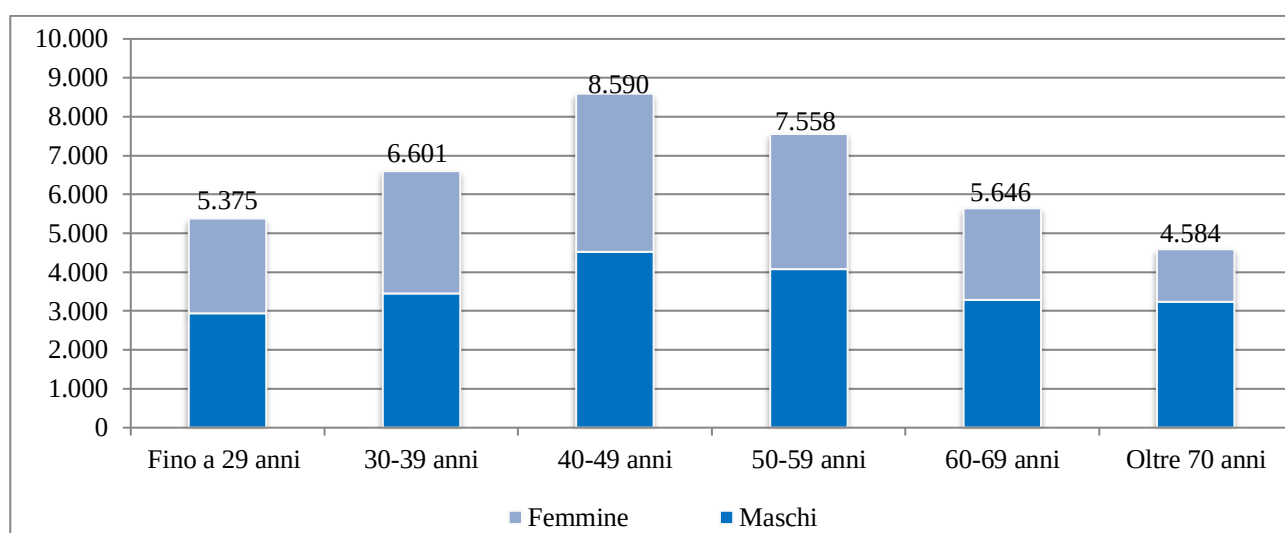
La relazione inversa tra età ed utilizzo dell'automobile si evince anche dall'osservazione dei dati del Ministero dei Trasporti sulle patenti in corso di validità. Se già in termini assoluti si può notare come il maggior numero di patenti si registri nelle classi di età centrali per diminuire con il passare dell'età, è in termini relativi che tale tendenza appare ancor più chiara: nella classe di età 30-39 anni il 95,8%

¹³ I dati a cui si fa qui riferimento sono quelli dell'indagine multiscopo sulle famiglie e sull'uso del tempo, con cadenza quinquennale, condotta dall'Istat.

delle persone possiede la patente, tale percentuale supera l'87% nelle classi 40-49 e 50-59 anni per poi scendere al 78,5% in quella 60-69 e al 47,5% tra le persone con oltre 70 anni.

Questa considerazione vale ancor di più nel caso delle donne: nelle fasce di età più avanzate, benché esse siano numericamente in maggioranza, la percentuale di persone di sesso femminile con la patente di guida risulta essere nettamente inferiore a quella dei loro coetanei maschi (tra le persone con più di 70 anni che posseggono la patente il 70,6% sono uomini e il 29,4% sono donne).

Figura 12. Numero di patenti in corso di validità (valori in milioni) per genere e classe di età. Italia. Anno 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

Sorge, quindi, spontaneo chiedersi perché a fronte di una riduzione nell'utilizzo dell'automobile la domanda di mobilità degli anziani non riesca a incontrarsi con l'offerta del trasporto pubblico. Da questa breve analisi e dai *focus group* condotti in Lombardia, sembrano coesistere almeno due elementi di criticità: da un lato, la problematica pare legata all'utenza in questione, quella degli anziani, e alle barriere fisiche e psicologiche che possono emergere con il passare dell'età; dall'altro, appare un legame forte con il tipo d'insediamento in cui essa vive e il grado di copertura dei servizi che questo è in grado di fornire.

Per quanto attiene all'utenza, la letteratura in merito, mette in evidenza come, alla base del *gap* tra domanda e offerta di servizi di trasporto per gli anziani, ci possano essere una pluralità di fattori: da un lato, le barriere possono essere fisiche e riguardare principalmente l'accessibilità dei mezzi o delle fermate, dall'altro, gli ostacoli possono essere di natura diversa, maggiormente legati ad aspetti psicologici e sociali, come la percezione di sicurezza durante lo spostamento, la facilità di utilizzo

del mezzo o della modalità di acquisto del biglietto, la reperibilità delle informazioni, il *comfort*, la paura di incidenti o di cadere a causa di una guida particolarmente aggressiva, e così via [Fiedler, 2007].

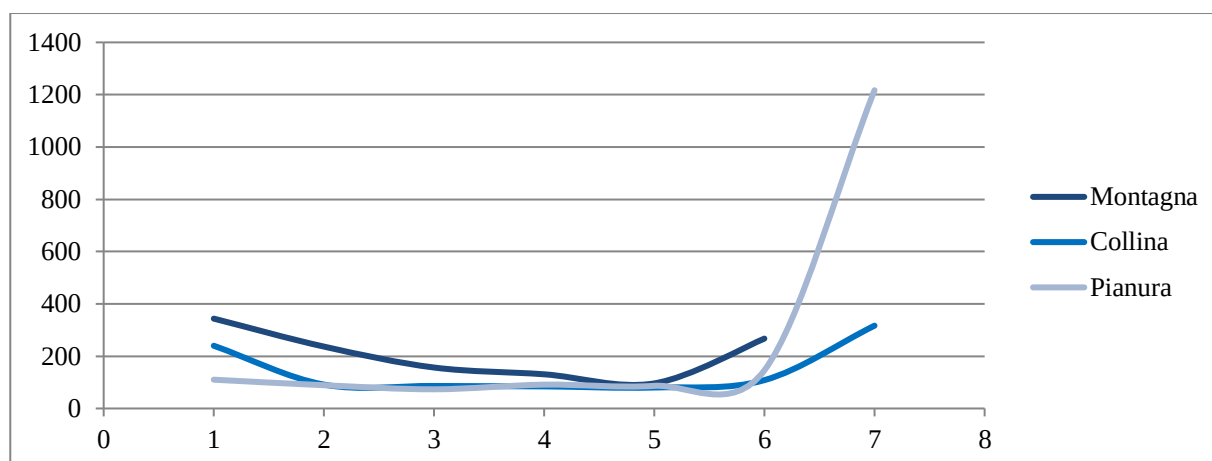
Per quanto riguarda, invece, il tipo d'insediamento, la letteratura mette in luce l'esistenza di una non trascurabile esigenza di mobilità che il trasporto pubblico locale tradizionale non riesce a soddisfare e che riguarda tipicamente le aree suburbane e rurali. Spesso queste zone presentano una bassa domanda di mobilità, tale da non giustificare economicamente l'instaurazione di un servizio di trasporto di linea, spingendo così gli utenti ad avvalersi di autoveicoli privati per i propri spostamenti [Amisano *et al*, 2011]. Nonostante l'elevato livello di urbanizzazione delle società odierne, infatti, un terzo della popolazione italiana risiede in aree rurali, insediamenti spesso lontani da servizi essenziali quali l'istruzione e la sanità. In Lombardia la popolazione che vive in questo tipo di aree ammonta a oltre due milioni di persone, il 26% della popolazione regionale totale [Regione Lombardia, 2015]. Non solo, una parte consistente di questa popolazione vive in quelle che vengono considerate aree di montagna svantaggiate nell'accesso ai servizi, situazione che riguarda principalmente alcune parti delle province di Lecco, Bergamo, Varese, Brescia, Pavia e l'intera provincia di Sondrio.

Se si prova ad analizzare la consistenza della spesa *pro capite* in mobilità degli enti locali si può notare, infatti, come l'area e la dimensione dell'insediamento influiscano notevolmente: sono soprattutto i comuni che si collocano ai due poli della distribuzione a sostenere le spese maggiori in termini di trasporto pubblico locale e di viabilità, da un lato gli enti di montagna di piccole e medie dimensioni, dall'altro quelli di pianura con oltre 50.000 abitanti, secondo quanto avviene tipicamente nell'economie e diseconomie di scala. Non solo, se si confrontano tali spese con il fabbisogno standard¹⁴ stimato per questi enti si evince come, nel caso dei comuni collocati in aree rurali o montane, essa sia di molto superiore al fabbisogno stesso, più di quanto avvenga mediamente nel resto del Paese¹⁵ [Opencivitas]. Ad esempio, nella provincia di Como la spesa complessiva in trasporto pubblico è inferiore al fabbisogno standard del 15% ma se il dato viene disaggregato per zona altimetrica la situazione appare assai diversa con una spesa che supera del 713% quella stimata dal fabbisogno standard per questo tipo di servizio. Situazioni simili s'incontrano guardando anche alle altre province il cui territorio presenta vaste aree montuose come quelle di Lecco, Sondrio e, in misura minore, Bergamo e Brescia.

¹⁴ I fabbisogni standard rappresentano e misurano le reali necessità finanziarie di un ente locale in base alle sue caratteristiche territoriali e agli aspetti socio-demografici della popolazione residente. L'adozione del calcolo dei fabbisogni standard per la distribuzione dei trasferimenti perequativi permette il superamento del vecchio criterio della spesa storica sulla quale si basano i trasferimenti agli Enti territoriali e, dal 2015, di ripartire in modo più equo le quote del fondo di solidarietà comunale. Il confronto tra fabbisogno standard e spesa storica non è comunque sufficiente a valutare l'efficienza di un ente poiché identifica solamente quale sia il livello di spesa che in modo efficiente permetta di finanziare un livello standard di servizi. Quindi, un comune con una spesa storica più alta del fabbisogno non dev'essere considerato come inefficiente ma può semplicemente offrire più servizi di quelli previsti dal fabbisogno standard, come probabilmente avviene nel nostro caso d'indagine, e viceversa (Appendice 2).

¹⁵ In base a quanto appena detto (nota 27), le province lombarde che presentano vaste aree di territorio montano (interno) potrebbero fornire più servizi, in termini di trasporto, rispetto a quanto avviene mediamente nelle province con caratteristiche simili nel resto del Paese.

Figura 13. Spesa *pro capite* (in euro) in mobilità e trasporti per classe di ampiezza demografica dei Comuni e zona altimetrica. Lombardia. Anno 2015.

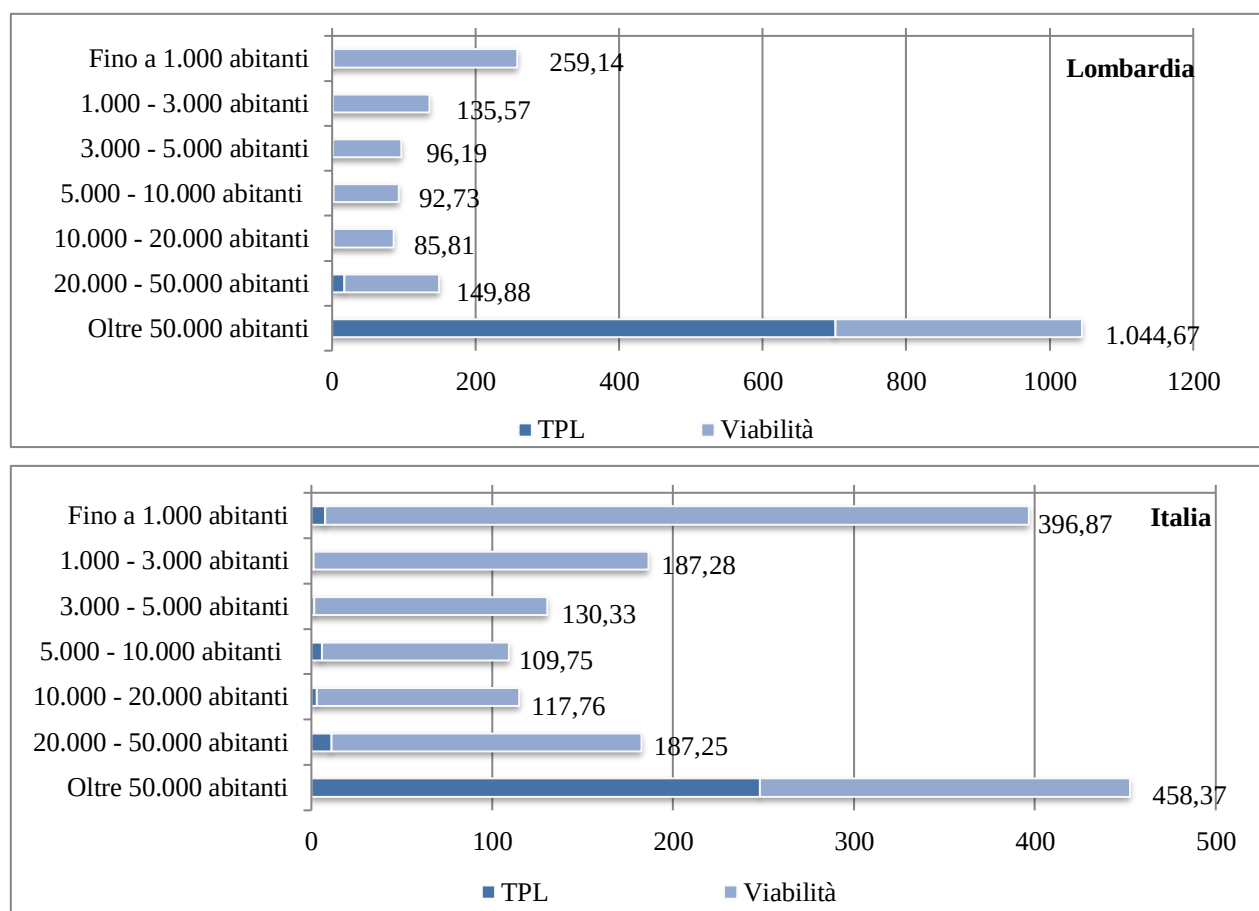


Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini

Nota: le classi di ampiezza demografica dei comuni, indicate dall'asse orizzontale, sono < 1.000 abitanti, 1.000-3.000, 3.000-5.000, 5.000-10.000, 10.000-20.000, 20.000-50.000 e > 50.000 abitanti.

Detto questo, permane il fatto che, un po' come avveniva osservando la spesa *pro capite* in politiche sociali, i Comuni lombardi di piccole e medie dimensioni mostrino delle spese inferiori alla media nazionale sulla mobilità e i trasporti mentre tale spesa si presenta notevolmente più elevata nel caso dei Comuni con oltre i 50.000 abitanti. Ciò è dovuto principalmente, come si evince dalla figura sottostante, al forte peso che riveste in Lombardia il Trasporto Pubblico Locale (TPL) nei capoluoghi di provincia o nelle città di medio-grandi dimensioni. Rispetto a quanto avviene nel resto d'Italia, invece, esso è poco o nulla sviluppato nei comuni di piccole-medie dimensioni (circa 2 euro *pro capite* negli enti fino ai 20.000 abitanti), rimarcando, probabilmente, una difficoltà nell'organizzazione del servizio in questo tipo di territori.

Figura 14. Spesa pro capite (in euro) in mobilità e trasporti per classe di ampiezza demografica dei Comuni. Lombardia e Italia. Anno 2015.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini

In conclusione, quindi, si può dire che, allo svantaggio costituito dall'essere anziano – nei termini di mobilità di cui si è fatto cenno sopra – almeno in alcune aree della Lombardia, si possa sommare quello di vivere in realtà territoriali, come le aree rurali o montane e i Comuni di piccole dimensioni, in cui lo sviluppo della rete dei trasporti pubblici non fornisca uno stimolo all'invecchiamento attivo ma costituisca piuttosto un fattore di esclusione sociale, ancora più grave se si pensa che la mancanza di trasporti influisce anche negativamente sull'accesso a servizi fondamentali quali quelli sanitari e socio-assistenziali.

6. Contesti di vita e abitazioni

Un secondo ambito d'intervento è quello che chiama in causa le politiche urbanistiche. Se è vero che, all'aumentare dell'età, a prescindere dalla disponibilità dei mezzi di trasporto, diminuisce la mobilità delle persone, occorre allora prestare attenzione anche alle forme di radicamento sul territorio, soprattutto nelle aree metropolitane e nelle periferie di queste. È importante, in questo senso, preservare, e sviluppare qualora non ci fossero, degli spazi intermedi in cui gli abitanti di un certo territorio possano incontrarsi, comunicare e intessere relazioni sociali. Migliorare le politiche urbanistiche, però, può significare una pluralità di interventi: dal prevedere zone pedonali prive di barriere architettoniche, al sostenere i piccoli esercizi di vicinato, fino a sollecitare esperienze di *silver*

cohousing o sperimentare, con il coinvolgimento delle associazioni e del terzo settore, soluzioni completamente alternative come, ad esempio, la “Città felice” di Padova o “Il Villaggio della Speranza” di Bologna.

Importanti, in questo senso, sono anche le politiche abitative. Il *Secondo Rapporto sulle condizioni abitative degli anziani*, pubblicato nel 2015, ha messo in evidenza come in Lombardia circa il 50% delle case abitate da ultrasessantacinquenni risulti costruita prima del 1961, con percentuali anche molto più elevate nelle aree di Pavia, Cremona, Sondrio e Varese.

Tabella 14. Abitazioni di proprietà degli anziani per periodo di costruzione e presenza dell’ascensore quando superiori ai due piani. Italia, Lombardia e province. Anno 2015.

	Abitazioni costruite prima del 1946	Abitazioni costruite prima del 1961	Abitazioni con almeno due piani	di cui senza ascensore	Totale abitazioni
Bergamo	16,5	29,4	58,6	77,9	117.731
Brescia	20,8	34,3	46,5	86,4	137.769
Como	21,4	35,9	53,5	81,5	70.042
Cremona	25,9	38,5	36,0	70,6	44.447
Lecco	21,2	35,7	59,5	76,7	40.197
Lodi	14,5	26,9	41,6	65,2	24.831
Mantova	22,9	35,8	28,8	74,1	51.282
Milano	12,4	31,8	77,4	25,5	369.237
Monza e Brianza	10,5	25,2	59,0	47,6	100.342
Pavia	25,2	43,5	35,9	61,9	70.584
Sondrio	21,0	36,7	72,8	88,4	23.848
Varese	17,9	32,9	45,1	64,9	107.995
Lombardia	17,0	32,9	58,0	52,2	1.158.305
Italia	19,5	35,4	55,9	59,7	7.244.065

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat e Auser-SpiCgil

La maggior parte delle abitazioni degli *over 65*, sebbene complessivamente risultino in buone condizioni, hanno, però, almeno due piani e – ad eccezione dell’area del milanese – sono sprovviste di ascensore, cosa che può tradursi, soprattutto in presenza di limitazioni fisiche, in un fattore di isolamento per l’anziano. La condizione dell’abitazione, comunque, non è importante solo dal punto di vista socio-relazionale ma anche da quello strettamente fisico: case meno sicure e confortevoli aumentano notevolmente la probabilità di incidenti domestici, già particolarmente frequenti nelle persone con età avanzata: le percentuali di tali avvenimenti pressoché doppie nella popolazione ultrasessantacinquenne e tre volte più alte in quella ultraottantenne, in rapporto a quanto avviene mediamente nel resto delle fasce di età, e riguardano maggiormente le donne [Istat, 2015].

Quindi, l’obiettivo comune, tanto delle politiche urbanistiche quanto di quelle abitative, dovrebbe essere, tra gli altri, quello di promuovere l’*universal design*, uno stile di progettazione che renda lo spazio costruito vivibile e accessibile per ogni persona, e il *free-barrier concept* che prevede l’adeguamento e la modifica di edifici, strutture, mezzi di trasporto e così via, in modo che siano resi accessibili per tutti. Un’organizzazione efficace non solo dello spazio urbano ma anche dello spazio abitativo può, infatti, favorire la ricostruzione e il mantenimento dei legami, soprattutto intergenerazionali, e svolgere funzioni protettive per i legami forti.

7. Il livello d'istruzione e l'apprendimento permanente

Dai dati Istat disponibili si evince che, nel 2016, la Lombardia risulta una delle regioni italiane con le più elevate percentuali di popolazione residente che raggiunge alti livelli di studio: il 28,3% delle persone che hanno un'età superiore a 15 anni possiede almeno un diploma di scuola secondaria superiore e il 14,4% possiede un titolo di studio pari alla laurea, dato, quest'ultimo, maggiore a quanto avviene mediamente sia nel resto d'Italia (13,1%) sia nel Nord-Ovest (13,7%). Tenuto conto che il livello di scolarizzazione, sia a livello nazionale sia regionale, è cresciuto moltissimo negli ultimi decenni, si può ragionevolmente pensare che la situazione delle persone con un'età maggiore ai 65 anni sia sensibilmente diversa da quella della popolazione sopra ai 15 anni. Per avere un'idea di quanto accade nelle fasce di età più avanzate e ad un livello di dettaglio sub-regionale, occorre, però, fare ricorso ad un dato meno recente, quello del Censimento della popolazione e delle abitazioni del 2011. Come mostra la tabella sottostante, oltre la metà della popolazione *over 65*, nel 2011, in Lombardia ha un titolo di studio che non supera la licenza elementare e circa l'80% possiede al massimo la licenza media o l'avviamento professionale. Esistono, però, delle forti differenze territoriali tra le province lombarde. Ad esempio, il grado d'istruzione della provincia di Milano risulta molto più elevato rispetto a tutte le altre e alla media regionale: il 18,5% della popolazione con più di 65 anni possiede un diploma e il 7,1% una laurea o titoli di studio maggiori. Non solo, se si prende in considerazione la sola città di Milano il dato risulta ancor più elevato rispetto all'intera provincia con il 24,5% degli *over 65* che possiedono un diploma e l'11,9% che possiedono una laurea o più. All'opposto, si può notare come le province di Sondrio, Bergamo e Brescia si caratterizzano per il minore grado d'istruzione della loro popolazione anziana: infatti, in queste province, circa il 70% della popolazione, nella fascia di età considerata, ha al massimo la licenza elementare e poco più del 10% titoli superiori alla licenza media.

Se si scompone ulteriormente questa fascia di popolazione per classi di età si nota, inoltre, come al crescere dell'età della popolazione diminuiscano i titoli di studio elevati e aumentino, invece, quelli più bassi: per fare solo un esempio, se, in tutta la regione, le persone *over 65* che possiedono al massimo la licenza elementare sono il 60,5% il dato varia tra il 47,5% nella fascia di età 65-69 anni, sale al 58,2% in quella 70-74 anni fino a raggiungere il 68,6% nella popolazione con oltre 75 anni di età; così allo stesso modo si riducono le percentuali di coloro che possiedono un diploma o una laurea.

Tabella 15. Titolo di studio delle persone con età superiore a 65 anni. Italia, Lombardia e Province. Anno 2011.

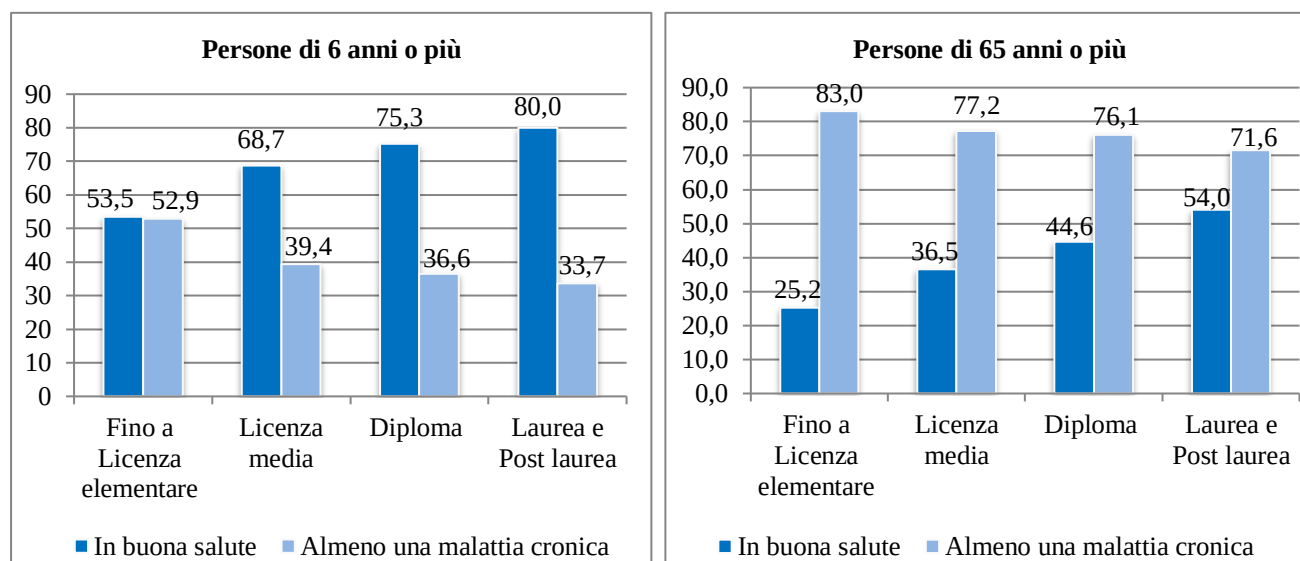
	Nessun titolo	Licenza elementare	Licenza media o avviamento	Diploma	Laurea o più	Totale
Varese	6,8	54,9	21,1	13,1	4,1	100,0
Como	5,8	58,6	19,6	12,5	3,5	100,0
Sondrio	3,0	65,9	16,7	11,4	2,9	100,0
Milano	6,2	42,5	25,7	18,5	7,1	100,0
Bergamo	5,1	64,3	16,6	10,6	3,3	100,0
Brescia	5,5	64,7	16,3	10,2	3,3	100,0
Pavia	7,5	56,0	20,4	12,1	4,1	100,0
Cremona	5,7	61,9	16,9	12,2	3,4	100,0
Mantova	8,9	62,5	15,5	10,0	3,2	100,0
Lecco	4,4	60,7	19,5	12,2	3,3	100,0
Lodi	7,1	60,3	19,9	10,2	2,5	100,0

Monza e Brianza	6,5	55,2	21,5	13,3	3,4	100,0
Lombardia	6,2	54,3	21,0	13,9	4,7	100,0
Italia	12,4	49,4	19,2	13,6	5,4	100,0

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Il livello d'istruzione della popolazione può essere considerato un fattore estremamente importante per la qualità della vita delle persone, e, forse soprattutto, di quelle in età avanzata. Un basso livello d'istruzione, insieme all'analfabetismo, è associato a maggiori rischi di disabilità e non autosufficienza nella vecchiaia, oltre che con più alti tassi di mortalità. L'istruzione nell'età giovanile, e soprattutto le opportunità di formazione continua durante la vita, possono far sviluppare le abilità che servono per adattarsi ai nuovi contesti e a rimanere indipendenti. I canali attraverso cui la formazione e l'istruzione possono agire sulle condizioni di vita degli anziani sono molteplici: vi sono aspetti legati alla vita lavorativa, aspetti socio-psicologici o, ancora, aspetti connessi alle abitudini nella vita quotidiana. Come sostiene molta letteratura, maggiori competenze aprono possibilità d'impiego più sicure, meno logoranti o stressanti e più soddisfacenti dal punto di vista personale; sono inoltre positivamente correlate con il reddito e con le possibilità di lavorare a tempo pieno, e negativamente con la disoccupazione; inoltre, in tutte le fasce d'età, una maggiore istruzione porta ad un più alto tasso di attività. Non solo, maggiori competenze hanno un effetto positivo sulla sensazione di controllo della propria vita, percezione legata all'autosufficienza e alle condizioni di salute; allo stesso modo, le persone più istruite tendono anche ad essere più strettamente inserite nel tessuto sociale, ad avere cerchie di amici e conoscenze più ampie, sulle quali possono contare come supporto in età anziana. Inoltre è ben documentata la relazione tra gli anni di formazione e le abitudini di vita legate al consumo di sigarette, alcool o alla propensione all'esercizio fisico e ad altri comportamenti benefici per la propria persona da un punto di vista medico. La relazione tra istruzione e salute non si limita a questi casi ma agisce anche indirettamente – attraverso il genere, il reddito e la condizione sociale – su alcune malattie o comportamenti. Un ultimo effetto positivo del livello d'istruzione sulla salute della popolazione, degno di essere brevemente citato, è il cosiddetto *spillover*, meccanismo attraverso il quale le buone pratiche ed abitudini vengono trasmesse dai genitori ai figli.

Figura 15. Stato di salute e presenza di malattie croniche nella popolazione (valori percentuali) per titolo di studio conseguito dalla popolazione nel complesso e da quella con oltre 65 anni di età. Italia. Anno 2016.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Dal punto di vista sociale, risultano, quindi, maggiormente da sviluppare anche le opportunità di apprendimento permanente. Se, infatti, il livello d'istruzione costituisce una delle caratteristiche che maggiormente influiscono sul benessere delle persone, inteso, non soltanto come l'insieme degli stili di vita e delle condizioni di salute ma anche come condizione economica, allora pare necessario aumentare e diversificare le occasioni di esperienze formative, tenuto conto che partecipare a corsi d'istruzione in età avanzata ha un significato profondamente diverso da quello che può avere in altre fasi della vita e può voler dire saper comprendere la società in cui si vive e restare al passo con i cambiamenti (si pensi all'utilizzo di Internet e delle nuove tecnologie), approfondire delle tematiche d'interesse o, ancora, evitare l'esclusione sociale e rimanere attivi e creativi. In Lombardia, i dati disponibili mostrano come l'offerta educativa per gli adulti sia ancora estremamente contenuta, sebbene maggiore rispetto a molte delle altre regioni italiane, e come solamente il 2% della popolazione ultrasessantacinquenne frequenti uno dei corsi proposti dalle agenzie istituzionali (università della terza età, centri studio o CPIA). Un dato del genere chiama, probabilmente, in causa una pluralità di fattori che vanno dalle caratteristiche personali, come il livello d'istruzione precedente o il grado di informazione in merito a queste attività, alla lontananza tra i luoghi di residenza e i centri in cui tali esperienze si svolgono. Una migliore promozione di ciò che già esiste oltre ad una diversificazione dell'offerta e un avvicinamento di questo tipo di servizi ai cittadini potrebbero essere dei primi passi avanti verso per uno sviluppo crescente di esperienze formative durante l'età anziana. Promuovere la salute e il benessere nella terza età significa, in altre parole, cercare di contrastare l'isolamento che le persone anziane possono vivere, nelle varie forme che esso può assumere, garantendo al contempo le condizioni favorevoli affinché la vecchiaia possa essere vissuta in modo positivo e non come un ostacolo.

8. Stili di vita e partecipazione sociale

Un indicatore importante del benessere delle persone anziane è il loro grado di coinvolgimento e partecipazione sociale. A questo proposito, si è nuovamente fatto ricorso ai dati messi a disposizione dall'Istat e si sono scelte alcune dimensioni di tale partecipazione: *in primis*, quella associativa, riguardante il volontariato in realtà culturali, ricreative e politiche, in secondo luogo, quella religiosa, attraverso il numero delle volte che si frequenta un luogo di culto, e, infine, quella strettamente politica. Come si può osservare dalla tabella sottostante, la vita religiosa e politica delle persone sembra prender forma e peso con il passare dell'età: la frequentazione di un luogo di culto, minima nelle fasce di età più basse¹⁶, riguarda più di un terzo delle persone tra i 45 e i 64 anni di età e poi discendere gradualmente; stessa considerazione vale per la discussione e il dibattito politico, la cui percentuale di persone coinvolte cresce all'aumentare dell'età.

Tabella 16. Indicatori della vita associativa, religiosa e politica per classi di età della popolazione. Italia. Anno 2015.

	Riunioni in associazioni culturali e ricreative	Attività gratuite in associazioni di volontariato	Attività gratuita in un sindacato	Frequentazione di un luogo di culto (almeno una volta a settimana)	Discussione sulla politica italiana (più volte a settimana)	Ascolto di un dibattito politico
Fino a 13 anni	-	-	-	48,2	-	-
14-24 anni	9,6	12,6	0,3	15,0	17,6	13,3
25-34 anni	8,2	10,7	0,4	11,9	21,7	14,6
35-44 anni	9,3	11,1	1,5	16,3	23,8	14,8
45-54 anni	9,6	11,5	1,7	17,9	26,4	21,3
55-64 anni	9,9	12,6	2,2	19,6	27,4	23,8
65-74 anni	9,9	10,1	0,8	28,5	23,1	21,7
Oltre 75 anni	5,7	5,5	0,3	34,0	16	13,1
Totale	8,9	10,7	1,1	22,1	22,6	17,7

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Su quest'ultimo aspetto è anche interessante notare come l'informazione e le modalità di quest'ultima cambino tra le persone in base all'età. Le persone con oltre i 65 anni si informano sulle tematiche riguardanti la politica italiana con maggior frequenza rispetto alle persone più giovani: coloro che dichiarano di informarsi tutti i giorni sono 42,8% tra i 65 e i 74 anni e 34,5% oltre i 75 anni, percentuale che si dimezza – per una diversa disponibilità di tempo e di interesse – nelle età più giovani (12,4% nella fascia di età 14-24 anni e 21,4% 25-34 anni). Non solo, cambiano anche le modalità attraverso cui si fruisce dell'informazione: se la televisione si rivela per tutte le età lo strumento principale, a maggior ragione quando si tratta di persone anziane, si può notare come, accanto ad essa, nelle età più avanzate rivestano un ruolo importante anche i quotidiani e le riviste, meno considerate quali fonti d'informazione dai giovani.

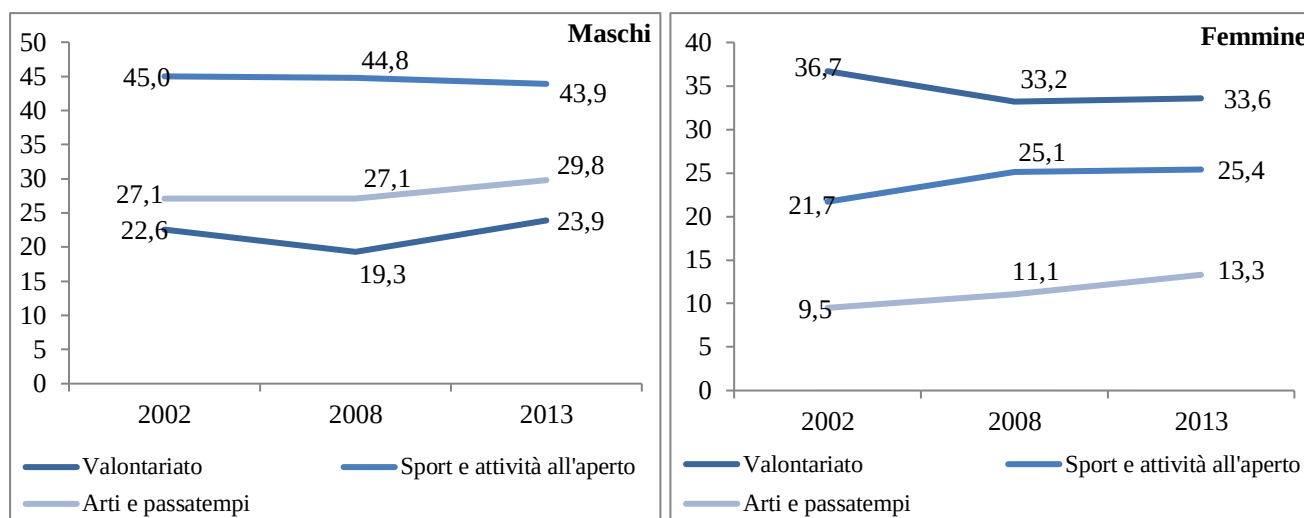
Ovviamente sul grado di partecipazione sociale e politica della popolazione non interviene soltanto la classe di età ma influisce moltissimo anche il livello d'istruzione, infatti, com'è facile immaginare, a più elevati titoli di studio corrispondono sia una maggiore partecipazione – fatta parziale eccezione per quella religiosa – e sia più elevate frequenze d'informazione.

¹⁶ Salvo nella fascia di età che coinvolge i minori di 13 anni, dato dovuto molto probabilmente alla partecipazione dei ragazzi in giovane età ad attività quali il catechismo in funzione della ricezione dei sacramenti della religione cattolica.

In generale, la popolazione lombarda presenta percentuali in linea o maggiori rispetto al dato medio nazionale, in tutte le attività sopra citate. Per quanto riguarda l'aspetto politico, il 23,9% della popolazione dichiara di intrattenere discussioni sulla politica italiana più volte a settimana e il 18,9% di aver ascoltato almeno un dibattito politico. Sul versante associazionistico, il 10,2% delle persone intervistate dichiara di partecipare a riunioni di associazioni culturali e ricreative e il 13,8% di svolgere attività gratuite in associazioni di volontariato, dati leggermente superiori alla media nazionale ma inferiori a quanto accade, ad esempio, nelle vicine realtà del Trentino (rispettivamente 22,2% e 24,0%) o del Veneto (12,1% e 17,0%). Infine, per quanto attiene alla dimensione religiosa, il dato non solo risulta notevolmente superiore a quello nazionale ma lo è anche rispetto a quello delle regioni attigue: in Lombardia, il 30,4% degli intervistati dichiara di frequentare almeno una volta a settimana un luogo di culto mentre in Piemonte, Veneto e Trentino tale frequenza pare decisamente più ridotta (22,5%, 26,3%, 25,5%). Si potrebbe ipotizzare che il dato lombardo possa essere influenzato dall'elevata quota, in termini assoluti, di popolazione anziana e straniera che vi risiede ma, non disponendo di dati regionali maggiormente disaggregati per età e per nazionalità, questa non può che rimanere solamente un'ipotesi.

Ultimo dato interessante è quello che riguarda le differenze di genere. Come mostra la figura sottostante, all'interno della popolazione *over 65* esistono delle grandi differenze tra i due sessi per quanto riguarda le attività svolte nel tempo libero: se per gli uomini le attività preferite sono principalmente lo sport e le attività all'aperto, le donne prediligono, invece, le attività di volontariato e la vita associativo-religiosa. Per entrambi i generi si registra comunque una diminuzione di queste attività nel tempo in favore di altre occupazioni come, ad esempio, quelle legate alle arti, ai passatempi, all'informatica e alla comunicazione che, nel complesso, crescono molto nel decennio preso in considerazione: tra gli uomini, la percentuale di coloro che dichiarano di dedicarsi a queste attività almeno una volta al giorno cresce dal 27,1% nel 2002 al 29,8% nel 2013 mentre, tra le donne, sebbene a livelli nettamente inferiori, tale percentuale cresce dal 9,5% del 2002 al 13,3% del 2013. Inoltre, tra quest'ultime cresce anche la propensione a praticare sport e attività all'aperto (da 21,7% nel 2002 a 25,4% nel 2013) sintomo, forse, di un'accresciuta attenzione nei confronti di uno stile di vita più sano e meno sedentario da parte delle donne.

Figura 16. Attività svolte nel tempo libero dalle persone con oltre 65 anni di età. Italia. Anni 2002, 2008 e 2013.



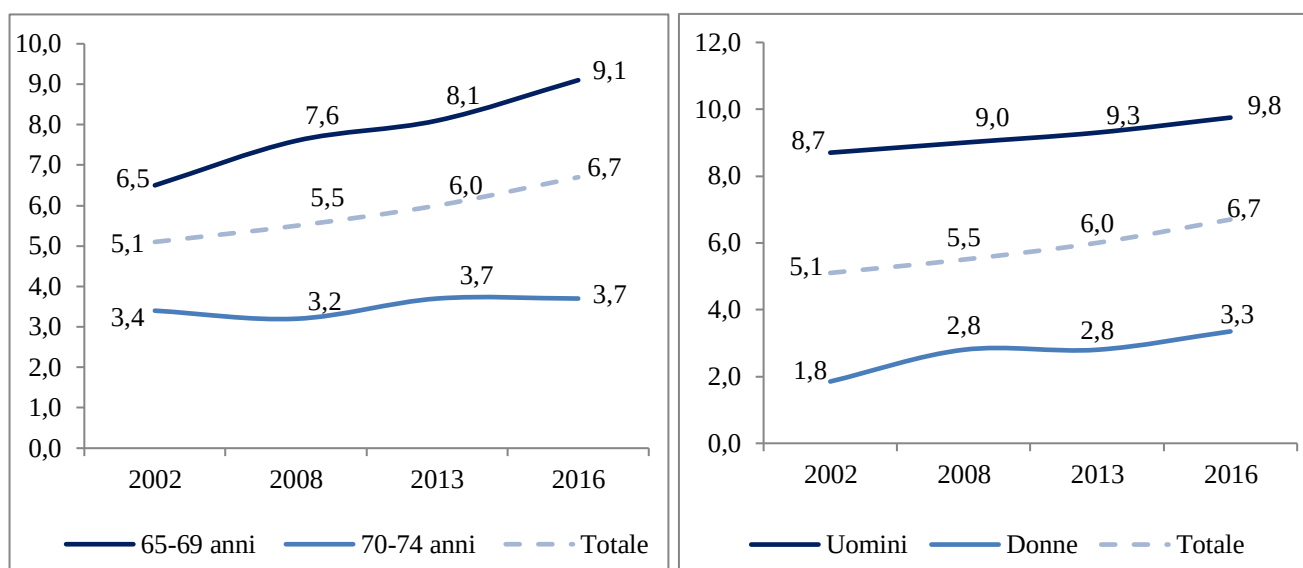
Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Infine, tema particolarmente interessante, per quanto molto delicato, è quello che riguarda la partecipazione delle persone ultrasessantacinquenni al mercato del lavoro. Come si diceva nel paragrafo dedicato alla definizione del concetto di invecchiamento attivo, spesso, negli ultimi decenni, si è discusso, all'interno del dibattito pubblico, nazionale e internazionale, in merito all'allungamento dell'età pensionabile e alla riduzione delle uscite anticipate dal lavoro.

Detto questo, si segnalano, anche nel contesto dei *focus group*, condotti in diverse province lombarde nel mese di marzo 2017, alcune persone che rilevano la sensazione di spaesamento dovuto alla fuoriuscita dal mercato del lavoro e la difficoltà di trovare un nuovo senso alla propria esistenza e al proprio tempo libero. Proprio in vista della rilevanza di questa discussione pare importante, quindi, in conclusione a questo paragrafo sulla partecipazione, dare almeno uno sguardo a quello che può essere considerato un tipo particolare di partecipazione, quella al mercato del lavoro.

Come si evince dalla figura riportata sotto, la partecipazione al mercato del lavoro delle persone ultrasessantacinquenni risulta in aumento negli anni presi in considerazione, soprattutto tra le persone nella fascia di età 65-69 anni e tra le donne. Tra quest'ultime, infatti, la percentuale delle persone che lavorano praticamente raddoppia tra il 2002 e il 2016, anche se rimane comunque molto al di sotto del dato registrato per gli uomini. I dati riguardanti il Nord-Ovest risultano leggermente superiori: nel 2016, sono occupate il 7,4% delle persone con un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, il 4,2% delle donne e l'11% degli uomini nella stessa fascia di età.

Figura 17. Partecipazione al mercato del lavoro della popolazione over 65. Italia. Anni 2002, 2008 e 2013.



Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Istat

Conclusioni

Quello che comunemente viene definito il mondo degli anziani è oggi più di ieri un universo variegato che riguarda una pluralità di esperienze e carriere di vita differenti. Si tratta di una realtà che vede sempre più crescere il protagonismo degli anziani “attivi” che, disponendo di un capitale umano più articolato rispetto alle generazioni di anziani precedenti, partecipano maggiormente alla vita sociale e culturale dei propri territori e fanno un uso più qualificato dei servizi e delle infrastrutture che questi dispongono. Come si è visto, infatti, l’aumento del livello d’istruzione e di benessere economico, assieme all’adozione di stili di vita più salutari e ai progressi in campo medico, hanno portato ad un allungamento della vita media e ad un miglioramento nella qualità della stessa, almeno per i giovani-anziani. Non solo, si può pensare anche che abbiano spostato l’età media di ciò che comunemente viene definito “anzianità”: gli stili di vita, i bisogni, i comportamenti e le condizioni di salute delle persone con un’età compresa tra i 65 e i 75 anni sono oggi molto più simili a quelle del resto della popolazione rispetto a quelle nelle fasce di età successive in cui, inevitabilmente, cominciano a comparire maggiori situazioni di vulnerabilità.

Per concludere, quindi, si riportano in seguito, sinteticamente, quelle che possono essere le aree di maggiore debolezza e vulnerabilità; persone e luoghi che richiedono, non solo una maggiore attenzione sociale, ma anche interventi specifici da parte delle politiche pubbliche.

- La famiglie monoreddito o le persone con redditi molto bassi;
- Le persone anziane, che vivono sole o in coppia, con problemi di salute;
- Le persone prive di reti sociali o famigliari di sostegno;
- I *caregiver* adulti, soprattutto donne, che ricoprono tale ruolo;
- Le aree in l’autonomia di mobilità risulta limitata da barriere architettoniche o insufficienti servizi di trasporto;
- Le zone rurali o montane svantaggiate;
- I comuni di piccole-piccolissime dimensioni.

Per tutte queste aree di vulnerabilità si possono individuare poi diversi gradi di intensità in base ad alcune caratteristiche individuali, come si è visto a più riprese in queste pagine, *in primis*, l’età, ma anche il genere, il titolo di studio, il tipo di occupazione svolta in età adulta, il capitale umano, fisico e psicologico di cui la persona dispone e, ovviamente, il grado di copertura dei servizi offerto dal territorio.

Promuovere migliori condizioni di salute significa operare anche in direzione della riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche e in termini di accesso ai servizi, che impediscono a molti di invecchiare bene.

Da questo punto di vista è importante che il Governo locale accresca le capacità di indirizzo e di programmazione.

Il completamento delle riforme necessarie al potenziamento della gestione associata dei servizi dei comuni lombardi avrebbe riflessi altamente positivi sull’efficacia della programmazione sociale e la qualità dei servizi.

Le analisi svolte hanno mostrato come un cittadino lombardo su cinque viva in comuni piccoli, fino a circa 5000 lombardi, e quasi altri due (il 36,4% della popolazione) vivono in comuni medio-piccoli, con popolazione compresa tra 5000 e 20000 abitanti. Si tratta di un fenomeno atipico, se confrontato con le altre regioni più grandi, che implica conseguenze importanti sia sul piano delle necessità della

popolazione sia per quanto riguarda i compiti del governo locale, anche in termini di approntamento di politiche sovracomunali, per il coordinamento dei servizi e degli interventi infrastrutturali.

➤ *Le politiche di area vasta*

Nell'attesa che la riforma dei livelli istituzionali avviata dalla legge 56/2014 venga completata, occorre che il governo regionale e la città metropolitana rendano operative le zone omogenee, "quali ambiti territoriali ottimali per l'esercizio di specifiche funzioni, conferite o **confermate** dalla Regione alle province, con il concorso di comuni, forme associative intercomunali o comunità montane", così disciplinate dalla Legge Regionale 8 luglio 2015, n. 19.

Attraverso gli ambiti territoriali ottimali dovrà essere assicurata la semplificazione e la riorganizzazione delle prestazioni, nonché la gestione associata dei servizi e delle funzioni. E' evidente che tale innovazione consentirebbe, **attraverso il conseguimento di risparmi sulle spese per l'auto-funzionamento dei piccoli comuni e maggiori economie di scala, di liberare risorse da destinare al potenziamento dei servizi alla persona e, in definitiva, all'innalzamento della qualità della vita.** L'auspicio è che il governo regionale completi rapidamente tale processo prevedendo che tutti i comuni partecipino in forma associata alla gestione delle funzioni fondamentali, individuando inoltre meccanismi amministrativi efficienti per la gestione associata del personale.

➤ *Le politiche dimensionali per i piccoli comuni*

I piccoli comuni dovranno rafforzare la propria capacità di governo attuando politiche dimensionali, soprattutto attraverso l'aggregazione in Unioni e la creazione di nuovi comuni (fusione).

Con il recente sviluppo dell'ordinamento degli enti locali e del processo federalista i temi della cooperazione e della fusione tra enti minori sono tornati di grande attualità. Tra le sfide che i piccoli comuni dovranno affrontare quella del federalismo diviene oggi strategica. La progressiva riduzione dei trasferimenti statali e la recente introduzione dei fabbisogni standard obbligano in sostanza tutti i comuni a diventare auto-sufficienti (pur in presenza dell'intervento di perequazione assicurato dal fondo di solidarietà) per quanto riguarda la capacità di entrata e di spesa.

Per quanto riguarda i piccoli comuni, ormai da qualche tempo gli studi economico-finanziari insistono sulla presenza nell'azione amministrativa dei piccoli comuni di almeno quattro elementi di debolezza:

- L'incisiva azione delle diseconomie di scale, che agisce soprattutto nelle attività dei comuni con meno di 3.000 abitanti e di quelli montani;
- L'impossibilità per molti piccoli comuni di esercitare appieno le proprie funzioni ed erogare in modo efficace un numero di servizi adeguato alle esigenze dei cittadini. In effetti, sul versante delle spese, al di là delle differenze di tipo geografico, socioeconomico e morfologico che esercitano influenze rilevanti sulla gamma dei servizi offerti, i piccolissimi comuni presentano la caratteristica costante di un rapporto tra attività di amministrazione generale ed altri servizi forniti enormemente squilibrato a favore delle prime. In particolare sulla base dell'ultima rilevazione dei certificati di conto consuntivo resa pubblica dal Ministero dell'Interno (2015), l'incidenza della spesa per l'amministrazione generale sul totale delle spese correnti cresce dal 25% rilevato nei

comuni "medio-piccoli" (con pop. superiore ai 10.000 abitanti) a circa il 45-50% dei comuni fino a mille abitanti;

- Le carenze di ordine professionale. I comuni minori non dispongono di figure direttive e di competenze specializzate.
- Il livello dell'imposizione fiscale locale molto alto, cui non corrisponde un livello adeguato della spesa destinata ai servizi.

Si tratta di elementi di debolezza ormai noti, che naturalmente producono effetti negativi sulla dotazione dei servizi per la popolazione. Va comunque precisato che ridotta dimensione demografica e difficoltà socio-economiche sono due fenomeni solo talvolta sovrapposti, la cui relazione non può essere letta come semplice meccanismo di causa –effetto.

La strategia dell'unificazione (fusione) permette al territorio interessato di acquisire una crescente competitività rispetto ad altre città non solo in termini di popolazione, ma anche di adeguamento e modernizzazione delle infrastrutture e dei servizi pubblici erogati. L'Unione rappresenta una strategia associativa meno vantaggiosa rispetto alla fusione, soprattutto se non è presente una visione sinergica dei processi da parte degli amministratori dei Comuni associati.

È, quindi, necessario che la Regione promuova con maggiore incisività le politiche di dimensionamento dei piccoli comuni, specie per quanto riguarda la soluzione della fusione.

➤ *La Regione Lombardia e la strategia per lo sviluppo delle aree interne.*

Un altro tema importante che riguarda la possibilità di accrescere la qualità della vita, è l'offerta di servizi nelle aree rurali e poco urbane, caratterizzate da una forte presenza delle persone anziane.

L'Accordo di Partenariato tra Italia e Ue per la programmazione dei fondi europei 2014-2020, approvato il 29/10/2014 dalla Commissione Europea, prevede tra le strategie orizzontali quella denominata "Strategia nazionale per lo sviluppo delle aree interne del Paese" (SNAI), allo scopo di promuovere il miglioramento della qualità della vita in zone soggette a crisi demografica, isolamento geografico e carenze nei servizi essenziali di cittadinanza (istruzione, mobilità, sanità). In particolare, l'Accordo ravvisa che "in presenza di una così elevata quota di anziani e molto anziani la necessità di un sistema di cura diffuso e appropriato diventa una delle priorità assolute". La Strategia nazionale per le aree interne è definita la **combinazione di azioni per lo sviluppo locale** e per il **rafforzamento dei servizi di base, obiettivi da conseguirsi anche attraverso la realizzazione di servizi "leggeri" e innovativi (anche per quanto riguarda la salute e la non autosufficienza)** e a valere su risorse ordinarie (Legge di Bilancio) e cofinanziate nell'ambito della programmazione 2014-2020.

La Regione Lombardia, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo di Partenariato, ha individuato nella Valchiavenna, nell'Alta Valtellina, nell'Appennino Lombardo, nell'Oltrepo Pavese e **nell'Alto Lago di Como e Valli del Lario** i territori che, prioritariamente, saranno accompagnati nella definizione di strategie di sviluppo locale e per il potenziamento dei servizi essenziali di cittadinanza (istruzione, mobilità, sanità), con un finanziamento previsto di almeno 67,74 milioni di euro.

Si auspica che la Regione promuova anche nelle altre aree interne caratterizzate dalla carenza di servizi di base, iniziative tese alla diffusione dello sviluppo locale e di modalità innovative e sostenibili per la gestione dei servizi per la mobilità, la sanità e l'istruzione.

➤ *Politiche urbanistiche e residenziali*

Un ambito d'intervento fortemente legato alla dimensione relazionale e sociale è quello che chiama in causa le politiche urbanistiche. Se è vero che, all'aumentare dell'età, a prescindere dalla disponibilità dei mezzi di trasporto, diminuisce la mobilità delle persone, come si vedrà meglio oltre, occorre allora prestare attenzione anche alle forme di radicamento sul territorio, sia nelle aree metropolitane e nelle periferie di queste, sia nei comuni più piccoli. È importante, in questo senso, che i comuni potenzino e migliorino le politiche urbanistiche con l'obiettivo di promuovere la realizzazione di interventi integrati (area delle abitazioni, domotica e barriere architettoniche, spostamenti, presenza del commercio tradizionale, residenzialità, progettazione di spazi di incontro, ecc.) e soluzioni adeguate alle reali esigenze di una fascia di popolazione molto ampia, gli anziani appunto. Migliorare le politiche urbanistiche può significare attivare una pluralità di interventi: preservare e sviluppare qualora non ci fossero, degli spazi intermedi in cui gli abitanti di un certo territorio possano incontrarsi, comunicare e intessere relazioni sociali; prevedere zone pedonali prive di barriere architettoniche; sostenere i piccoli esercizi di vicinato; sollecitare esperienze di *silver cohousing* o sperimentare stili di progettazione che rendano lo spazio costruito vivibile e accessibile per ogni persona, come dimostra l'esempio del *free-barrier concept* che prevede l'adeguamento e la modifica di edifici, strutture, mezzi di trasporto e così via, in modo che siano resi accessibili per tutti. Da questo punto di vista, un'organizzazione efficace non solo dello spazio urbano ma anche dello spazio abitativo può favorire la ricostruzione e il mantenimento dei legami, soprattutto intergenerazionali, e svolgere funzioni protettive per i legami forti. In coerenza con la recente evoluzione delle preferenze delle persone anziane, i comuni dovrebbero promuovere, in collaborazione con le Ast e le associazioni di volontariato e del Terzo settore, la diffusione di soluzioni abitative alternative alle tradizionali residenze sanitarie assistenziali. Nei limiti del possibile, coerentemente con le esperienze europee più avanzate, occorrerebbe consentire all'anziano di poter scegliere il luogo in cui vivere nelle diverse fasi del suo invecchiamento. Si pensi, ad esempio, alle strutture costituite da piccole unità di convivenza anche per persone con malattie cognitive (alloggi assistiti e con servizi, nuclei di convivenza, centri multiservizi integrati), presso le quali l'assistenza e le diverse forme di cura non impediscono alla persona non autosufficiente di mantenere forme di gestione della propria vita privata commisurate alle condizioni cliniche. Negli ultimi anni, soprattutto nei paesi dell'Europa occidentale, l'offerta di prestazioni e di soluzioni residenziali si è adattata sempre di più alle nuove domande emergenti promuovendo i servizi in rete. Si è diffusa l'esperienza dei *centri multiservizi*, che erogano un'ampia gamma di prestazioni: teleassistenza, promozione dell'autonomia personale, aiuto a domicilio, catering, lavanderia, centro diurno, assistenza personale e, quando necessaria, assistenza residenziale [Ires Lucia Morosini, 2017]. In genere la famiglia partecipa al programma delle attività, nonostante l'anziano sia in residenza, anche trascorrendo buona parte della propria giornata nel centro [European Centre for social welfare policy and research, 2015]. Altrettanto ampia è la gamma delle soluzioni abitative: appartamenti in condivisione, alloggi di anziani che ospitano studenti universitari con forme contrattualizzate di aiuto alla pari, case albergo, le cosiddette abitazioni-canguro (Francia, Belgio, Danimarca), bi-appartamenti con alloggi comunicanti per un anziano residente e una famiglia *caregiver* contrattualizzata o minialloggi per gli anziani annessi all'abitazione della famiglia.

Due sono le linee guida che sostengono tali politiche: dare priorità alle scelte degli utenti per migliorarne effettivamente la qualità della vita e aumentare la sostenibilità dei sistemi di cura. In

particolare, la prima argomentazione è radicata nella convinzione che la tutela dei diritti umani fondamentali debba essere posta alla base di tutti i sistemi di cura e che spesso invece i servizi residenziali tradizionali si caratterizzano per una rigida separatezza del malato dalla comunità, con la conseguenza di negare alle persone in cura molti dei loro diritti di base e in particolare la possibilità di esprimere i loro desideri in merito alle terapie di cura da ricevere. L'obiettivo perseguito da queste strategie è mantenere o raggiungere bassi tassi di istituzionalizzazione attraverso la creazione di un mix equilibrato di sistemi mirati di cure formali e informali, le cui speranze di successo si basano sul coordinamento (a cura dell'attore pubblico) e l'integrazione delle differenti forme di assistenza.

Tali soluzioni di residenzialità "leggera", che spesso implicano la necessità di investimenti in opere pubbliche (riadattamento, nuove strutture e manutenzione straordinaria), non sono di difficile implementazione, soprattutto se si considera che a partire dal 2016, con la sostituzione del patto di stabilità interno con il saldo finale di competenza (pareggio di bilancio), le amministrazioni comunali possono impegnare risorse con maggiore facilità, anche utilizzando l'avanzo di amministrazione.

➤ *Sanità e non autosufficienza.*

Se, come si è visto, da un lato, non si può parlare della condizione di salute degli anziani in modo univoco, poiché molto dipende dalle caratteristiche degli anziani stessi (età, istruzione, genere, stili di vita, ecc.), dall'altro, non si può nemmeno parlare di servizi alla salute uguali per tutti sul territorio. Per questo motivo, pare necessario che il sostegno alla salute passi attraverso una pluralità di azioni di carattere territoriale: anzitutto, un approccio preventivo e informativo nel corso della vita, in secondo luogo, la garanzia di un accesso più equo ai servizi sanitari e socio-sanitari, da assicurare attraverso la riduzione delle liste di attesa e il potenziamento dei servizi di accompagnamento ai presidi sanitari, infine, l'avvicinamento dei servizi ai cittadini, soprattutto nelle aree rurali e montane svantaggiate, ampliando la copertura delle cure e dell'assistenza domiciliare.

Durante i *focus group* realizzati in 6 città lombarde (Bergamo, Brescia, Cremona, Mantova, Milano, Varese) con la partecipazione di circa 90 ultrasessantacinquenni, è emerso come un problema rilevante per gli anziani che vivono in questa regione riguarda la **continuità assistenziale**, sia pure nel contesto di un'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari ritenuta adeguata, se confrontata con gli standard offerti in altre aree territoriali. Tale area problematica riguarda in particolare due aspetti:

1. **Le lunghe liste di attesa** che rallentano l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in modo particolare per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali e le visite specialistiche. Soprattutto quando tale situazione riguarda le fasce di popolazione con basso reddito, il rischio è quello di produrre un'**interruzione del percorso di cura della persona**, che spesso rinuncia alle cure se non è in grado di sostenere i costi per le prestazioni private;
2. **L'accompagnamento ai trasporti**, un problema che riguarda una quota importante di anziani soli o con tessuto sociale fragile, che vivono soprattutto nei comuni piccoli o nelle periferie delle aree metropolitane, cioè coloro che non possono spostarsi autonomamente o con l'aiuto di familiari e/o conoscenti.

«Il servizio telefonico è impossibile», spiega Rosanna, che ha preso parte al *focus group* realizzato a Bergamo. «L'altro giorno ero in coda al Cup del San Carlo di Milano per prenotare una visita, ma prima di parlare con una persona c'è stata una lunga trafila. Sono in cura – prosegue – dal dietologo e dal cardiologo, una delle due visite, ogni quattro mesi, posso prenotarla al numero verde, per l'altra

invece, ogni sessanta giorni, devo per forza recarmi all'ospedale, e quando non c'è mio figlio è un problema serio raggiungere il San Carlo». Tali percorsi tortuosi per l'accesso alle prestazioni creano numerosi problemi a chi già vive difficoltà legate alla malattia o all'età. Alcuni esami di laboratorio e altre prestazioni diagnostiche non sono prenotabili via telefono, modalità di prenotazione che, ponendosi dal punto di vista dell'anziano, potrebbe risultare particolarmente comoda.

Il problema delle attese troppo lunghe negli ospedali e negli altri presidi milanesi e lombardi merita una particolare attenzione, anche allo scopo di verificare il rispetto dei Lea, i livelli essenziali di assistenza. Le prime visite di chirurgia vascolare, gastroenterologia, neurologia, pneumologia e urologia, le ecografie cardiache, le risonanze magnetiche, le ecografie addominali e ginecologiche, le tac dei bacini e le colonscopie, sono le prestazioni più a rischio di ritardi. Nei mesi scorsi la Regione ha attivato in via sperimentale, per Bergamo e Monza, un nuovo metodo per ridurre le liste di attesa, denominato "chiamata differita", che in sostanza punta a rafforzare il coinvolgimento delle strutture private posticipando nel tempo l'azione di semplificazione e miglioramento delle prestazioni pubbliche.

Occorrerebbe affrontare le due criticità citate – le liste di attesa e l'accompagnamento ai servizi – da un unico angolo visuale, quello dell'**accesso ai servizi da parte dell'utente "fragile"**. Ciò implica la necessità (richiamando la legge regionale n. 23/2015 che ha innovato il servizio sociosanitario lombardo tentando di fornire maggiore impulso alla continuità fra ospedale e territorio, in una logica di non interruzione del percorso di cura del paziente) che le AST e le ASST si facciano carico del problema, mettendo a punto, insieme con i Comuni e le organizzazioni di volontariato, un programma integrato e coordinato degli interventi, mirato all'accesso semplificato alle prestazioni per i malati più gravi, e dotato di un piano tariffario per i trasporti sociali chiaro e sostenibile.

La Regione Lombardia dovrebbe inoltre individuare soluzioni di *policy* innovative per avvicinare i presidi sanitari al territorio: quelle funzionali, come i POT (Presidi ospedalieri territoriali) e i PRESST (Presidi socio-sanitari territoriali), oppure i servizi sanitari mobili, l'assistenza domiciliare integrata e la telemedicina. Si tratta di soluzioni sostenibili in grado di fornire risposte appropriate alla crescente domanda di cure legate alle patologie croniche superando la frammentazione della risposta attraverso l'integrazione dei percorsi di cura. Da questo punto di vista un passo in avanti è stato compiuto con l'accordo sottoscritto il 3 maggio scorso congiuntamente dall'Assessorato regionale al Welfare e dal Sindacato, per proseguire il confronto sindacale sul percorso di attuazione della l.r. 23/2015, con particolare riferimento alle modalità di presa in carico dei pazienti cronici. L'accordo, oltre a definire la costituzione di una cabina di regia con la partecipazione di entrambe le parti per dare continuità alle iniziative già concordate precedentemente, prevede per i pazienti la possibilità di modificare il soggetto gestore, a seguito di motivate e gravi violazioni al patto di cura da parte del soggetto gestore verificate dalla ATS.

L'intesa è inoltre orientata a valorizzare il tema dell'**educazione e dell'informazione all'utenza**, con lo scopo di illustrare i nuovi percorsi di presa in carico della cronicità.

In prospettiva, occorre fornire una risposta concreta e facilmente identificabile ai pazienti che dovrebbero avere la possibilità di individuare un luogo certo di riferimento tanto per l'assistenza primaria ed emergenziale quanto per l'orientamento verso i servizi socio-assistenziali e sanitari in base al tipo di bisogno. Non solo, questi modelli organizzativi dovrebbero aiutare a ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti allo scopo di integrare operativamente le

prestazioni sanitarie con quelle sociali, organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone.

In questo contesto, le esperienze degli sportelli informativi e per l'accesso ai servizi, attivati anche in Lombardia con la partecipazione in diversi casi degli enti locali, del sindacato, delle associazioni di volontariato e talvolta anche delle aziende sanitarie, possono costituire un volano importante per il miglioramento della qualità della vita degli anziani, spesso disorientati a fronte delle carenze della comunicazione istituzionale e della complessità delle procedure necessarie a espletare le pratiche amministrative e ad accedere ai servizi. In diversi casi questi "sportelli sociali", come ad esempio i numerosi realizzati dal Sindacato in Lombardia, si sono ispirati alla legge 328/2000, che ha introdotto come livello essenziale dei servizi sociali, alla persona e alla comunità, la funzione di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata dei servizi. In definitiva la funzione di segretariato sociale (art. 22 della 328/2000) risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- ricevere informazioni chiare e complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- conoscere i servizi e le altre risorse sociali disponibili nel territorio in cui risiedono.

Il tema della comunicazione istituzionale è di fondamentale importanza, e la carenza di informazioni per l'orientamento e l'accesso ai servizi (burocratici, socio-sanitari e di altro tipo) è emersa con evidenza anche nell'ambito dei sei *focus group* realizzati durante lo svolgimento di questa indagine. La comunicazione è una leva strategica per innalzare l'efficienza organizzativa dei servizi e migliorare la qualità erogata e la percezione dell'utente. Sarebbe auspicabile potenziare la sperimentazione degli sportelli sociali, allo scopo di garantire ai cittadini pari opportunità di accesso al sistema, con particolare riferimento alle persone più fragili che non sono in grado di rivolgersi direttamente ai servizi. A questi sportelli potrebbe essere affidato non solo il compito di razionalizzare e semplificare le modalità di accesso alle informazioni e alla rete dei servizi, ma anche l'incarico di individuare, in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi assistenziali certi e modalità uniformi di presa in carico da parte degli uffici competenti.

Nella stessa ottica di un avvicinamento dei servizi sanitari ai cittadini occorrerebbe, inoltre, sviluppare maggiormente l'assistenza domiciliare, praticando un concetto di "domiciliarità" che ricolleggi l'utente al proprio ambiente utilizzando tutte le risorse necessarie per qualificare, al suo interno, anche il lavoro di cura.

➤ ***Mobilità e trasporti pubblici***

La crescente domanda di servizi per il trasporto espressa dagli anziani si pone come il risultato:

- dell'evoluzione dei processi demografici e sociali (il progressivo invecchiamento della popolazione, la marcata frammentazione dei nuclei familiari, il ridimensionamento delle reti protettive familiari, ecc.);
- dei cambiamenti interni agli stili di vita anziani: la richiesta di socialità e di mobilità è legata non solo alla necessità di raggiungere i presidi sanitari ma anche all'esigenza di fruire in modo attivo del territorio;
- delle carenze strutturali dell'offerta pubblica di tali tipologie di servizi.

Negli ultimi anni, la domanda di servizi per il trasporto espressa dagli anziani è stata soddisfatta dai comuni soprattutto attraverso le convenzioni sottoscritte con i soggetti del Terzo settore. In molti comuni questo intervento si configura come iniziativa sperimentale e temporanea, sollecitata dalle richieste degli organismi territoriali di volontariato, talvolta risulta inadeguato rispetto alla quantità e qualità della domanda di trasporto. Inoltre, come accennato sopra, sarebbe opportuno che i servizi di trasporto per l'accompagnamento ai presidi sanitari e socio-sanitari siano programmati anche in condivisione con l'AST, allo scopo di integrare questi interventi con i servizi di prenotazione.

Da questo punto di vista un tema importante riguarda la riorganizzazione della programmazione comunale, anche alla luce delle esigenze emerse e tenendo conto dei dati che emergono dalla determinazione dei nuovi fabbisogni standard approvati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) relativamente alla funzione fondamentale dei trasporti. Proprio in quanto "fondamentale", tale funzione dovrebbe garantire la copertura del fabbisogno di trasporti sulla base del cofinanziamento comunale (tenuto conto dell'azione degli enti gestori che operano a livello regionale o comunque sovracomunale), o, in alternativa, attraverso l'intervento perequativo del Fondo di Solidarietà. Come si evince dai dati riportati nel sito del MEF, www.opencivitas.it, per questa funzione molti comuni lombardi presentano una spesa storica sottodotata rispetto ai fabbisogni standard (tale risultato tiene conto anche dell'intervento operato dall'ente gestore dei trasporti a livello regionale). Occorre sollecitare i comuni a ri-programmare gli interventi per i trasporti urbani ed extra-urbani, ridefinendo la ripartizione delle spese in ragione dei fabbisogni espressi dalla popolazione, il che implica anche lo spostamento di risorse da un settore all'altro.

La presenza di aree territoriali e segmenti della popolazione caratterizzati da una bassa domanda di servizi di trasporto pubblico rappresenta un elemento che le politiche non possono ignorare. Come si è visto, i costi dei servizi di trasporto sono elevati e può risultare economicamente insostenibile estenderne la copertura in modo da soddisfare l'esigenza di mobilità in aree rurali o montane e di specifiche porzioni di popolazione. Come sostiene molta letteratura [Amisano *et al*, 2011; Aneris *et al*, 2016], una possibile soluzione è rappresentata dalla combinazione dei servizi di trasporto pubblico tradizionale e di quelli a domanda individuale (*Demand Responsive Transport*), ovvero servizi di trasporto su richiesta. Si tratta di servizi che vengono, appunto, erogati in base alla domanda degli utenti, attraverso la prenotazione di fermate aggiuntive lungo un percorso prestabilito, la richiesta di fermate in luoghi particolari come un ospedale, un centro commerciale o un edificio pubblico o, ancora, servizi *door-to-door* con fermate ad indirizzi specifici¹⁷. Si avvalgono solitamente di minibus come mezzi di trasporto e possono essere erogati da una pluralità di operatori, quali aziende di trasporto pubblico locale, aziende di trasporto passeggeri private, associazioni no-profit e comunità territoriali. L'informatizzazione e i nuovi sistemi di comunicazione, inoltre, rendono possibile un'elevata flessibilità delle prenotazioni, fino a servizi con richieste a risposta immediata. A livello internazionale non si tratta di una soluzione recente ma attività di questo tipo, spesso rivolte a categorie specifiche di utenti, come persone con disabilità o anziani, sono state sviluppate già a partire dagli anni '70 negli Stati Uniti e implementate, in modo sempre più generalizzato, negli anni '90 in

¹⁷Si possono identificare differenti modelli di servizio in base alla flessibilità concessa e alla complessità del sistema: a) la linea fissa a prenotazione, con percorsi definiti e corse effettuate solo in presenza di prenotazioni; b) la linea fissa con deviazioni, analoga alla precedente, ma nella quale sono ammesse piccole deviazioni sul percorso predefinito; c) il modello "molti ad uno", che raccoglie i passeggeri in punti diversi e li conduce verso una stessa destinazione; d) il modello "molti a molti", che offre la flessibilità più completa sia in origine che in destinazione.

molti Paesi del Nord Europa¹⁸. In Italia, la loro introduzione è relativamente più recente, dalle prime esperienze risalenti all'inizio del secolo, come quella del *Personalbus* a Firenze e del *Drinbus* a Genova, il servizio ha visto una grande crescita nell'ultimo decennio. Oggi, in Lombardia, ne esistono diversi esempi. Nell'area milanese sono attivi il *Callbus* che collega i Comuni di Basiglio, Rozzano e Milano e il *Chiamabus* nei Comuni di Peschiera Borromeo, San Donato e Segrate. In quella di Cremona è, invece, presente il servizio flessibile, su prenotazione telefonica, *Stradibus* attivo su due zone, quella di Piadena e quella di Soresina-Castellone, che coprono rispettivamente una pluralità di Comuni e frazioni di questi. Sempre in provincia di Cremona, a Crema, sono presenti il *Miobus urbano* ed *extraurbano* che garantiscono lo spostamento a chiamata all'interno dell'area cittadina e in quella dei comuni limitrofi. Anche nel Comune di Sondrio esistono due servizi di trasporto a chiamata: uno rivolto a tutta la popolazione e attivo nei giorni festivi all'interno del territorio cittadino ed uno, attivo tutta la settimana, dedicato alle persone che dispongono di un particolare permesso rilasciato dai servizi sociali del Comune. Sebbene tutti questi esempi riguardino luoghi con una domanda di mobilità debole in base alle caratteristiche dell'utenza o del territorio, si tratta pur sempre di realtà comunali o cittadine mentre sono poche le esperienze che coinvolgono le aree prettamente rurali e montane¹⁹.

Anche i taxi sociali possono fornire un utile contributo alla mobilità degli anziani e migliorarne l'autonomia e l'inclusione sociale, in particolare per coloro che presentano delle disabilità o difficoltà nell'utilizzo di altri mezzi di trasporto. Attualmente, in molti capoluoghi di provincia in Lombardia esiste un servizio di taxi sociale o, in alternativa, un sistema di buoni taxi.

➤ *Il sostegno al reddito*

Si è visto che essere anziano o anziana non significa necessariamente trovarsi in una condizione di povertà. Nonostante le statistiche ISTAT mostrino come negli ultimi anni in Lombardia un'elevata disuguaglianza nella distribuzione del reddito si associ a più elevati livelli di povertà, tuttavia la popolazione anziana non pare fortemente colpita da questa situazione. Non è però difficile trovare anziani che vivono in condizioni di grave disagio economico, specie quando ricorrono le seguenti caratteristiche o profili sociali: le anziane sole e in età avanzata, prive di reti familiari (senza figli o con figli che vivono lontani) e con relazioni sociali deboli, che vivono nelle periferie delle grandi città oppure nei comuni medio-piccoli con un reddito basso ("pensione minima", pensione di reversibilità) e in affitto; le coppie di anziani in età avanzata, in cui almeno una persona è bisognosa di assistenza continuativa, e con basso reddito; persone con basso reddito e inserite in un tessuto sociale fragile.

In linea generale la situazione reddituale favorisce indirettamente un progressivo allontanamento dalla vita sociale e l'impatto è più critico quando il basso reddito si accompagna a una condizione di non autosufficienza o disabilità, o comunque a problemi di salute che necessitano di cure ed assistenza sistematiche. In questa fase della vita si possono verificare repentinamente cambiamenti drammatici, a causa di problemi economici e per l'impossibilità di fruire degli interventi sociali previsti per gli anziani, con conseguente isolamento ed esclusione sociale [Regione Emilia Romagna, 2013].

¹⁸In merito, si vedano, ad esempio, le due esperienze virtuose del *Rural Transport Programme* in Irlanda o del *Lincolnshire InterConnect* nel Regno Unito.

¹⁹In realtà, questo tipo di servizi sono già stati almeno sperimentati: ad esempio, fino alla sua soppressione nel 2012, era attivo un servizio di trasporto a chiamata in Val Brembana, in provincia di Bergamo che collegava alcune località di piccole dimensioni della valle alle linee del Trasporto Pubblico Locale tradizionale.

Occorre poi distinguere tra la povertà “oggettiva” e quella percepita, che talvolta può condurre l’anziano a situazione di forte malessere psicologico. I risultati dei *focus group* realizzati nelle sei città lombarde con la partecipazione degli anziani, mostrano come talvolta gli anziani reagiscono all’impoverimento rendendosi invisibili agli aiuti e ai servizi pubblici, poiché si vergognano della loro situazione. E’ stato notato come spesso il sentimento della vergogna si associ ad un altro sentimento, il senso di colpa. Sempre all’interno dei *focus group* alcuni intervistati, illustrando esperienze personali e riferite ad altre persone anziane, hanno messo in luce la relazione tra il tentativo di sfuggire al peso di riconoscersi nella condizione di povertà e la scarsa informazione dei servizi presenti sul territorio, evidenziandone gli effetti perversi per l’anziano che prova vergogna della sua situazione di indigente. «L’anziano prova vergogna nel dover accettare un sacchetto con degli alimenti perché non rappresenta un diritto ma un dono, che è uno scambio insidioso, nel senso che presuppone un contro dono che il povero non può ricambiare» [Bandiera Gialla, 2012].

Sul piano delle contromisure alla povertà e al disagio economico, gli interventi di sostegno al reddito attivati negli ultimi anni dalla Regione Lombardia (assegno di autonomia, *voucher* anziani e disabili) e dallo Stato (Sostegno per l’inclusione attiva) paiono finalizzati soprattutto a tamponare i problemi più gravi delle persone a rischio di povertà, piuttosto (soprattutto il primo intervento) che ad attivare una nuova politica sociale idonea a garantire opportunità reali d’inclusione sociale.

Da questo punto di vista, si è osservato come spesso l’età anziana degli utenti scoraggi l’ente pubblico ad attivare verso di essi interventi volti alla graduale emancipazione dal bisogno; al contrario sarebbe auspicabile che le amministrazioni comunali e gli enti gestori dei piani di zona, con la collaborazione degli organismi del Terzo settore, predispongano misure mirate e integrate nei confronti delle persone anziane in difficoltà economica, volte ad affrontare e a cercare di risolvere i problemi attraverso un mix di prestazioni, costituite da servizi reali ed inclusivi e trasferimenti. Occorrere non limitarsi all’erogazione di un contributo economico *una tantum* o della durata di alcuni mesi; si tratta di incoraggiare la persona anziana a intraprendere un percorso di valorizzazione e creazione delle proprie capacità e a indirizzare le proprie energie verso forma di socialità e comunità. In questo senso è importante che, a livello territoriale, venga incentivata la costruzione di reti di solidarietà sociale e relazionali, le forme di mutuo aiuto, la banca del tempo, i portierati sociali: tutto ciò allo scopo di rafforzare il tessuto sociale in cui è inserita la persona fragile.

Coerentemente con l’assunzione del concetto di multidimensionalità della povertà, negli ultimi anni è emerso con forza come il problema delle povertà riguardi non solo gli aspetti economici, ma anche e soprattutto aspetti sociali e relazionali [Badiali, 2011]. Dunque, dal punto di vista delle politiche di contrasto, il concetto di povertà andrebbe legato a quello dei *corsi di vita*, in base al quale la povertà assume forme diverse a seconda della fase di vita in cui si trova la persona (disoccupazione, malattia, vecchiaia, separazione e divorzio, ecc.). Significa analizzare la povertà in una prospettiva dinamica, considerando che spesso essa si configura come uno stato temporaneo e non permanente, anche se nel caso della persona anziana tale dimensione è meno frequente [Giampaglia, Biolcati Rinaldi, 2004].

➤ *Le politiche per la formazione*

Se, come si è visto finora, il livello d’istruzione costituisce una delle caratteristiche che maggiormente influiscono sul benessere delle persone, inteso, non soltanto come l’insieme degli stili di vita e delle condizioni di salute ma anche come condizione economica, allora pare necessario aumentare e

diversificare le occasioni di esperienze formative, tenuto conto che partecipare a corsi d'istruzione in età avanzata ha un significato profondamente diverso da quello che può avere in altre fasi della vita e può voler dire saper comprendere la società in cui si vive e restare al passo con i cambiamenti (si pensi all'utilizzo di Internet e delle nuove tecnologie), approfondire delle tematiche d'interesse o, ancora, evitare l'esclusione sociale e rimanere attivi e creativi.

Bibliografia

- Amisano, F., Cassone, A. e Marchese, C. (2011), *Trasporto pubblico locale e aree a domanda di mobilità debole in Provincia di Alessandria*, POLIS Working Papers n.183, Maggio 2011.
- Boudiny, K. (2013), *Active ageing: from empty rhetoric to effective policy tool*, Ageing and Society, Cambridge University Press.
- Costa, G. et al (2014), *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Calza Bini, P. e Lucciarini, S. (2011), *Barriere e opportunità all'implementazione di politiche di invecchiamento: una prospettiva comparata europea*, Quaderno n. 16/2011, Quaderni europei sul nuovo welfare.
- Di Novi, C. e Zanola, R. (2008), *L'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti in Italia: un problema intergenerazionale?*.
- Esping Andersen, G. (1990), *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, New York.
- Eurofound (2016), *Extending working lives through flexible retirement scheme: Partial retirement*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Ferrera, M. (1998), *Le trappole del Welfare. Uno Stato sociale sostenibile per l'Europa del XXI secolo*, Il Mulino, Bologna
- Fiedler, M. (2007), *Older People and Public Transport. Challenges and Chances of an Ageing Society*, Agosto 2007, rupperecht-consult.eu
- IRES Lucia Morosini (2016), a cura di Montemurro, F. e Petrella, A., *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*, Torino, Settembre 2016.
- Isfort (2014), *Audimob. La domanda di mobilità degli italiani. Rapporto congiunturale di fine anno*.
- Istat (2015), *Le attività non finanziarie dei settori istituzionali. Anni 2005-2013*, Statistiche Report, 27 Maggio 2015.
- Istat (2016), *Annuario Statistico Italiano 2016*, Roma.
- Istat (2016a), *Rapporto annuale 2016. La situazione del Paese*, Roma.
- Istat (2016b), *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*, Statistiche Report, 26 Luglio 2016.
- Istat (2016c), *Conti economici territoriali. Anno 2015*. Statistiche Report, 12 Dicembre 2016.
- Istat (2016d), *La povertà in Italia. Anno 2015*, Statistiche Report, 14 Luglio 2016.
- Istat (2016e), *Bes 2016. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma
- Istat (2016f), *Mobilità urbana. Anno 2014*, Statistiche Focus, 28 Giugno 2016

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (2013), *Conto Nazionale delle Infrastrutture e dei Trasporti. Anni 2011-2012*, Roma, Luglio 2015

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (2015), *Conto Nazionale delle Infrastrutture e dei Trasporti. Anni 2013-2014*, Roma, Luglio 2015

Ministero della Salute (2015), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Aspetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2013*, Roma.

NNA, Network Non Autosufficienza (2015), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

OECD (2014), *Does income inequality hurt economic growth?*, Focus on Inequality and Growth, Dicembre 2014

OECD (2015), *Health at a Glance. OECD Indicators*.

OECD (2016), *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*.

Pelliccia, L. (2015), *Le persone con limitazioni funzionali: quante sono e cosa sappiamo di loro?*, lombardiasociale.it, 7 Aprile 2015

Pesaresi, Simoncelli (2008),

Ponzellini, A. M. (2012), *Le politiche per l'invecchiamento attivo in Europa*, in Treu, T. a cura di (2012), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Il Mulino, Bologna

Prince, M. et al (2016), *World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia*, Alzheimer's Disease International, London

Ranci Ortigosa, E. (2017), *Se a crescere è solo la diseguaglianza*, lavoce.info, 20 Gennaio 2017.

Regione Lombardia (2015), *FEARS. Programma di sviluppo rurale 2014-2020. Allegato B. Classificazione territoriale*.

Reyneri (2011), *Sociologia del mercato del lavoro. I. Il mercato del lavoro tra famiglia e welfare*, Il Mulino, Bologna

Ricceri, F. et al (2016), *The Association between Educational Level and Cardiovascular and Cerebrovascular Disease within the EPICOR Study: New evidence for an Old Inequality Problem*, Università di Bologna, 6 Ottobre 2016.

Saraceno, C. (2003), *La conciliazione di responsabilità familiare e attività lavorative: paradossi e equilibri imperfetti*, in Polis n. 2, pp. 199-228, Il Mulino, Agosto 2003.

Stefanizzi, S. e Ceriani, A. (2013), *Supporto dell'attività di comunicazione degli esiti del bando (ex L.R. 9/2011) relativo alla realizzazione di iniziative formative, informative e culturali per prevenire e contrastare i reati in danno agli anziani e per la valorizzazione delle best practices. Anno 2013*. Éupolis Lombardia, Dicembre 2013.

Treu, T., a cura di (2012), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Il Mulino, Bologna

Walker, A. e Maltby, T. (2012), *Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union*, International Journal of Social Welfare, Blackwell Publishing, Oxford.