

Healthy ageing: una sfida per l'impresa sociale

Gian-Luigi Bulsei | Università del Piemonte Orientale, Dipartimento di Studi Umanistici
Delegato di Ateneo per il non profit e l'economia civile

Paper presentato in occasione del XII Colloquio Scientifico sull'impresa sociale,
25-25 maggio 2018, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Trento

ISBN 978-88-909832-7-6

Abstract

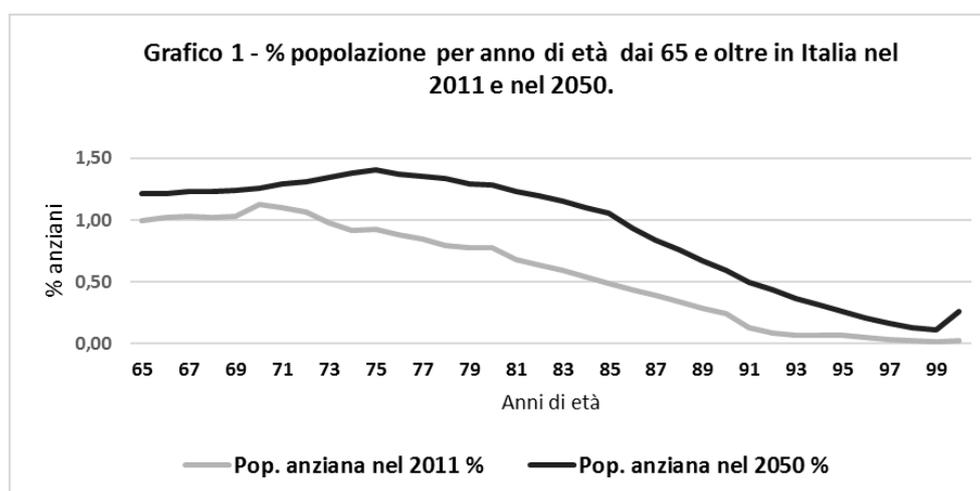
Nel nostro Paese le speranze di vita sono in continua crescita e l'Italia è classificata tra le nazioni più longeve e con la più alta quota di ultra-85enni (3,0% a fronte di una media UE pari al 2,3%). La longevità è sicuramente una conquista, ma una società che invecchia deve confrontarsi con radicali cambiamenti, che richiedono soluzioni politiche e organizzative adeguate. Se sotto il profilo bio-medico l'età che avanza si caratterizza per una progressiva riduzione delle capacità fisiche ed un tendenziale aumento della fragilità, dal punto di vista socio-economico implica il rischio di perdita di ruolo (de-socializzazione), un possibile calo di produttività ed un più ampio utilizzo dei servizi sanitari e previdenziali. E' pertanto una priorità sociale e sanitaria sviluppare conoscenze ed esperienze per promuovere un invecchiamento sano e attivo della popolazione, anche e soprattutto per le sue ricadute sul sistema di welfare. A partire da alcune esperienze territoriali in tema di healthy ageing il paper analizza il potenziale progettuale e gestionale delle imprese sociali, sia nel quadro dei servizi alla persona sia sul versante delle dinamiche organizzative (age management).

Keywords: cambiamenti socio-demografici, invecchiamento sano e attivo, age management, servizi alla persona, secondo welfare e politiche pubbliche

1. Cambiamenti demografici e condizione anziana

Il framework teorico-metodologico del presente contributo è stato costruito attraverso: a) la letteratura teorica ed empirica su *active ageing*, *secondo welfare*, innovazione sociale, terzo settore “produttivo” e politiche pubbliche; b) l’analisi secondaria di dati socio-demografici e di buone pratiche organizzative e territoriali; c) la partecipazione diretta ad attività di studio, ricerca e sperimentazione condotte nell’ambito di un gruppo multidisciplinare dell’Università del Piemonte Orientale (Bulsei 2018; UPO 2017)¹.

Sullo sfondo, dunque, i cambiamenti nella struttura per età della popolazione e le relative conseguenze su individui, organizzazioni e comunità (Rosina e Sorgi 2016). Il Rapporto annuale Istat (2017) pone l’accento sulle implicazioni della simultanea presenza nel nostro Paese di una elevata quota di cittadini ultrasessantacinquenni e la sempre più esigua quota di popolazione giovanile sotto i 15 anni: insieme a Giappone e Germania, l’Italia è tra i paesi più vecchi del mondo a causa dell’invecchiamento demografico combinato con la bassa natalità.



Fonte: AUSER 2017, p. 13

L’Italia è tra i Paesi più longevi d’Europa e del mondo: secondo i dati disponibili (2015), si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media UE di 77,9 anni per gli uomini e di 83,3 anni per le donne; i dati nazionali sono migliori anche per quanto riguarda la “vita attesa” all’età di 65 anni: gli italiani, uomini e donne, vivono in media un anno in più del valore europeo (rispettivamente 18,9 anni vs 17,9 e 22,2 anni vs 21,2 anni). Ma se si passa ad esaminare *la speranza di vita senza limitazioni*, dovute a

¹ Ringrazio Fabrizio Faggiano e tutte le colleghe ed i colleghi dell’*Healthy Ageing Group* dell’Università del Piemonte Orientale per i suggerimenti (diretti o impliciti) derivanti dalla nostra attività comune.

problemi di salute, la situazione cambia: il nostro Paese scivola al quindicesimo posto, al di sotto della media europea (Osservasalute 2018).

La longevità è sicuramente una conquista, ma una società che invecchia deve confrontarsi con radicali cambiamenti, che richiedono soluzioni politiche e organizzative adeguate. Se sotto il profilo bio-medico l'età che avanza si caratterizza per una progressiva riduzione delle capacità fisiche ed un tendenziale aumento della fragilità, dal punto di vista socio-economico implica il rischio di perdita di ruolo (de-socializzazione), un possibile calo di produttività ed un più ampio utilizzo dei servizi sanitari e previdenziali. E' pertanto una priorità del nostro sistema sociale e sanitario sviluppare conoscenze ed esperienze per promuovere l'invecchiamento sano e attivo della popolazione, anche e soprattutto per le sue ricadute sul sistema di *welfare*.

Mentre rimane sostanzialmente stabile la fascia d'età 75-84 anni (4,8 milioni, pari all'8,0% circa della popolazione) e la quota dei "grandi vecchi" (quasi 2 milioni, corrispondente al 3,4% del totale), continua ad aumentare quella dei "giovani anziani", ossia gli italiani tra 65 e 74 anni: sono poco meno di 6,6 milioni, cioè oltre un residente su dieci sul territorio nazionale. Proprio in questa fascia di età si concentra (quasi inaspettatamente) buona parte della quota di persone (oltre l'11%) che ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere autonomamente le attività quotidiane; nel complesso, considerando il trend demografico di invecchiamento e gli attuali tassi di disabilità, le proiezioni per il 2028 indicano che tra gli ultrasessantacinquenni le persone non in grado di svolgere le attività quotidiane per la cura di se stessi (dal lavarsi al mangiare) saranno circa 1,6 milioni (100 mila in più rispetto a oggi), mentre quelle con problemi di autonomia (preparare i pasti, gestire le medicine e le attività domestiche, ecc.) arriveranno a 4,7 milioni (700 mila in più) (Osservasalute 2018).

Come è noto, l'assistenza si caratterizza per la compresenza di due modelli di intervento: la "domiciliarità" e la "residenzialità". La prima linea di azione si fonda sulla convinzione che per le persone anziane rimanere in casa propria sia sempre e comunque la soluzione migliore; il secondo modello punta sul ricorso ad un insieme di strutture pubbliche o private nelle quali gli anziani vengono ospitati e assistiti anche a tempo indefinito. Il fatto che attualmente in Italia oltre 2,5 milioni di anziani fragili ricorrano a forme di assistenza domiciliare, a fronte di meno di 300mila ospitati in strutture residenziali, potrebbe indicare una sensibilità sociale e culturale diffusa (anche se superficiale, in quanto la permanenza di un soggetto nella propria abitazione dovrebbe essere assunto come "principio metodologico" da declinare in rapporto alle sue effettive condizioni – si veda più avanti); più realisticamente, esso denota che il sistema di cura continua a reggersi in larga parte sulle famiglie degli anziani non autosufficienti, sia come assistenza diretta sia in termini di impegno finanziario per l'assunzione di assistenti domiciliari privati (AUSER 2017; Cibinel, Maino et al. 2017).

Il problema dell'assistenza continuativa agli anziani, legato al progressivo invecchiamento della popolazione e all'aumento di persone non autosufficienti, ha comportato una ridefinizione del rapporto tra strutture

socio-sanitarie e territorio, con un'estensione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) ed il ricorso a dispositivi dedicati all'accoglienza della domanda, alla valutazione del bisogno dell'anziano e alla gestione coordinata del percorso assistenziale (istituzione in varie regioni italiane di unità di valutazione multidisciplinare, "sportelli unici" e sperimentazione di *case management*); inoltre, accanto al potenziamento dei servizi di *long-term care*, si è assistito in anni recenti allo sviluppo di iniziative dedicate al tema della prevenzione e della promozione di stili di vita sani nella popolazione anziana (Bulsei 2016; De Piccoli 2014; Ranci e Pavolini 2015, cap. 8).

In termini generali, la condizione di una persona anziana (e non) "dipende" da tre gruppi di variabili (Bulsei 2016):

- a) risorse (reddito, abitazione, ecc.) – vita dignitosa/indigenza (povertà);
- b) salute (stato generale, patologie, bisogni di cura) – buone condizioni/criticità (non autosufficienza);
- c) relazioni (reti di supporto familiari e sociali) – contesto favorevole/problematico (solitudine).

Ad un'analisi multivariata della condizione anziana dovrebbero corrispondere risposte personalizzate ai bisogni reali, centrate ai seconda dei casi su:

- sostegno al reddito e alla vita quotidiana
- assistenza sanitaria integrata
- strutture dedicate (servizi tutelari)
- attività di ri-socializzazione e supporto alle reti che aiutano (*natural and vocational helpers*).

La recente crisi economica ha aperto scenari alquanto problematici per il complesso dei servizi alla persona ed in particolare per gli anziani fragili e le loro famiglie: la progressiva riduzione dei beneficiari e il razionamento delle prestazioni (contributi monetari, strutture residenziali, servizi territoriali), conseguente ai tagli che gli enti gestori sono costretti ad operare a causa dei vincoli di bilancio; l'aumento dei costi di produzione e fruizione delle prestazioni socio-sanitarie e la diminuzione della loro qualità, in un contesto di competizione allocativa per risorse scarse e di tendenziale peggioramento delle condizioni di lavoro degli operatori; un insufficiente impegno pubblico nella regolazione del mercato privato dell'assistenza e nel coordinamento complessivo della domanda/offerta di servizi (Bulsei 2016).

Ma i cambiamenti socio-demografici e le conseguenti strategie economiche e di politica pubblica impattano su una platea ben più vasta degli anziani caratterizzati da bisogni di cura intensi: riguardano in modo processuale la vita individuale e collettiva di ampie fasce di popolazione alle prese con la necessità di prevenire i "rischi" fisici e sociali legati all'invecchiamento e mantenere un ruolo attivo.

2. *Healthy ageing*: caratteristiche, opportunità e sfide

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato il concetto di "invecchiamento attivo" (*active ageing*), inteso come processo finalizzato alla realizzazione ottimale delle potenzialità fisiche, mentali e sociali delle persone anziane (WHO 2015). Oltre all'importanza della prevenzione e del supporto socio-sanitario, vengono riconosciuti come capisaldi di una strategia per mettere il benessere delle persone al centro di tutte le politiche (*health in all policies*) l'assunzione fin dall'età giovanile e adulta di corretti stili di vita, il diritto a condizioni socio-ambientali soddisfacenti e la partecipazione alle attività sociali e culturali delle comunità di appartenenza.

In Italia, oltre all'attività di un gruppo multidisciplinare dell'Università del Piemonte Orientale (cfr. il successivo paragrafo), tali temi sono approfonditi in particolare dal Centro Studi e Ricerche Economico- Sociali per l'Invecchiamento (CRESI) operante all'interno dell'INRCA, un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico finanziato dal Ministero della Salute (http://www.inrca.it/inrca/Mod_ric_124.asp?pag=Ric_home.asp). Tra gli studi in corso presso il CRESI, al fine di accrescere in un'ottica interdisciplinare la conoscenza del fenomeno invecchiamento da un punto di vista demografico, socio-economico e politico-amministrativo, integrando la ricerca clinico-geriatrica tradizionale in una prospettiva traslazionale, si segnala la partecipazione ad un network europeo per supportare il *policy making* in materia di *long-term care* (<http://www.cequa.org/overview>).

Vi è una sorta di ambivalenza della condizione anziana, sia sotto il profilo cognitivo (definizione condivisa) sia come rappresentazione sociale (aspetti culturali e normativi). Sono inoltre cambiati nel tempo sia gli indicatori dell'invecchiamento, sia le prescrizioni in merito agli stili di vita da seguire per rallentarlo, sia le politiche atte a gestirlo. In generale, le immagini e le interpretazioni della vecchiaia sono riconducibili a due contrapposte caratterizzazioni: da un lato rovinosa sciagura, decadimento, perdita (vecchiaia come malattia); dall'altro raggiungimento di uno stato di perfezionamento (non di perfezione), dovuto a saggezza derivata dall'esperienza (buon invecchiamento come virtù legata a capacità di rinuncia, distacco, adattabilità)².

Se l'invecchiamento può essere considerato un processo naturale, la concezione della vecchiaia come malattia ha come fine pratico la cura: seppure operando un'indebita semplificazione in un'ottica funzionalista (tutti gli individui vorrebbero l'allungamento della vita senza subire gli acciacchi legati all'età che avanza, e per l'organizzazione sociale le diminuite capacità dell'anziano, al pari di quelle del malato, costituiscono disfunzioni), l'idea di doversi occupare in modo specifico di una fase dell'esistenza risulta del tutto appropriata sotto il profilo etico-sociale.

In realtà, l'invecchiamento non è problematico in sé, ma produce una serie di bisogni a cui è necessario dare risposta in modo innovativo e integrato. Le traiettorie sono alquanto eterogenee e dipendono da un ampio numero di

² Un sincero ringraziamento all'amica Margherita Benzi, docente di Filosofia della scienza all'Università del Piemonte Orientale e componente dell'*Healthy Ageing Group* per i preziosi spunti in proposito.

fattori di natura sia medica sia sociale ed economica. A fronte di tale complessità, le politiche pubbliche (sanitarie, previdenziali e assistenziali) sono per loro stessa natura generaliste e pertanto non sempre adeguate rispetto a bisogni e percorsi di vita individuali. Spesso, inoltre, le prescrizioni medico-sanitarie finalizzate a incentivare l'invecchiamento sano e attivo sono "calate dall'alto", senza un'effettiva adesione da parte dei soggetti interessati, la cui percezione della propria salute ha a che fare con strutture e comportamenti sociali: collocazione socio-economica, appartenenza etnica e territoriale, asimmetrie informative e orientamenti culturali (UPO 2017).

3. Non è un paese per vecchi? Analisi e buone pratiche in Piemonte

Al dato demografico, si sommano alcune "condizioni avverse" che scandiscono la condizione complessiva degli anziani nel nostro Paese: oltre alla già menzionata distonia tra aumento della domanda di salute e prestazioni sanitarie e l'impatto della crisi economico-finanziaria, con il peggioramento della qualità di vita, il modello culturale prevalente privilegia una visione retorica e familista del "caro buon vecchio", non accompagnata da reale attenzione ai bisogni strutturali e relazionali delle persone. Gli attori che operano nel campo dei servizi alla persona non sono necessariamente nuovi: innovativo deve essere il modello di costruzione cooperativa dei processi e dei progetti, in grado di trasformare i problemi legati ai cambiamenti demografici in opportunità per ridefinire l'organizzazione delle attività produttive e sociali (Bulsei 2016). Vanno intenzionalmente in tale direzione alcune iniziative promosse in ambito piemontese, che passeremo brevemente in rassegna.

3.1 Il contesto regionale: la strategia WeCaRe

Il Piemonte, in linea con il contesto nazionale, sperimenta da diversi anni una forte crescita della popolazione con più di 65 anni d'età, che nel 2016 è arrivata a rappresentare un quarto dei residenti; in costante aumento anche gli ultraottantenni, mentre i giovani diventano sempre più una risorsa scarsa: il rapporto di due a uno tra anziani (over 65) e giovani (under 14) è tra i più critici sia in Italia sia rispetto alla media europea ed è tale da richiedere un ripensamento delle strutture stesse dell'organizzazione sociale territoriale (Cibinel, Maino et al. 2017, cap. 2).

La Regione Piemonte ha lanciato nel maggio 2017 l'Atto di Indirizzo "WeCaRe – Welfare Cantiere Regionale. Strategia di innovazione sociale della Regione Piemonte" (Cibinel, Maino et al. 2017, pp. 17 e ss.). Elaborato da un tavolo di confronto inter-assessorile (che ha coinvolto l'Assessorato alle Politiche sociali, della famiglia e della casa, l'Assessorato all'Istruzione e al lavoro, l'Assessorato alle Attività produttive, innovazione e ricerca e l'Assessorato alle Politiche giovanili, pari opportunità, diritti civili e immigrazione), il documento declina a livello regionale la Strategia Europa 2020, mettendo a disposizione risorse tratte dalla programmazione di fondi FSE e FESR. La strategia propone di interpretare l'innovazione

sociale come un insieme di misure, prodotti e servizi che permettano di rispondere in maniera più adeguata ai bisogni sociali. I soggetti istituzionali e del privato sociale che tradizionalmente si occupano di *welfare* sono invitati ad innovare il proprio approccio secondo questa concezione, ma il cambio di prospettiva deve coinvolgere tutti gli attori del territorio. Per questo motivo, la strategia regionale si rivolge anche alle aziende, cercando di stimolare la loro partecipazione alla costruzione del benessere sociale, economico e relazionale del territorio.

L'Atto di Indirizzo si compone di quattro misure:

1. *Sperimentazione di azioni innovative di welfare territoriale* (6,4 milioni di euro): misura che prevede il coinvolgimento di soggetti pubblici, del terzo settore e del volontariato nell'elaborazione di progetti capaci di individuare necessità emergenti dal tessuto sociale e di rispondervi con modalità innovative e partecipative;
2. *Progetti di innovazione sociale per il terzo settore* (3,6 milioni di euro): azione che intende far emergere esperienze significative già esistenti e stimolare la sperimentazione e l'innovazione nei servizi erogati da cooperative, imprese sociali ed enti del terzo settore;
3. *Rafforzamento di attività imprenditoriali che producono effetti socialmente desiderabili* (5 milioni di euro): stimolo alla creazione e allo sviluppo di iniziative imprenditoriali che producono beni e servizi rispondenti ad esigenze sociali.
4. *Promozione del welfare aziendale* (4 milioni di euro): misura mirante favorire l'offerta di beni e servizi e la sperimentazione di modelli di organizzazione del lavoro che migliorino il benessere dei/delle dipendenti attraverso il coinvolgimento delle imprese (specialmente PMI) nella progettazione ed attivazione di interventi di welfare aziendale.

3.2 *Dedalo: volare sugli anni*

La mitologia greca racconta che Dedalo venne rinchiuso con il figlio Icaro nel labirinto che aveva costruito per Minosse; per fuggire, realizzò un paio d'ali di cera e piume per sé e per Icaro, raccomandando al figlio di essere prudente: «Se attraverseremo l'aria troppo vicino al sole, la cera non reggerà al calore; se invece muoveremo le ali in basso, troppo vicino al mare, le ali si bagneranno di acqua marina. Vola in mezzo all'uno e all'altro, e sta' attento anche ai venti: dove ti porta l'aria, secondala con le ali [...] troppo ardito a motivo della sua età imprudente, si spinse più alto e abbandonò il padre» (Ovidio, *Ars amandi II*, 59-64). Mentre Icaro cadde nel mare Egeo, la legenda vuole che Dedalo, volando in modo prudente, sia atterrato in Sicilia, sulle pendici dell'Etna, e sia vissuto ancora a lungo, continuando a sviluppare nuove invenzioni.

Dedalo è una iniziativa multisettoriale e coordinata di promozione della salute in ambito urbano, elaborato attraverso un tavolo collaborativo intorno al quale si progettano attività da proporre ai cittadini per "volare sugli anni"

e per rendere la città più vivibile: una sperimentazione innovativa che vuole mettere insieme sanità e cultura per un invecchiamento sano e attivo.

Il gruppo di progetto è composto da medici, psicologi e ricercatori delle scienze umane, dietisti, sportivi, docenti universitari, amministratori pubblici, cittadini e volontari, che rappresentano l'ASL di Vercelli e gli altri enti locali, l'Università del Piemonte Orientale e varie organizzazioni e associazioni pubbliche e private che hanno scelto di lavorare insieme, mettendo in rete le proprie competenze e le proprie iniziative.

In concreto, Dedalo propone ai cittadini vercellesi iniziative strutturate in quattro percorsi: 1) della "Buona alimentazione", che offre corsi, conferenze, incontri con specialisti e laboratori sul tema; 2) del "Muoversi insieme", che propone varie attività fisiche; 3) della "Meraviglia e dello stupore", che consente di "tener allenata la mente" partecipando ad iniziative culturali e ricreative (visite museali, attività formative e vari appuntamenti collettivi); 4) della "Scoperta del territorio", che conduce alla conoscenza e valorizzazione della cultura locale nei suoi molteplici aspetti (ambientali, etnografici, gastronomici, ecc.). Non solo dunque un approccio "salutista", ma una visione integrata per declinare le potenzialità fisiche, cognitive e relazionali nell'età che avanza attraverso il consapevole rafforzamento del legame con la comunità ed il suo patrimonio sociale e culturale.

Conservare a lungo un buono stato di salute è possibile: molti lavori scientifici dimostrano che condurre una vita attiva, mantenere una vita sociale e culturale vivace, curare l'alimentazione e svolgere attività fisica facilita l'invecchiamento sano e attivo. L'adozione di corretti stili di vita, insieme al mantenimento di attività e relazioni sociali in età avanzata, si traduce in benefici individuali e collettivi; far collaborare la migliore sanità, la buona ricerca scientifica, i decisori pubblici, gli enti interessati alla cultura e alla valorizzazione del territorio e le associazioni di cittadini, può favorire un reale miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

3.3 Healthy ageing: saperi a confronto

Mentre si sono moltiplicati in anni recenti studi di tipo sanitario (gestione clinica dell'anziano), stenta a decollare una prospettiva di intervento che affianchi alle competenze mediche quelle sociologiche ed economiche per promuovere un invecchiamento attivo (De Piccoli 2014; Tognetti 2017; UPO 2017). Per cercare di rispondere a tale esigenza, è stato costituito nel 2016 presso l'Università del Piemonte Orientale il gruppo *Healthy Ageing*: un team multidisciplinare composto da ricercatori afferenti a vari Dipartimenti dell'Ateneo (Studi per l'economia e l'impresa, Giurisprudenza e scienze politiche, economiche e sociali, Scienze del farmaco, Medicina traslazionale, Scienze della salute, Studi umanistici).

I principali obiettivi dell'*Healthy Ageing Group* sono: i) lo studio dei fattori individuali e sociali associati all'età che avanza; ii) l'identificazione di

interventi di prevenzione e promozione dell'invecchiamento sano e attivo; iii) lo sviluppo della ricerca sui meccanismi biomedici del processo di invecchiamento; iv) la progettazione e sperimentazione di innovazioni sociali nel campo; v) lo sviluppo di percorsi formativi per diffondere la conoscenza e la capacità di gestione dell'*healthy ageing*. Inoltre, accanto agli obiettivi di tipo scientifico, vi sono la divulgazione di conoscenze e buone pratiche in campo socio-sanitario e la trasformazione delle sedi universitarie in veri e propri *Healthy Campus*.

L'*Healthy Ageing Group* è caratterizzato da un approccio collaborativo, aperto alla comunità locale attraverso il lavoro in rete con gli *stakeholder* e la partecipazione ad eventi nel territorio. Le attività svolte finora comprendono l'organizzazione di convegni aperti, seminari universitari, partecipazione a bandi di ricerca, attività di riflessione e sensibilizzazione sul tema dell'invecchiamento attivo. In particolare, nel luglio 2017, a circa un anno dalla istituzione del Gruppo, si è tenuta un'intensa giornata di studio con l'obiettivo di far confrontare e discutere i ricercatori alla ricerca di un lessico comune, nel tentativo di evidenziare sia gli elementi di similitudine sia quelli specifici di ciascuna area disciplinare, al fine di delineare un contesto condiviso che consenta ulteriori collaborazioni.

Infatti, la definizione di *ageing* e, ancor più, quella di *healthy ageing* si sono evolute nel tempo all'interno delle diverse discipline: in virtù di nuove evidenze scientifiche (specie in ambito medico-sanitario), in seguito all'emergere di problemi di sostenibilità dei sistemi di *welfare* (sotto il profilo politico-economico), oppure come risultato di riflessioni legate al ruolo dell'anziano nelle società moderne (dal punto di vista sociologico e filosofico).

4. Gestire l'età nelle organizzazioni: teoria e pratica

«E' necessario mettere ogni generazione nelle condizioni di valorizzare tutte le fasi della vita. Uno dei mutamenti più rilevanti del vivere più a lungo riguarda il concetto di "anziano". Ogni stagione della vita ha specificità che, se colte, possono dare buoni frutti»³. Mentre a livello europeo, l'attenzione ad un'efficace gestione del fattore età ha portato allo sviluppo di un vivace dibattito culturale e politico e all'adozione di specifiche strategie aziendali e sociali, in Italia la riflessione sul tema non è altrettanto matura ed i provvedimenti in materia stentano a decollare (Assolombarda e Fondazione Istud 2014; Rosina e Sorgi 2016).

Per *age management* si intende una serie di interventi e risposte che possono essere fornite a livello organizzativo al fine di riconoscere, valorizzare e utilizzare i punti di forza di tutti i lavoratori di un'impresa a prescindere dall'età anagrafica. Esiste un imperativo economico che spinge ad attuare una corretta gestione del fattore età: l'applicazione di buone pratiche di *age management* consente alle aziende di adeguarsi al tendenziale invecchiamento della propria forza lavoro, migliorare le possibilità

³ Così il demografo Alessandro Rosina su "La Repubblica" del 7 luglio 2017.

d'impiego dei lavoratori maturi, accrescere la competitività e la produttività di una popolazione attiva che invecchia, contribuire a prolungare la vita lavorativa e ; promuovere pari opportunità tra le generazioni (Assolombarda e Fondazione Istud 2014, cap. 3).

La condizione professionale e sociale di un individuo dipende dalle risorse di tipo materiale, cognitivo, socio-economico, motivazionale ed emotivo sulle quali può fare affidamento; tali risorse possono essere incrementate ma anche degradarsi nel tempo: tendono ad un naturale declino, che si scontra con la domanda di produttività, dinamicità e flessibilità proveniente dal contesto lavorativo. Per “combattere le barriere d'età” e mettere ciascun lavoratore in grado di sviluppare il proprio potenziale, valutando la sua *work ability* attuale e proiettata nel tempo, vari studi di tipo organizzativo ed economico-aziendale hanno individuato alcune aree sulle quali intervenire (Assolombarda e Fondazione Istud 2014, cap. 4):

- a) *recruitment* e formazione continua
- b) sviluppo di carriera e pratiche di lavoro flessibili
- c) tutela, promozione della salute, *work design*
- d) reimpiego in mansioni differenti
- e) transizione all'uscita dal lavoro.

Si va da pratiche non discriminatorie nei confronti dei candidati *aged* durante il processo di selezione alla modulazione flessibile di orari e mansioni, dall'attenzione al benessere psico-fisico al riposizionamento di soggetti “a rischio di obsolescenza professionale” (si pensi al modello Industria 4.0 e alle nuove professioni digitali). Tutti aspetti che richiedono un'attenta progettazione organizzativa, una consapevole e competente adesione dei ruoli manageriali, una gestione partecipata (coinvolgimento dei lavoratori interessati e dei loro rappresentanti sindacali), una implementazione graduale ed una valutazione periodica dell'impatto sui singoli e sull'intero contesto lavorativo.

Il compito della ricerca (accademica e non) non può che essere quello di orientare le politiche economiche e sociali verso la creazione di un contesto il più possibile favorevole all'introduzione nelle organizzazioni private e pubbliche di buone prassi di *age management* (Rebora 2008).

Uno schematico bilancio delle esperienze descritte nel paragrafo precedente porta ad osservare che:

- a) invecchiando, le persone e le comunità esprimono domande sociali che richiedono risposte innovative e integrate (Strategia *WeCaRe*);
- b) l'ingegno e la prudenza che si acquisisce con l'età permette di vivere una vita sana e attiva e di “volare sugli anni” (Progetto *Dedalo*);
- c) occorrono riflessioni e sperimentazioni basate su un approccio realmente multidisciplinare (*Healthy ageing group*).

Una longevità attiva va costruita nella quotidianità: non consiste tanto nella possibilità di prolungare la consueta attività professionale, quanto nella ridefinizione funzionale e culturale del proprio contributo dentro e fuori le organizzazioni di riferimento. Si tratta di un ulteriore passo in direzione di

un “invecchiamento creativo”, che consentirebbe ai soggetti più anziani di mettere a disposizione di strutture produttive e sociali in forme innovative il proprio bagaglio di esperienze, abilità e spirito critico. Accanto a requisiti motivazionali e comportamentali di tipo individuale (apertura mentale, competenze dialogiche e relazionali, sensibilità solidale), lo sviluppo di tale *creative ageing* richiede anche strutture fisiche e simboliche (“incubatori di creatività”, luoghi e opportunità di sperimentazione e confronto) per tradurre le buone pratiche in apprendimento organizzativo ed efficacia sociale.

5. *Active ageing* e impresa sociale: un ruolo “enzimatico”

I cambiamenti demografici in atto richiedono nel contempo un impegno progettuale e organizzativo per adeguare i servizi alla persona all’intensità e specificità dei bisogni emergenti ed uno sforzo collettivo per ripensare l’economia e la società in un’ottica di gestione dell’età come risorsa da integrare e valorizzare piuttosto che come problema “assistenziale”.

Per operare efficacemente lungo entrambe le direttrici occorre, accanto all’indispensabile impegno pubblico, il contributo di altri attori, disposti a fornire idee, buone pratiche e risorse aggiuntive. A tale prospettiva fa riferimento la nozione di *secondo welfare*, coniata per ricomprendere varie iniziative che poggiano su nuove combinazioni tra soggetti istituzionali, privati e non profit (Maino e Ferrera 2015 e 2017).

«Abbiamo imparato a chiamarlo “secondo welfare” per il suo essere integrativo/complementare e comunque non sostitutivo del primo, ma per la moltitudine di forme che assume lo potremmo tranquillamente chiamare “welfare plurale”. La dimensione plurale nasce, quasi come in un puzzle, dalla capacità di comporre attraverso una moltitudine di soggettualità, un quadro di risposte e soluzioni (con modalità e motivazioni completamente diverse) rivolte ai crescenti bisogni di cura e ben-essere dei cittadini; risorse eterogenee che giocano la partita della “publicness” in un campo che vede l’inesorabile crescita delle disuguaglianze e della domanda di servizi sociali» (Venturi 2018).

In tale ottica, l’intervento pubblico non viene messo in discussione per quel che attiene le funzioni basilari di tutela sociale, ma viene integrato dall’esterno grazie al contributo sempre più significativo di soggetti non pubblici. Tale apporto negli ultimi anni è andato crescendo in termini economici ed occupazionali, fino ad incidere in modo rilevante (direttamente o indirettamente) sulle condizioni di vita di milioni di cittadini, soprattutto a livello locale.

Se su questo versante le imprese sociali operanti nel campo dei servizi socio-sanitari rappresentano un partner di assoluto rilievo per introdurre innovazioni nel sistema di *welfare territoriale*, come risultato di una cooperazione progettuale e realizzativa basata sull’analisi condivisa di bisogni, risorse e soluzioni, su quello dell’*age management* possono dimostrarsi altrettanto qualificate a raccogliere la sfida, in virtù delle

peculiarità strutturali e relazionali che le connotano nella gestione del capitale umano e dei ruoli professionali.

Nel caso dei servizi per la popolazione anziana, è opportuno distinguere almeno tre livelli-ambiti, non sempre convergenti (Bulsei 2016). Una prima linea di cooperazione tra attori differenti riguarda, come è noto, le procedure di *pianificazione pubblica* nel campo delle politiche sociali, basate sull'accesso ad arene istituzionalizzate (c'era una volta il Piano di Zona...); un secondo ambito vede il coinvolgimento di interessi organizzati (ad es. volontariato terza età e sindacato pensionati) in processi di *negoziazione e concertazione* con le amministrazioni locali; un terzo e più avanzato modello consiste in una *strategia di rete*, per progettare ed attuare in forma inclusiva e partecipata interventi che tengano conto degli attori sociali (imprese, associazioni, cittadini destinatari).

Per quanto riguarda la progettazione e gestione di servizi alla popolazione anziana, una consolidata tendenza a collaborare con le amministrazioni locali rende le imprese sociali “adatte” a fornire un qualificato contributo di idee ed esperienze utili a configurare *azioni territoriali integrate* per:

- accrescere la consapevolezza collettiva sul tema invecchiamento;
- migliorare i servizi alla persona e sviluppare iniziative di *healthy ageing*;
- promuovere l'attività fisica e la salute mentale tra gli anziani;
- conoscerne i reali bisogni e la loro percezione della qualità di vita;
- aumentarne le opportunità di socializzazione e di impegno nella comunità;
- facilitare la partecipazione degli anziani negli ambiti organizzativi e sociali di appartenenza;
- favorire la collaborazione tra enti pubblici, imprese private, organizzazioni e associazioni per la messa in rete di attività e servizi (Bulsei 2016),

Come emerge da questo sintetico elenco, non si tratta semplicemente di adeguare il sistema di produzione ed erogazione di servizi socio-sanitari; al centro dell'impegno sinergico di enti pubblici e privato sociale si colloca soprattutto uno sforzo collettivo di rielaborazione culturale e accompagnamento sociale. Ciò getta un ponte con la seconda dimensione “innovativa” da considerare: la gestione del fattore età nelle organizzazioni.

Il confronto tra la distribuzione per aree di attività delle imprese cooperative e quella del totale delle imprese italiane iscritte ai registri presso le Camere di commercio mostra il peso preponderante dei servizi alle persona (socio-assistenziali, sanitari e di *social housing*, comprese le cooperative edilizie), che impegnano complessivamente due imprese *nonprofit* su tre. Essendo rivolto prioritariamente a persone che non possono soddisfare autonomamente i propri bisogni, il lavoro di cura professionale non è rilevante solo in una dimensione individuale, ma rappresenta un bene sociale, come componente fondamentale del benessere di cittadini e cittadine (AUSER 2017; Cibinel, Maino et al. 2017). Le imprese sociali impegnate nel campo dei servizi alla persona giocano un ruolo centrale nel coniugare la qualità del lavoro dei propri operatori con quella delle prestazioni erogate.

Di pari passo con la rilevante presenza nel settore socio-sanitario, le imprese sociali fanno registrare un considerevole tasso di femminilizzazione (quasi il 75% secondo stime recenti) ed un'età media degli occupati intorno ai 40 anni. Benché la composizione interna della forza lavoro non faccia emergere “di per sé” un problema gestionale (se non in prospettiva temporale), l'attenzione al capitale umano e la capacità di interpretare le esigenze della comunità, realizzando servizi innovativi in sinergia con altri attori pubblici e privati consentono alle imprese con finalità sociali di svolgere una sorta di funzione enzimatica nel rispondere, in termini sia culturali sia prestazionali, alle sollecitazioni di una società che invecchia. La recente riforma del Terzo settore (L. 106/2016) offre un'opportunità normativa per sbloccare il potenziale latente del non profit produttivo; ma anche le imprese guidate in prevalenza dalla logica del profitto tendono ad orientarsi (seppure in modo parziale e discontinuo) verso un nuovo modello di responsabilità condivisa (Bulsei 2016; Fazzi 2014; Venturi e Zandonai 2016).

L'innovazione non è un valore in sé, ma un processo che si qualifica in ragione delle sue conseguenze sociali nel tempo e nello spazio. L'innovazione sociale nasce laddove esistono aree di bisogno che non hanno ancora trovato risposta adeguata da parte delle aziende private o delle istituzioni pubbliche: affinché si inneschino processi realmente innovativi è necessaria la redistribuzione partecipata dei fattori produttivi, ma soprattutto la condivisione di saperi (Bulsei 2018; Maiolini 2017). «Grazie alla sua capacità di coordinare risorse di diversa natura, provenienti dal settore pubblico, dal mercato e dalla collettività, l'impresa sociale è in grado di diventare un connettore di tensioni verso il cambiamento» (Picciotti 2013, p. 12).

Imboccare nuove strade, basate su reti governate in grado di saldare impegno pubblico e protagonismo sociale, non è solo una possibilità ma una necessità: una sfida che in presenza di risorse finanziarie limitate richiede più che in passato di investire in strategie innovative nei rapporti tra le istituzioni pubbliche e gli altri attori. Ripensare il *welfare* nello *spazio* (gestioni associate, migliore coordinamento degli interventi, rete di servizi sul territorio) e nel *tempo* (ottica preventiva, programmazione partecipata, valutazione degli esiti) può consentire un recupero di efficienza gestionale ed efficacia sociale. Il processo di innovazione richiede cambiamenti nelle relazioni sociali e istituzionali, valorizzando l'attivazione e la messa in rete di attori e risorse al di là degli status formali e delle gerarchie tradizionali, «per utilizzare modalità d'intervento che siano al tempo stesso flessibili, personalizzate e strettamente radicate all'ambiente di vita dei destinatari» (Baldascino, Mosca e Critelli 2015, p. 20).

Non solo l'attività economica non deve contrastare con l'utilità sociale, ma, come ci ricorda la Costituzione italiana (art. 41), deve assumerla come finalità. Se l'obiettivo centrale è quello di rispondere ai bisogni dei cittadini a partire dalle loro reali necessità e peculiarità (fare per e fare con), l'imprenditorialità sociale può fornire un importante contributo di fronte alle domande culturali e organizzative provenienti da comunità composte in prevalenza da anziani che possono e vogliono essere attivi, cercando di coniugare efficienza e attenzione alle persone (Bulsei 2016 e 2018).

Riferimenti bibliografici

- Assolombarda, Fondazione Istud (2014), *Age Management. Teoria e pratica per la gestione dell'età nelle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- AUSER (2017), *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo* [<http://www1.auser.it/wp-content/uploads/2017/02/RICERCA%20DOMICILIARITA.pdf>].
- Baldascino M., Mosca M., Critelli G. (2015), *Il ruolo dell'impresa sociale nella promozione dello sviluppo umano: un diverso modo di relazionarsi con la pubblica amministrazione*, in Atti del Colloquio scientifico sull'impresa sociale, IrisNetwork, Reggio Calabria (22-23 maggio).
- Bulsei G.L. (2016), *Casa Comune: enti pubblici e privato sociale in una rete territoriale di servizi agli anziani*, in Atti del Colloquio scientifico sull'impresa sociale, IrisNetwork, Napoli (10-11 giugno).
- Bulsei G.L. (2018), *Cos'altro sono le città se non persone? Economia sociale e innovazione urbana*, paper presentato al Convegno AIS "Territori, Mobilità, Lavori", Università di Padova (22-23 febbraio).
- Censis, Forum Ania (2017), *Gli scenari del welfare. Più pilastri, un solo sistema*, Franco Angeli, Milano.
- Cibinel E., Maino F., Manfreda F., Porzio G. (2017), *Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell'ambito dell'assistenza familiare*, Regione Piemonte, POR Piemonte FSE 2014/2020 [<http://www.regione.piemonte.it/diritti/web/pariopportunita/assistenza-familiare>].
- De Piccoli N. (2014, a cura di), *Salute e qualità della vita nella società del benessere*, Carocci, Roma.
- Fazzi L. (2014), *Imprenditori sociali innovatori. Casi di studio nel terzo settore*, Franco Angeli, Milano.
- Istat (2017), *La situazione del Paese. Rapporto annuale 2017*, Roma.
- Maino F., Ferrera M. (2015, a cura di), *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro Einaudi, Torino.
- Maino F., Ferrera M. (2017, a cura di), *Terzo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro Einaudi, Torino.
- Maiolini R. (2017), *Lo stato dell'innovazione sociale e delle sue comunità*, Irisnetwork, Trento [<http://workshop.irisnetwork.it/wis17-follow-up-riccardo-maiolini-innovazione-sociale-community/>].
- Osservasalute (2018), *Sintesi Rapporto 2017*, Università Cattolica, Milano.
- Picciotti A. (2013), *L'impresa sociale per l'innovazione sociale. Un approccio di management*, Franco Angeli, Milano.
- Ranci C., Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- Rebora (2008), *Il valore della differenza. Le politiche di age management alla prova delle esperienze aziendali*, IX Workshop dei Docenti e dei Ricercatori di Organizzazione Aziendale, Università Cà Foscari, Venezia (7-8 febbraio).
- Rosina A., Sorgi S. (2016), *Il futuro che (non) c'è. Costruire un domani migliore con la demografia*, EGEA, Milano.

- Tognetti M. (2017), *Nuovi scenari di salute. Per una sociologia della salute e della malattia*, Franco Angeli, Milano.
- Trabucchi M. (2015), *I segreti di una vita sana e lunga*, il Mulino, Bologna.
- UPO (2017), *Healthy ageing: quale significato multi-disciplinare diamo alle parole?*, in “Extra-Campus”, rivista dell’Università del Piemonte Orientale sulla ricerca, sul trasferimento tecnologico e sul public engagement, n. 1 (dicembre).
- Venturi P. (2018), *L’innovazione (irreversibile) del secondo welfare* [<http://www.aiccon.it/linnovazione-irreversibile-del-secondo-welfare/>].
- Venturi P., Zandonai F. (2016), *Imprese ibride. Modelli d’innovazione sociale per rigenerare valore*, EGEA, Milano.
- WHO (2015), *World report on ageing and health*, World Health Organization Publication, Luxembourg.