BIBLIOTECA DI TESTI E STUDI / 576

ARCHITETTURA

Il testo è disponibile sul sito Internet di Carocci editore
nella sezione "Pressonline"

I lettori che desiderano
informazioni sui volumi
pubblicati dalla casa editrice
possono rivolgersi direttamente a:

Carocci editore
via Sardegna 50,
00187 Roma,
telefono 06 / 42 81 84 17,
fax 06 / 42 74 79 31

Visitateci sul nostro sito Internet:
http://www.carocci.it

Gli anziani e la città

(In)compatibilità, regolazioni sociali e ambiente costruito (secoli XVI-XXI)

A cura di Luigi Lorenzetti

Carocci editore

Si ringraziano Marcello Martinoni ed Enrico Sassi dell'Institute for the Contemporary Urban Project (Accademia di architettura, Università della Svizzera italiana, Mendrisio) per la collaborazione durante la preparazione e l'organizzazione del Convegno; Monica Bancalà, Milena Bonini e Matteo Rapazzini per il loro aiuto organizzativo in occasione del Convegno; Vanessa Giannò, Graziella Zannone e Corinne Bianchi per la preziosa collaborazione all'edizione del volume.

Questo volume è pubblicato grazie al sostegno
della Fondazione Federico Ghisletta (Associazione Ticinese Terza Età), Giubiasco
e dell'Università della Svizzera italiana, Lugano

1ª edizione, ottobre 2010
© copyright 2010 by Carocci editore S.p.A., Roma

Realizzazione editoriale: Studio Editoriale Cafagna, Barletta

Finito di stampare nell'ottobre 2010
dalla Litografia Varo (Pisa)

ISBN 978-88-430-5769-6

Riproduzione vietata ai sensi di legge
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,
è vietato riprodurre questo volume
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,
compresa la fotocopia, anche per uso interno
o didattico.

Indice

Introduzione. Gli anziani e la città: quale (in)compatibilità? 11
di *Luigi Lorenzetti*

1. Gli anziani nelle città preindustriali: segregazione o inclusione? 12
2. Dal Settecento al Novecento: nuove sensibilità, "nuove" soluzioni 14
3. Anziani e città: le nuove (in)compatibilità della contemporaneità 16

Parte prima
Pratiche assistenziali e regolazioni sociali

1. Populations âgées dans l'espace urbain suisse entre ségrégation et intégration (milieu XIX^e^-milieu XX^e^ s.) 23
di *Anne-Lise Head-König*

1.1. Introduction 23
1.2. L'évolution de la population âgée en milieu urbain: une grande diversité jusqu'au milieu du XX^e^ siècle 24
1.3. Le déséquilibre prononcé des sexes aux âges élevés et un taux d'activité qui reste parfois élevé 28
1.4. Les structures résidentielles 30
1.5. L'émergence d'une proportion élevée de ménages solitaires au XX^e^ siècle: davantage un artifice dû aux changements socio-économiques qu'à un relâchement des solidarités familiales? 33
1.6. L'hébergement dans l'asile de vieillards 34
1.7. Les personnes âgées dans les institutions urbaines entre exportation et ségrégation politico-spatiale et genrée 37
1.8. Conclusion 40

2. Les vieillards et les pouvoirs publics en France au début du XX^e siècle 43
di *Jean-François Tanguy*

2.1. La société, les pauvres et les vieillards 43
2.2. Identification du problème 45
2.3. La loi d'assistance du 14 juillet 1905 46
2.4. Les principes de l'assistance 50
2.5. L'application de la loi: exemples urbains 52

3. L'anziano in città: reti di aiuto, accessibilità dei servizi e percezione del contesto urbano 57
di *Emilia Arcaleni*, *Barbara Baldazzi*

3.1. La qualità della vita: indicatori soggettivi e oggettivi e ricerca sociale partecipata 57
3.2. Una fonte di informazioni sull'anziano: le indagini sociali dell'ISTAT 59
3.3. Il contesto abitativo della persona anziana 60
3.4. L'anziano e la rete parentale 61
3.5. Gli anziani in città: uso e valutazione dei servizi 63
3.6. Le attività dell'anziano e la mobilità in città 64
3.7. Conclusioni 66

Parte seconda
Esigenze e soluzioni per gli spazi abitativi

4. Quando la vecchiaia può star di casa. Le forme dell'inclusione socio-residenziale degli anziani milanesi fra XVI e XVII secolo 73
di *Michela Barbot*

4.1. Essere anziani nelle città europee d'età moderna: stato dell'arte e quesiti aperti 73
4.2. Anziani e famiglie 74
4.3. Anziani, casa, lavoro 75
4.4. Chi sono gli anziani nella Milano di antico regime? 77

4.5. Come impedire l'esclusione? I privilegi dell'essere "doppiamente" anziani 78

5. Le case per anziani in area veneta: dalle pratiche tradizionali alle soluzioni moderne (secoli XVI-XX) 85
di *Elena Svalduz*, *Stefano Zaggia*

5.1. L'età moderna 86
5.2. L'età contemporanea 88
5.3. Il secondo dopoguerra: nuove soluzioni 94

6. Residenze svedesi per anziani in coabitazione 101
di *Jacopo Gresleri*

6.1. I significati dell'abitare 101
6.2. L'esperienza svedese 102
6.3. L'abitare comunitario 106
6.4. L'esperienza italiana 111

7. Lo spazio e l'abitare nel processo di invecchiamento. Attaccamento alle persone e attaccamento ai luoghi. Studio di ricerca su un campione di anziani 115
di *Rita Pezzati*, *Vittoria Rusconi*, *Maria Grazia Calzolari*

7.1. Introduzione e obiettivi 115
7.2. Campione di riferimento e risultati della ricerca 117
7.3. Prospettive comparative 122
7.4. Sintesi conclusiva 124

Parte terza
Vivere in città. La gestione degli spazi pubblici

8. Droit de cité des personnes âgées et aménagement de l'espace public en ville. Toulouse, Hanovre et Saragosse à l'épreuve de leurs citadins âgés 129
di *Alice Rouyer*

8.1. Introduction 129
8.2. Institutions, territoires et échelles de compétences légitimes 130
8.3. Les conditions de la montée en généralité de l'expérience urbaine des citadins âgés: représentants et porte-parole 134
8.4. Personnes âgées et espace urbain: l'accessibilité en question 136
8.5. Conclusion 139

9. Il modello delle *small towns* inglesi confrontate con l'invecchiamento demografico 143
di *Elizabeth Brooks*

9.1. Invecchiamento della popolazione nelle cittadine rurali 145
9.2. L'invecchiamento fisico 146
9.3. I contributi delle persone anziane 148
9.4. L'ambiente fisico nelle cittadine 149
9.4.1. I risultati dell'analisi / 9.4.2. La politica pubblica
9.5. I contributi delle persone anziane 153
9.5.1. I risultati dell'analisi / 9.5.2. La prassi politica
9.6. Cosa possono imparare le città dalle cittadine sulla questione dell'invecchiamento demografico? 157

10. Criteri della città per gli anziani? Semplificare la complessità per agire concretamente 161
di *Marcello Martinoni*, *Alma Sartoris*

10.1. Il progetto di ricerca 162
10.1.1. I due casi studio, caratteristiche demografiche / 10.1.2. Gradi di accessibilità con il trasporto pubblico / 10.1.3. Indagine presso gli anziani sull'utilizzo degli spazi pubblici / 10.1.4. Dall'analisi alla progettazione condivisa
10.2. Raccomandazioni strategiche per spazi pubblici a misura di anziani 173
10.2.1. Gestione-*Governance*: la città per gli anziani è una città per tutti / 10.2.2. Partecipazione: la città per gli anziani si costruisce con gli anziani / 10.2.3. Trasversalità
10.3. Contesto 176
10.3.1. Accessibilità / 10.3.2. Connettività / 10.3.3. Intensità

10.4. Qualità dello spazio 178
10.4.1. Convivialità / 10.4.2. Flessibilità / 10.4.3. Sicurezza / 10.4.4. Comfort
10.5. Conclusioni 180
10.5.1. Valutazione della sostenibilità / 10.5.2. Significato e rilevanza del lavoro interdisciplinare / 10.5.3. Una città in rete: vivibile e connessa

Parte quarta
Le sfide della mobilità nelle città contemporanee

11. Pour une conception de l'espace public pour et avec les personnes âgées 189
di *Igor Moro*

11.1. De nombreux obstacles de l'espace public entravent la mobilité piétonne 189
11.2. Les planificateurs doivent s'intéresser davantage aux besoins des piétons 191
11.3. La marche est un exercice exigeant 191
11.4. "Bien vivre dans sa ville", exemple d'un diagnostic participatif de l'espace public 192
11.5. Enseignements tirés de la consultation 195
11.6. De la compréhension des besoins des PMR à l'élaboration de mesures adaptées 197
11.7. Un changement de mentalité au niveau institutionnel doit se produire 198
11.8. Le professionnel de l'aménagement urbain est un acteur de la promotion de la santé 199

12. La mobilité des personnes âgées dans le système urbain français contemporain 203
di *Dominique Mathieu-Huber*

12.1. L'enquête et le terrain 204
12.2. Les caractéristiques de la mobilité des périurbains âgés 206
12.2.1. Type introverti / 12.2.2. Type contenu / 12.2.3. Type extraverti

12.3. Des comportements communs aux différents types de mobilité des périurbains âgés 211
12.4. Comparaison entre les âgés et les actifs 212

13. L'impatto del mutamento demografico sul comportamento nel traffico. Il comportamento nel traffico degli anziani di oggi e di domani 215
di *Davide Marconi*

13.1. Situazione iniziale 215
13.1.1. Giovani molto mobili, anziani mobili / 13.1.2. Grado di motorizzazione in aumento tra gli anziani / 13.1.3. Le persone anziane evitano le situazioni di stress
13.2. Differenze territoriali 218
13.2.1. Quote di pensionati eterogenee nei comuni svizzeri / 13.2.2. Differenze territoriali del comportamento nel traffico / 13.2.3. Collegamento alla rete dei trasporti pubblici
13.3. Sfide per la pianificazione dei trasporti e del territorio 223

14. Il progetto degli spazi pubblici nella città per gli anziani. Gli esempi svizzeri di Lugano e Uster 227
di *Enrico Sassi*, *Elena Molteni*

14.1. Presentazione della ricerca "UrbAging" 227
14.2. Risultati e progetti proposti 230
14.3. Conclusioni 242

Gli autori 245

Introduzione
Gli anziani e la città: quale (in)compatibilità?

di *Luigi Lorenzetti*

La rapida crescita del numero di persone anziane (e soprattutto di quelle appartenenti alla cosiddetta "quarta età"), in atto nel mondo occidentale da alcuni decenni a questa parte, sta profondamente influenzando i modelli sociali e familiari e si è imposta come uno dei temi più complessi e urgenti delle politiche sociali a favore delle persone a limitata autonomia. Nel contempo, lo sviluppo urbano, nelle sue molteplici declinazioni (metropolizzazione, periurbanizzazione, sub-urbanizzazione ecc.), sta generando nuove problematiche in cui mobilità, fruibilità, sicurezza costituiscono alcuni dei perni attorno ai quali si definiscono le odierne strategie di progettazione urbanistica.

Oltre ad essere espressioni delle contingenti situazioni socio-territoriali, la *governance* e le politiche di gestione di questi due fenomeni sono anche il risultato di una storia di lunga durata che si ricollega ai processi di inclusione e di integrazione più o meno estesi e riusciti; processi che nella realtà urbana sono segnati dalla mutabilità e dal costante divenire e che rimandano a fenomeni di natura sociale, politica ed economica ma anche di ordine culturale e simbolico propri delle percezioni e delle rappresentazioni elaborate a scala individuale e collettiva.

Posto in questi termini, il tema degli anziani e del loro rapporto con la città può trovare nella lettura storica innumerevoli spunti; non solo per capire l'evoluzione delle forme urbane della regolazione sociale, ma anche per leggere le pratiche di relazione degli anziani con la vita urbana. In altre parole, attraverso la città e la sua struttura urbanistica e architettonica è possibile cogliere i valori sociali e culturali che nelle varie epoche hanno contribuito alla costruzione dell'identità dell'anziano.

Questo volume raccoglie una selezione di contributi presentati durante il Convegno internazionale "Urbaging. La città e gli anziani" tenutosi presso l'Università della Svizzera italiana a Lugano nell'autunno 2008. L'incontro, organizzato dal Laboratorio di Storia delle Alpi (LABISALP) e dall'Institute for the

Contemporary Urban Project (i.CUP) dell'Accademia di architettura di Mendrisio (Università della Svizzera italiana), ha inteso incoraggiare un dibattito interdisciplinare tra storici, geografi, sociologi, urbanisti e architetti e suscitare una serie di riflessioni utili agli operatori che sono chiamati ad affrontare nella concretezza quotidiana il problema del complesso (e sovente delicato) rapporto degli anziani con l'ambiente urbano. Con i testi presentati in questo volume si sono voluti privilegiare gli apporti analitici, proponendo nel contempo un approccio tematico in cui sono presi in esame i diversi aspetti del vivere in città da parte degli anziani: quelli inerenti le pratiche assistenziali e di "presa a carico" (*Parte prima*), quelli riguardanti gli spazi e le soluzioni abitative (*Parte seconda*), quelli che toccano la gestione degli spazi pubblici (*Parte terza*) e infine quelli riguardanti il traffico e la mobilità cittadina (*Parte quarta*). A fronte di simili questioni, la nascita e l'evoluzione dell'anziano (e della vecchiaia), in quanto categoria sociale e sociologica, costituisce un fattore essenziale che alla luce delle sue profonde implicazioni sui temi sviluppati nei vari contributi merita di essere riassunto in alcuni suoi tratti.

1
Gli anziani nelle città preindustriali: segregazione o inclusione?

È noto che il modo di guardare e di rappresentare la vecchiaia variano nel tempo e da una società all'altra. Molti fattori concorrono a determinare queste variazioni: la proporzione di anziani nella piramide demografica, i modelli familiari e di relazione intergenerazionale (tra cui il momento, le modalità di trasmissione dell'autorità e dei beni familiari), i valori sociali ed etici predominanti e, non da ultimo, il quadro delle grammatiche politico-amministrative (con le innumerevoli specificità nazionali e regionali) e del contesto economico e congiunturale.

In epoca moderna, quando la speranza di vita era generalmente inferiore a 30-35 anni, le persone che giungevano a 50 anni di età erano già considerate anziane. Lo sottolinea Montaigne secondo il quale, nella sua epoca, «mourir de vieillesse, c'est une mort rare, singulière et extraordinaire […]»[1]. L'invecchiamento fisico precoce era d'altronde il destino di gran parte della popolazione che giungeva all'età adulta, costretta a una vita fatta di fatiche e rinunce. Lo scrittore ed economista Arthur Young, ad esempio, durante il suo viaggio in Francia nel 1787, rimane colpito dall'aspetto vecchio, logoro e rivoltante dei contadini[2] e anche Horace-Bénédict de Saussure nei suoi viaggi nelle Alpi non

tralascia di descrivere l'incontro con figure femminili precocemente invecchiate a causa dell'asprezza della vita quotidiana[3].

Al di là di questa dimensione fisiologica, a lungo si è creduto di vedere nelle società tradizionali una sorta di "età dell'oro" per gli anziani i quali avrebbero beneficiato di una piena integrazione sociale data dal loro ruolo di depositari del sapere e dell'esperienza[4]. Se tale lettura appare in buona misura inadatta a cogliere le situazioni di vita degli anziani nell'Europa di antico regime, è altresì innegabile che sarebbe errato vedere nella vecchiaia un momento di generale abbandono o isolamento[5]. Le analisi storiche hanno sottolineato come nel passato la vecchiaia sia stata spesso considerata in modo ambivalente: talvolta con rispetto, ma generalmente con atteggiamenti di insofferenza e sarcasmo. Nella società rinascimentale, che pone la giovinezza quale simbolo di bellezza, vitalità e rinnovamento spirituale, la vecchiaia viene rappresentata come l'età che segna la fine dello slancio vitale e creativo[6]. D'altra parte, il Cinquecento (e poi il Seicento) continua a mostrare una sostanziale indifferenza nei confronti dell'età, la quale non conferisce alcuna autorità o prerogativa se non quella legata al proprio statuto sociale ed economico[7].

Ciò spiega l'assenza, perlomeno fino alla metà del Settecento, di modelli assistenziali e di cura esplicitamente rivolti agli anziani[8]. Per gli enti caritatevoli delle città di antico regime, l'età non costituisce un elemento discriminante nella loro opera di carità, a tal punto che tra gli assistiti vige di norma la più assoluta mescolanza anagrafica. In altre parole, nessuna sensibilità specifica tocca gli anziani in quanto gruppo con le proprie peculiarità ed esigenze fisiche e psicologiche[9].

Alla mancanza di distinzione anagrafica si aggiunge la segregazione sociale che prende corpo attraverso misure di esclusione delle frange più deboli, tra cui gli anziani. Venezia apre la strada a tali misure nel 1528, con un decreto che stabilisce che poveri, vecchi e impotenti devono essere rinchiusi negli ospedali[10]. Nei decenni successivi, numerose città francesi si dotano di ospedali (Hôpitaux, Aumônes, Bureaux des Pauvres) destinati ad accogliere (e segregare) gli anziani soli e incapaci di provvedere al proprio sostentamento[11].

Le città del Cinquecento e Seicento appaiono quindi segnate da una doppia natura: da una parte luoghi di accoglienza in cui gli anziani poveri trovano soccorso e assistenza presso gli enti caritatevoli (spesso di natura religiosa); dall'altra luoghi in cui prende forma il modello di esclusione e segregazione che, sotto la spinta del pauperismo e del sentimento di insicurezza[12], è all'origine del *Grand enfermement* che caratterizza le politiche urbane di regolazione sociale durante l'epoca classica.

2
Dal Settecento al Novecento: nuove sensibilità, "nuove" soluzioni

Il Settecento esprime però un primo segnale di mutamento nel modo di percepire gli anziani e la loro "presa a carico". Con l'aumento della speranza di vita e la crescente quota di anziani in seno alla società, aumenta anche la loro visibilità sociale, lasciando così emergere un nuovo modo di guardare la vecchiaia. L'illuminismo ne dà un'immagine positiva e ottimista che sostituisce quella negativa del Seicento. La vecchiaia diventa l'età della saggezza, del senso di giustizia e di temperanza[13]. A queste nuove sensibilità fanno seguito nuovi progetti di "presa a carico" degli anziani. Per la prima volta si affronta il problema della promiscuità, vista ormai come la causa principale del degrado morale degli assistiti e dell'inefficienza delle tradizionali misure di soccorso alle classi più povere e disagiate. Le istituzioni parigine della Salpétrière e del Bicêtre traducono queste preoccupazioni costituendosi quali enti caritatevoli espressamente concepiti per gli anziani dei due sessi. Lo stesso vale per le Armenhäuser create in vari Stati tedeschi a partire dal 1770 per soccorrere i poveri in età avanzata, o per l'Ospizio per i vecchi bisognosi promosso a Milano da Maria Teresa partendo dal riadattamento dell'antica casa Trivulzio[14]. In altri casi si mettono a punto i primi modelli pensionistici a connotazione professionale connessi con la realizzazione di strutture di accoglienza "specializzate". A Ginevra, ad esempio, per i beneficiari di rendite o per coloro che sono in grado di pagare la retta mensile, le autorità cittadine creano la *Chambre des invalides à pension*: una sorta di ricovero che accoglie gli anziani non più in grado di vivere a casa propria o presso i loro figli[15]. Analogamente, in Olanda sorgono le prime case di riposo per anziani finanziate da un sistema pensionistico il cui capitale è costituito da un prelevamento regolare e remunerato sul reddito cumulato nella vita attiva[16].

Nell'Ottocento, i profondi mutamenti sociali ed economici legati all'industrializzazione e alla crescente urbanizzazione mettono, però, spietatamente in luce la fragilità delle persone escluse dal mondo lavorativo come pure l'inadeguatezza e l'inefficacia dei modelli di regolazione sociale ereditati dai secoli precedenti[17]. Se la miseria e il degrado delle popolazioni operaie delle città industriali inglesi descritte da Dickens e da Engels appaiono poco rappresentativi di gran parte della realtà urbana europea, ciò non toglie che la vita urbana di quell'epoca vede accrescere la vulnerabilità della popolazione anziana. La medicalizzazione delle strutture ospedaliere – che fino ad allora avevano visto

la convivenza delle funzioni terapeutiche e di quelle assistenziali – provoca l'espulsione di tutti coloro che non rispondono più ai nuovi orientamenti curativi imposti dalla classe medica[18], privando così gli anziani soli e senza rete familiare di un importante sostegno.

A tali rischi, nella vita urbana si sopperisce attraverso la messa in atto di soluzioni abitative e di coabitazione (ad esempio con l'affitto di camere a pensionati) volte ad evitare l'isolamento e a ridurre i costi di gestione dell'alloggio[19]. Lungi dall'essere un luogo di solitudine, la città crea e alimenta vincoli solidaristici che compensano la perdita di autonomia economica e personale. La solitudine in età avanzata rimane un'esperienza tutto sommato assai rara e prevalentemente femminile[20]; sono le donne che, a causa della loro maggior speranza di vita, si trovano esposte all'isolamento e alla pauperizzazione, in un contesto in cui i sistemi di sicurezza sociale sono ancora legati principalmente al mondo delle professioni e all'impiego pubblico.

E a fronte di tali vulnerabilità, le città rispondono con soluzioni che, pur sotto nuove forme, recuperano modelli e principi (primo fra tutti quello della segregazione) elaborati in epoche anteriori. Eredi delle forme assistenziali di antico regime, gli asili e gli ospizi per anziani che si diffondono a partire dalla fine dell'Ottocento (spesso dislocati fuori dal perimetro urbano[21]) nascono con l'intento di proporre soluzioni collettive volte ad assicurare la protezione e il sostegno a una fase della vita vieppiù prolungata. La loro specializzazione incarna l'ideale di efficienza e di controllo sociale promosso dalla società borghese. Nel contempo, essi veicolano la promessa di sicurezza e modernità invocata dalle classi modeste e medie di fronte ai rischi di indigenza e abbandono. L'asilo per anziani appare come un rifugio protettivo contro i soprusi e la malevolenza dei familiari nei confronti di genitori o parenti anziani[22]. Più tardi, si insisterà sulla necessità di risparmiare alle famiglie i carichi del mantenimento a domicilio di un anziano o sull'opportunità di una "presa a carico" professionale, in grado di comprendere e soddisfare i bisogni di coloro che hanno raggiunto la terza età. In breve, alla soglia del Novecento e fino alla Seconda guerra mondiale, gli alloggi collettivi per anziani rappresentano, agli occhi dei responsabili urbani delle politiche sociali, la soluzione più conveniente e razionale nei confronti di una categoria ai loro occhi sempre più minacciata dall'isolamento e dall'erosione dei redditi.

Asili e ospizi per anziani rimangono pur tuttavia delle strutture di segregazione, cui si giunge dopo un percorso di indigenza e isolamento più che di incapacità fisica[23]. Strutture sovente marcate dalla disciplina, da una for-

te impronta religiosa e da un progetto igienista, ma nel contempo trascurate dall'attenzione medica e dalle preoccupazioni terapeutiche[24]. Proprio questa assenza – in contrasto con i primi progressi della geriatria ospedaliera compiuti negli anni 1940-50 – ne mette però in discussione, negli anni del secondo dopoguerra, la validità e l'esistenza. Nonostante i progressi delle loro strutture, la modernizzazione dei loro spazi e la diversificazione sociale della loro popolazione, gli ospizi rimangono dei luoghi di accoglienza che sottraggono ai loro ospiti ogni orizzonte di vita. È su questo piano che essi rivelano ormai la loro inadeguatezza di fronte alla generalizzazione dei sistemi di sicurezza sociale – in grado di offrire agli anziani nuove opportunità economiche e nuove esigenze di vita – e ai progressi della qualità di vita che delineano, anche per chi entra nella terza età, delle prospettive di sopravvivenza sempre più prolungate e sempre più compatibili con il mantenimento del proprio quadro relazionale e affettivo personale.

3
Anziani e città: le nuove (in)compatibilità della contemporaneità

Negli ultimi decenni, i progressi delle condizioni di salute della popolazione anziana hanno fatto in modo che la condizione "normale" di quest'ultima non sia la malattia o la dipendenza, ma la fragilità[25]. Oltre a focalizzarsi sul problema della perdita di autonomia personale, le politiche sociali degli agglomerati urbani hanno quindi promosso misure e regolamentazioni di natura architettonica e urbanistica volte a ridurre queste fragilità e a consentire alla maggior parte della popolazione anziana di continuare a vivere in casa propria, scongiurando nel contempo il rischio di trasformare questa permanenza in una forma di (auto)segregazione[26].

Tali misure non sono tuttavia sufficienti ad assicurare un'idonea convivenza degli anziani con la città. Un'inchiesta comparativa sugli anziani residenti in quattro metropoli del pianeta – Londra, Parigi, New York e Tokyo – ha recentemente mostrato che, al di là delle differenze inerenti le politiche sanitarie e sociali dei diversi Stati, esistono tendenze convergenti, proprie alle realtà urbane contemporanee[27]. Ad esempio, la frequente re-emigrazione delle persone della "quarta età" verso i centri cittadini dopo averli lasciati al momento del pensionamento; un fenomeno in buona parte motivato dalla possibilità di far capo a servizi di cura a domicilio, in certi casi coadiuvati dalle pratiche della solidarietà familiare e intergenerazionale.

La compatibilità degli anziani con l'ambiente urbano contemporaneo è data da molti fattori: dalla presenza di servizi coordinati, dall'attivazione di reti informali di sostegno e aiuto – o anche un'"intimità a distanza" basata sulla vicinanza tra la residenza dei figli e dei genitori anziani[28] – e dalla capacità della città di creare "risorse terapeutiche" fatte di stimoli e di elementi di aggregazione sociale che influiscano positivamente sui processi vitali dell'anziano[29]. La città deve però essere anche un luogo in grado di "produrre senso"; un ambiente che crei appartenenza e identificazione. Negli ultimi anni, l'intento delle società occidentali sembra essere quello di ridare agli anziani un ruolo sociale, sia promuovendo iniziative di progettazione urbanistica partecipata, sia sostenendo soluzioni abitative che incentivano la solidarietà intergenerazionale. Per lungo tempo, le politiche sociali sono state poco sensibili nei confronti delle necessità degli anziani: nel passato a causa della loro scarsa "visibilità", nella società contemporanea in quanto sprovvisti di un ruolo sociale e quindi non partecipi dello sviluppo urbano[30]. Paradossalmente si potrebbe dire che nella società industriale l'idea di un "riposo meritato" nella fase conclusiva della vita e l'introduzione dei sistemi pensionistici ha sottratto agli anziani uno dei principali fattori di inclusione sociale, vale a dire il lavoro.

Nella società odierna diversi progetti – si pensi, ad esempio, alle "case delle generazioni"[31] – tentano di recuperare tale ruolo, promuovendo modelli urbanistici basati sulla convivenza generazionale[32] e la creazione di vicinati che incoraggiano il contatto e il mutuo scambio di servizi tra giovani, adulti e anziani[33]. Senza voler vedere in simili soluzioni un recupero di modelli sociali del passato o un'idealizzata integrazione degli anziani nella vita comunitaria, essi hanno tuttavia il merito di sottrarli alla "ghettizzazione" che la società moderna e la specializzazione delle sue soluzioni di "presa a carico" hanno prodotto.

Ribadiamolo: non si tratta di soluzioni in grado di rispondere a tutti i problemi dell'invecchiamento e della "gerontocrescita" nelle società occidentali. Il concetto di mutuo aiuto che dovrebbe instaurarsi tra le varie generazioni può trovare una sua dinamica solo se le persone coinvolte dispongono di risorse (tempo, competenze, mezzi di trasporto ecc.) che possono essere oggetto di reciproco scambio. D'altra parte, l'idea di vicinato necessita di un ambiente sociale stabile. La forte mobilità che caratterizza le aree urbane può rappresentare, in tal senso, un importante ostacolo, altresì rafforzato dalle sempre più rapide trasformazioni del tessuto sociale delle città contemporanee. In una società sempre più segnata da esperienze migratorie complesse e dal confronto con modelli sociali, culturali e familiari diversi da quelli locali,

la sfida dell'integrazione si svolgerà quindi anche sul piano della flessibilità dei sistemi di "presa a carico" degli anziani in funzione delle loro esigenze e dei loro modelli culturali di riferimento[34].

Note

1. M. de Montaigne, *Essais*, Livre I, chap. LVII, Gallimard, Paris 1962, pp. 312-3.

2. A. Young, *Voyages en France*, A. Colin, Paris 1976.

3. H.-B. de Saussure, *Voyages dans les Alpes (édité et présenté par Julie Boch)*, Georg Ed., Genève 2002, p. 145.

4. Cfr., ad esempio, H. Rosay, *Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles*, in "L'Esprit du Temps. Etudes sur la mort", 126, 2, 2004, pp. 27-36.

5. Cfr. Ch. Gordon, *Familial Support for the Elderly in the Past: The Case of London's Working Class in the Early 1930s*, in "Ageing and Society", 8, 3, 1988, pp. 287-320; Th. Sokoll, *Armut im Alter im Spiegel englischer Armenbriefe des augehenden 18. Und frühen 19. Jahrhunderts*, in Ch. Conrad, H.-J. Von Kondratowitz (hrsg.), *Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging*, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin 1993, pp. 39-76; A. Groppi, *Assistenza alla vecchiaia e solidarietà tra generazioni in età moderna*, in I. Fazio, D. Lombardi (a cura di), *Generazioni. Legami di parentela tra passato e presente*, Viella, Roma 2006, pp. 51-68.

6. J.-P. Bois, *Histoire de la vieillesse*, Presses Universitaires de France, Paris 1994, pp. 45-6.

7. J.-P. Bois, *Le vieillard dans la France moderne, XVII^e^-XVIII^e^ siècles. Essai de problématique pour une histoire de la vieillesse*, in "Histoire, économie et société", 1, 1984, pp. 67-94.

8. Per una sintesi sulla questione della povertà urbana e le strutture assistenziali tra Medioevo e XIX secolo, cfr. J. Henderson, *Poverty, Disease and the City*, in E. Sonnino (ed.), *Living in the City (14^th^-20^th^ centuries). Vivre en ville (XIV-XX siècles)*, Sapienza Università di Roma, Roma 2004, pp. 237-53.

9. Così, la *poor law* inglese del 1601, che istituisce il principio dell'assistenza su base parrocchiale, classifica i vecchi nella categoria generale degli infermi inabili al lavoro, assieme agli storpi e ai ciechi.

10. J.-P. Bois, *Exclusion et vieillesse. Introduction historique*, in "Gérontologie et société", 102, 2002, pp. 13-24, in particolare p. 17.

11. *Ibid.*

12. Cfr. R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Paris 1995, pp. 140-71. Questa doppia natura è insita anche in molti enti assistenziali in cui il progetto reclusorio convive con l'attività di natura caritatevole. Cfr., ad esempio, A. Groppi, *Birbanti e poveri benestanti: attitudini e pratiche assistenziali nei confronti della vecchiaia nella Roma pontificia (secc. XVI-XVIII)*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo a oggi*, il Mulino, Bologna 2000, pp. 259-77.

13. Su questi aspetti, cfr. J.-P. Gutton, *La naissance du vieillard*, Aubier, Paris 1988; P. Bourdelais, *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Odile Jacob, Paris 1997, pp. 25-36; V. Gourdon, *Histoire des Grands-parents*, Perrin, Paris 2001.

14. G. Cosmacini, C. Canedella, *I vecchi e la cura. Storia del Pio Albergo Trivulzio*, Laterza, Roma-Bari 1995; A. Scotti, *Distribuzione tipologica e scelte formali di alcuni edifici di "pubblica utilità" nella Milano del secondo Settecento*, in E. Sori (a cura di), *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, Franco Angeli, Milano 1982, p. 238.

15. L. Mottu Weber, *Être vieux à Genève sous l'ancien Régime*, in G. Heller (éd.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Ed. d'en Bas, Genève 1994, pp. 47-66.

16. Bois, *Histoire de la vieillesse*, cit., p. 73.

17. Ph. Sassier, *Du bon usage des pauvres. Histoire d'un thème politique XVI^e^-XX^e^ siècles*, Fayard, Paris 1990.

18. M. Foucault *et al.*, *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, P. Mardaga, Bruxelles-Liège 1979.

19. Cfr. R. Wall, *Les relations entre générations en Europe autrefois*, in "Annales de démographie historique", 1991, pp. 133-54; G. Alter, *Vieillir dans les ménages d'une ville industrielle: l'impact de l'âge de la migration (Verviers, début du XIX^e^ siècle)*, in "Annales de démographie historique", 2, 1999, pp. 9-29.

20. A Ginevra, ad esempio, durante il primo terzo dell'Ottocento, circa il 15% delle donne ultrasessantenni vive sola, mentre la proporzione scende al 7% tra i maschi. Cfr. G. Ryczkowska, O. Perroux, *Vieillesse au féminin et au masculin. Individus, familles et collectivité à Genève, 1816-1843*, in "Annales de démographie historique", 2, 2006, pp. 189-215: p. 196. Cfr. anche il caso di Bologna alla fine del Settecento illustrato da M. Palazzi, *Donne sole. Storia dell'altra faccia dell'Italia tra antico regime e società contemporanea*, Bruno Mondadori, Milano 1997, pp. 220-5.

21. Cfr. l'esempio ginevrino con le sue due strutture per gli anziani localizzate nella campagna circostante. Cfr. N. Nussbaum, *L'asile distingué et l'asile des miséreux*, in Heller (éd.), *Le poids des ans*, cit., pp. 95-112.

22. G. Heller, *De l'asile à l'établissement médico-social: le canton de Vaud, fin XIX^e^-XX^e^ siècle*, in Ead. (éd.), *Le poids des ans*, cit., pp. 113-26.

23. G. Heller, *Historique des maisons de retraite dans le canton de Vaud. Rapport de recherche*, chez l'auteur, Lausanne 1994.

24. E. Feller, *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960. Du vieillard au retraité*, S. Arslan, Paris 2005, pp. 117-21.

25. Cfr. Ch. Lalive d'Epinay *et al.*, *Les années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans*, Presses de l'Université de Laval, Québec 2007.

26. Cfr. C. Landuzzi, *Anziani: abitare in città*, in G. Pieretti (a cura di), *I grandi anziani. Una ricerca nel quartiere San Donato di Bologna*, Franco Angeli, Milano 2008, pp. 108-9. Cfr., inoltre, *Abitare Anziano. Le nuove esigenze abitative al tempo dell'invecchiamento demografico*, Associazione Ticinese Terza Età, Lugano 2009.

27. V. G. Rodwin *et al.*, *Vieillir dans quatre mégalopoles: Paris, Londres, Tokyo, New York*, in "DREES. Etudes et Résultats", 260, 2003, pp. 1-8.

28. Cfr. Ch. Lalive d'Epinay, *Les personnes âgées et leurs familles*, in Th. Fleiner-Gerster, P. Gilliand, K. Lüscher (hrsg.), *Familien in der Schweiz. Familles en Suisse. Famiglie in Svizzera*, Editions Universitaires Fribourg, Fribourg 1991, pp. 351-71.

29. Cfr. G. Pieretti, *Dal Quartiere al quartiere*, in Id. (a cura di), *I grandi anziani*, cit., pp. 11-8: pp. 17-8. In tale ottica, un'indagine condotta alcuni anni fa presso un ampio campione di anziani residenti a Tokyo ha mostrato che le aspettative di vita degli anziani si allungano significativamente nel caso in cui essi vivono in prossimità di aree verdi che dispongono di percorsi pedonali. Cfr. T. Takano *et al.*, *Urban Residential Environments and Senior Citizens' Longevity in Megacity Areas: The Importance of Walkable Green Spaces*, in "Journal of Epidemiology Community Health", 56, 2002, pp. 913-8.

30. Ph. Pitaud *et al.*, *Les vieux et les politiques de la ville*, in "Vie sociale", 4, 2001, pp. 43-51, in particolare p. 47.

31. Cfr., ad esempio, F. Eckardt, *La maison des générations en Allemagne*, in "Les Annales de la recherche urbaine", 100, 2006, pp. 33-7.

32. Cfr. Ph. Paré, *Faire cohabiter sur un même territoire tous les âges de la vie?*, in *Villes et vieillir*, La documentation française, Paris 2004, pp. 83-6.

33. Cfr., ad esempio, le varie proposte in J. Yerpez (éd.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*, Ed. de l'Aube, La Tour d'Aigues 1998.

34. Cfr. R. Gallou, *Le vieillissement des immigrés vivant seuls en France*, in "Les annales de la recherche urbaine", 100, 2006, pp. 121-8; Ch. Phillipson *et al.*, *The Family and Community Life of Older People: Household Composition and Social Network in Three Urban Areas*, in "Ageing and Society", 18, 2, 1998, pp. 259-89.

Parte prima
Pratiche assistenziali e regolazioni sociali

I

Populations âgées dans l'espace urbain suisse entre ségrégation et intégration (milieu XIX^e-milieu XX^e s.)

di *Anne-Lise Head-König*

1.1 Introduction

Si au début de notre période d'observation, la population âgée des villes suisses était caractérisée par une très grande hétérogénéité quant à son poids démographique, à son intégration dans l'espace familial et à ses besoins résidentiels, une première tendance à l'homogénéisation est indéniable dès l'entre-deux-guerres, avec une convergence marquée des politiques urbaines publiques et des besoins de la population à partir du milieu du XX^e siècle. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la question des personnes âgées n'est guère au centre des préoccupations publiques, si ce n'est dans les sociétés d'utilité publique et les sociétés de bienfaisance. Les vieillards dans les villes n'ont été perçus comme un problème que tardivement en raison de leur faible importance numérique dans l'espace urbain. Une première prise de conscience des problèmes spécifiques de la population âgée a eu lieu durant la Première guerre mondiale avec l'augmentation des prix et l'inflation qui ruine ses économies lorsqu'elle en a, et dans l'immédiat après-guerre avec la crise qui s'ensuit[1]. Par ailleurs, dans l'entre-deux-guerres, dans un contexte économique difficile, la perception de l'augmentation importante de personnes âgées n'est pas sans provoquer certaines craintes quant à l'influence de la population âgée sur la vie économique. Certains milieux estiment qu'elle occupe une trop grande place dans les divers secteurs économiques et qu'elle contribue, de ce fait, à accroître les difficultés existentielles des plus jeunes classes d'âge en empêchant leur ascension économique et leur accès à des postes élevés[2].

Sans m'étendre sur certains aspects de définition de la population âgée, il faut rappeler les hésitations des instances étatiques à propos du début de la vieillesse (60 ou 65 ans) durant toute la première moitié du XX^e siècle[3], ainsi que l'absence de terminologie appropriée en français – au contraire de l'allemand

Greis, *Greisin* – dans les discussions autour de la création de l'AVS, les femmes âgées étant qualifiées de "vieillards femmes" ou de matrones à Neuchâtel, et les pronostics totalement erronés des statisticiens quant à l'évolution future de la population âgée.

Les sources permettant d'appréhender les urbains âgés dans leur environnement démographique, résidentiel et social ne sont pas nombreuses pour la période retenue. Les enquêtes nominales sont rares, alors que l'on observe un foisonnement d'études dès les années 1970 sur les problèmes des urbains âgés. Par conséquent, nous nous appuierons sur des indices ponctuels et nous nous bornerons donc ici à présenter ici quelques résultats qui mériteraient d'être approfondis dans une étude ultérieure. Ils concernent l'évolution différenciée de la population âgée selon les villes, les raisons de la persistance de taux d'activité élevés après 65 ans et les différentes formes d'insertion (ou de rejet) des vieillards dans l'espace urbain.

1.2
L'évolution de la population âgée en milieu urbain: une grande diversité jusqu'au milieu du XX^e siècle

Les recensements montrent qu'une très grande disparité existait dans les villes suisses quant à la proportion de personnes âgées avant la Première guerre mondiale et que la proportion de personnes âgées s'est accrue surtout à partir des années 1930 (TABB. 1.1 et 1.2). La diversité dans la structure par âge de la population urbaine est imputable à plusieurs facteurs, aussi bien démographiques qu'économiques. Parmi les premiers, on retiendra, notamment, la structure de la population (par âge et état civil) et les facteurs qui la déterminent majoritairement aux âges de la vieillesse (le facteur migratoire, notamment) et parmi les seconds: la typologie des activités économiques, l'impact de la conjoncture et la politique assistancielle.

TABLEAU 1.1
La population âgée de 60 ans et plus en milieu urbain (en pour mille)

Villes	1860	1880	1888	1894	1900	1910	1920	1930	1941
Berne	70	–	73	–	67	68	73	89	116
Zurich	–	60	–	57	58	60	75	89	96

Source: Recensements fédéraux. Les données de Zurich sont calculées d'après "Statistik der Stadt Zürich", 49, 1939, pp. 58-9; 56, 1949, p. 50; 61, 1954, p. 42.

TABLEAU 1.2
La population âgée de 65 ans et plus en milieu urbain (en pour mille)

Villes	1888	1900	1910	1920	1930	1941	1950
Bâle	34	37	43	50	63	85	98
Berne	40	40	41	43	55	70	89
Lucerne	51	48	46	49	60	87	101
Zurich	34	34	36	43	51	75	90
Winterthur[a]	–	40	49	53	66	86	82

[a] En 1920: il est précisé qu'il s'agit de l'agglomération.
Source: cfr. TAB. 1.1; les données de Lucerne proviennent de W. Schüpbach, *Die Bevölkerung der Stadt Luzern, 1850-1914. Demographie, Wohnverhältnisse, Hygiene und medizinische Versorgung*, Rex-Verlag, Luzern-Stuttgart 1983, pp. 70 ss.

La mobilité de la population exerce un impact significatif sur la pyramide des âges, et les choix des migrants sont, avec la natalité, un facteur déterminant de la structure par âge des villes. Les villes de Lucerne et de Bâle illustrent remarquablement ce phénomène. En 1860, la première compte 4,8% de personnes de 65 ans et plus, la seconde seulement 3,5%[4]. Lucerne a une population autochtone importante, alors qu'à Bâle, tôt industrialisée, les autorisations de travail temporaires (*Aufenthalt*) concernent 35,0% de la population[5]. Or, au plus tard à la fin de sa vie active, l'immense majorité de cette population immigrée, souvent étrangère, quitte la ville. L'analyse en fonction du statut politique montre ce phénomène à l'évidence: les ressortissants bâlois totalisent 5,9% de la population âgée, les personnes avec un permis d'établissement, 4,1% et celles avec un permis temporaire, 1%[6]. Dans l'entre-deux-guerres, on observe des phénomènes similaires. La crise, à Saint-Gall, provoque une émigration duale des actifs de la ville dans les années 1930 – émigration des actifs autochtones qui quittent la ville d'une part, et ré-émigration supérieure à l'immigration aussi bien des étrangers que des Suisses d'autre part. Ses traces sont bien repérables sur la pyramide des âges de la ville, avec un vieillissement considérable: 5,5% des habitants ont plus de 66 ans en 1922, et 9,6% en 1939.

La structure par âge de la population urbaine est, tout au moins pour la première moitié du XX^e siècle, liée aussi à la politique assistancielle, à la fois celle des communes rurales et celle des communes urbaines. Ainsi, à Genève, le Bureau de Bienfaisance, chargé de l'assistance aux Confédérés non Genevois, accordait des secours aux Confédérés indigents, quitte pour lui à demander le remboursement de ses débours à la commune d'origine de l'assisté. Ce système fonctionnait parfaitement avec certains cantons, tels que

ceux de Vaud, Berne, Zurich et Neuchâtel. En revanche, d'autres cantons, tels ceux de Fribourg et du Valais, étaient totalement opposés à un tel système et leurs communes exigeaient, encore dans les années 1920, le rapatriement de leurs ressortissants, même lorsque ces derniers avaient passé toute leur vie à Genève, car elles estimaient cette solution plus avantageuse pour le budget communal[7]. Le rapatriement a donc été l'épée de Damoclès menaçant les vieillards appauvris immigrés de longue date dans les villes. Par ailleurs, la politique urbaine d'assistance a également influencé la structure par âge du monde urbain. La crainte a été omniprésente dans les villes importantes de Suisse qu'outre les motivations de recherche d'emploi, d'autres raisons, notamment une meilleure prise en charge en cas d'indigence ou de chômage, étaient susceptibles de créer des mouvements migratoires, ainsi dans l'entre-deux-guerres au moment des crises. Les statistiques que l'on a des mouvements immigratoires et émigratoires des villes ne permettent pas de conclure de façon péremptoire à un comportement systématique généré par une telle intention et pratiqué sur une grande échelle, mais il semble néanmoins, d'après les rapports de gestion des autorités urbaines, qu'il y ait eu une certaine incitation à venir en ville. Dans le cas de Berne, les non-actifs de 60 ans et plus sont plus nombreux à immigrer en ville que ceux qui la quittent, alors que les actifs du même âge, au contraire, sont plus nombreux à quitter la ville qu'à y arriver, ce qui est peut-être imputable au fait que nombre d'actifs, faute d'emplois dans la ville, vont chercher du travail ailleurs ou retournent dans leur commune d'origine. En fait, dans les années 1931-1933, 25,5% de ceux qui quittent la ville sont des actifs, 41,7% de ceux qui arrivent sont des inactifs[8]. Il ne faut toutefois pas sous-estimer la mobilité des individus de 60 ans et plus dans l'entre-deux-guerres; les immigrants de cette classes d'âge à Berne en 1931-1933 représentent 8,5% des hommes de cette même catégorie d'âge, et les femmes 10,2%.

Pour éviter une "surcharge" de leurs obligations financières à l'égard de la population qui n'était pas citoyenne de la ville, les villes, dans l'entre-deux-guerres, ont pris un certain nombre de mesures, notamment lors de la mise en place d'une politique de prestations complémentaires pour les personnes âgées dans le besoin. Par une politique systématique de prérequis nécessaires pour l'obtention de prestations, les villes ont restreint le nombre des ayants droit et visaient aussi bien à décourager le retour massif de leurs ressortissants qui auraient souhaité revenir dans leur ville d'origine que l'arrivée massive de personnes étrangères à la ville et souhaitant s'y établir, voire y rester. La liste établie par l'Office fédéral des assurances sociales au début des années 1940 contient le nom de 29 communes, tant urbaines que rurales, versant des

prestations complémentaires, mais les divers cantons y sont très inégalement représentés.

TABLEAU 1.3

Durée de séjour ininterrompue (en années) pour bénéficier des prestations complémentaires de revenu dans quelques villes suisses en fonction de l'origine (en 1941) et nombre de bénéficiaires

Villes	Autochtone	Autre commune du canton	Autre canton suisse	Etat étranger	Nb. bénéficiaires
Zurich	3 ans	10 ans	15 ans	20 ans	5.560
Winterthur	3	5	10	20	761
Berne	15	15	15	20	1.016
Bienne	20	20	20	25	206
Lucerne	5	15	15	20	695
Olten	15	15	15	20	106
Schaffhouse	10	10	15	20	469
Aarau	15	15	15	25	91
Lausanne	15	20	25	–	566
Neuchâtel	10	10	20	25	163
La Chaux-de-Fonds	10	10	20	25	666
Le Locle	10	10	20	25	220

Source: *Berichte zur Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenen – Versicherung*, Heft 2: *Die Alters- und Hinterlassenenversicherung und -Fürsorge in der Schweiz bis Ende 1943*, Bern 1944, pp. 96-7.

Dans certains cantons, aucun versement complémentaire communal n'était prévu, dans d'autres seulement au chef-lieu du canton, dans d'autres plusieurs communes. Par ailleurs, les prérequis dissuasifs variaient aussi bien en fonction des ressources communales – ce qui a influencé non seulement les montants susceptibles d'être attribués, mais aussi l'âge à partir duquel il était possible de toucher des prestations – que de la conception que les communes avaient de leurs obligations envers les divers segments de leur population résidente: autochtone, ressortissant d'une autre communes du canton, ressortissant d'un autre canton suisse ou ressortissant d'un Etat étranger. Ces différences sont particulièrement visibles dans le TAB. 1.3 où sont mentionnées les 12 villes qui offraient des prestations complémentaires. Neuf d'entre elles ont fixé l'âge minimal à 65 ans, une à 66 ans (Lausanne), une autre à 68 ans (Olten), et enfin Bienne à 70 ans.

1.3
Le déséquilibre prononcé des sexes aux âges élevés et un taux d'activité qui reste parfois élevé

La population âgée est caractérisée par de très gros surplus féminins, quelle que soit la période envisagée. Il s'agit d'une constante de la société urbaine qui reflète les structures de l'emploi, notamment l'importance des services. Toutefois, le déséquilibre était parfois moins prononcé dans les villes comportant un secteur des machines important. En 1910, à Winterthur, le sex-ratio de la population de 65 ans et plus était de 1.352 femmes pour 1.000 hommes, mais de 1.877 femmes pour 1.000 hommes à Bâle. La progression de l'élément féminin s'affirme avec l'âge. Ainsi, à Zurich, en 1950, on dénombre à 65-69 ans: 1.456 femmes pour 1.000 hommes, à 70-79 ans: 1.666 femmes pour 1.000 hommes et à 80 ans et plus 2.145 femmes pour 1.000 hommes. Des valeurs similaires se constatent dans d'autres villes qui ont pourtant un profil économique différent: Lucerne, en 1950, compte 1.636 femmes pour 1.000 hommes à 70-79 ans, respectivement 2.018 à 80 ans et plus.

Compte tenu du bas niveau de salaire dans certains secteurs de l'économie et du montant réduit, voire de l'absence de retraite professionnelle, la nécessité économique imposait souvent la poursuite d'une activité rémunérée au delà de 65 ans, aussi bien à une fraction des hommes que des femmes (TAB. 1.4).

TABLEAU 1.4
Actifs à 65 ans et plus en fonction du sexe dans les villes de Zurich, Winterthur et Berne (1930-1950) (en pour cent)

	1930		1941		1950	
	H	F	H	F	H	F
Zurich 65-69 ans	62,7	21,2	53,6	16,9	54,7	17,4
Zurich 70 ans et plus	32,4	9,5	25,2	10,9	25,8	6,9
Winterthur 65-69 ans	56,0	14,4	45,6	12,0	41,5	11,5
Winterthur 70 et plus	21,7	6,3	19,8	4,5	15,1	7,7
Berne 65-69 ans	58,5	19,7	54,5	17,1	55,8	20,0
Berne 70 ans et plus	30,0	9,4	26,4	7,8	25,5	8,6

Source: Recensements fédéraux de la population, diverses années.

Toutefois, la proportion de personnes âgées poursuivant une activité salariale dépendait de plusieurs facteurs: les opportunités de travail, les revenus com-

plémentaires que fournissaient les institutions urbaines, mais aussi l'état de santé des vieillards – au recensement de 1920, 15,0% de la population âgée de 65 ans et plus vivant dans les 6 principales villes du pays (> 50.000 habitants) étaient déclarés invalides. Par ailleurs, la population âgée n'était pas homogène: elle était composée de catégories de personnes qui reflétaient des situations de vie et des besoins différents, ce qui était particulièrement frappant pour la population féminine âgée. La situation économique des femmes en fonction de leur état civil différait donc diamétralement selon qu'elles étaient veuves, célibataires ou mariées. Leur état civil influençait tout à la fois leur taux d'activité aux âges élevés, le type d'activité qu'elles exerçaient et leur mode de prise en charge. Le TAB. 1.5 montre à l'évidence la nécessité pour nombre de femmes célibataires, veuves ou divorcées de continuer à travailler au-delà de l'âge officiel de la retraite.

TABLEAU 1.5
Répartition des femmes actives dans les groupes d'âge 65-69 ans, 70-74 ans et 75 ans et plus en fonction de l'état civil, en pour mille. Ville de Zurich (1950)

Groupe d'âge	Célibataires	Mariées	Veuves	Divorcées	Total
65-69	454	108	313	125	1.000
70-74	402	69	416	113	1.000
75 et plus	335	51	489	125	1.000

Source: *Statistik der Frauenarbeit. Entwicklung in der Stadt Zürich und in der Schweiz*, in "Statistik der Stadt Zürich", 66, 1962, p. 71.

Que la proportion de veuves actives à 70 ans et plus était relativement élevée était imputable aussi au type d'activité qu'elles pouvaient exercer. Plus de la moitié des veuves zurichoises actives avaient une activité indépendante, soit 52,2% d'entre elles à 65-69 ans et 71% à 70 ans et plus, ce qui résulte de l'importance des activités d'hébergement[9]. Il est probable qu'aux âges élevés bon nombre de veuves qui jusqu'à 65 ans étaient ouvrières assuraient désormais une partie de leur subsistance en pratiquant des sous-locations[10].

En revanche, la situation des femmes célibataires était autre. Elles étaient précarisées à double titre: elles étaient souvent employées dans les secteurs les moins bien rémunérés qui les obligeaient à rester insérées dans le marché du travail à un âge élevé, à 70-74 ans, plus du quart d'entre elles. Elles exerçaient, moins que les veuves, une activité indépendante leur permettant de travailler à leur domicile, et de plus, elles avaient encore souvent nombre d'obligations

familiales qui ne leur permettaient pas de faire des économies pour leur vieil âge[11]. Etant économiquement plus fragiles, la proportion de femmes non mariées qui avaient besoins d'une allocation complémentaire était toujours bien supérieure à celle des hommes ou des couples mariés, et ceci indépendamment de leur origine ou nationalité. A Zurich, en 1939, en excluant les couples mariés, les femmes étaient plus de cinq fois plus nombreuses que les hommes – et en 1950 quasiment quatre fois – à toucher des prestations complémentaires de vieillesse[12].

1.4
Les structures résidentielles

Le recours à divers types de documents a permis de préciser certains aspects des structures résidentielles de la population âgée à la fin du XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle. J'ai utilisé les résultats de l'enquête de 1929 sur la population âgée de la ville de Berne[13], l'état nominatif des citoyens de la ville de Winterthur en 1890[14], l'état nominatif des nonagénaires que fournit le Recensement fédéral de 1900 et les fragments bâlois qui subsistent du Recensement fédéral de 1930[15].

En 1929, la ville de Berne compte 6.423 personnes de 65 ans et plus dont 405 (soit 6,3%) vivaient dans une institution. Des 6.018 personnes vivant dans un logement privé, le mode de résidence était le suivant: 59,9% vivaient dans leur propre ménage, 26,7% chez des apparentés, 5,7% dans une chambre meublée, 1,4% chez leur employeur. Néanmoins, ces formes de l'hébergement variaient énormément en fonction du sexe et de l'état civil (TAB. 1.6).

TABLEAU 1.6
Formes de résidence de la population âgée de 65 ans et plus (en pour mille). Ville de Berne, 1929

	Hommes					Femmes				
Formes de résidence	Cél.	Mar.	Veuf	Div.	Nb.	Cél.	Mar.	Veuve	Div.	Nb.
Propre ménage	354	787	585	349	1.692	458	691	506	522	2.159
Chez apparentés	118	188	254	140	486	145	290	384	257	1.228
En chambre meublée	282	14	83	256	141	135	8	47	106	226
Chez l'employeur	15	1	5	23	8	76	–	7	18	78
En institution	231	11	74	233	119	185	11	56	98	286
Total en pour mille	1.000	1.001	1.001	1.000		999	1.000	1.000	1.001	
Total personnes	195	1.570	638	43	2.446	801	991	2.072	113	3.977

Source: *Die Altersbeihilfe in der Stadt Bern […]*, in "Beiträge zur Statistik der Stadt Bern", 14, 1930, p. 23.

Trois aspects sont ici en évidence: 1. le rôle de la sous-location, notamment pour les hommes célibataires et les hommes divorcés, puisque plus du quart d'entre eux vivent dans une chambre meublée, 2. le rôle de la prise en charge institutionnelle pour les femmes, puisque les institutions sont à plus de 70% peuplées par des femmes, avec une majorité de célibataires, 3. le rôle important que jouent les apparentés dans l'accueil de la population âgée, mais surtout en ce qui concerne les femmes mariées ou qui l'ont été. Ici la différence avec le sexe masculin est notable, seuls les veufs faisant exception.

La différence la plus significative avec la petite cohorte de nonagénaires urbains mentionnés dans le recensement de 1900 – soit au total 93 personnes est l'inversion entre les chefs de famille (24,4%) et ceux qui vivent désormais chez des apparentés (50,9%). Inversion attendue, parce que les infirmités dues à leur grand âge leur interdisent probablement la tenue d'un ménage indépendant. On notera aussi la proportion plus élevée de nonagénaires qui, avant la Première guerre mondiale, sous-louent une chambre ou sont pensionnaires dans un ménage privé (11,8%) et ceux qui sont hébergés dans un asile ou dans un hôpital (12,9%).

En 1890, la population bourgeoisiale de Winterthur âgée de 65 ans et plus totalise 6,7% de cette population (dont 52,5% sont des femmes); 8,3% des vieillards sont accueillis dans l'asile bourgeoisial (le *Pfrundhaus*) en 1890 (dont 54% de femmes). Il a été possible de déterminer l'impact du réseau familial sur les formes de résidence dans 89% des cas. Les personnes âgées vivant dans des ménages complexes représentent 17,3% de l'effectif, et dans bon nombre de cas, il s'agit de veuves ou de veufs accueillis chez leur gendre. Les personnes seules, sans apparentés, représentent 19,5% de l'effectif (dont 15,1% sont des femmes). Du fait du type de source utilisée, nous ignorons cependant tout quant à d'éventuels domestiques ou sous-locataires vivant avec ces personnes. Les données de Winterthur révèlent toutefois deux facteurs importants qui influencent les formes de résidence des veufs, mais surtout des veuves à la fin du XIX^e^ siècle. Le premier élément est l'impact de l'émigration, aussi pour la population bourgeoisiale. Nombre de veuves vivent seules, sans réseau familial apparent, bien qu'ayant eu des enfants, mais ceux-ci vivent ailleurs en Suisse ou sont essaimés en Europe ou en Amérique. Le second élément est le rôle que jouent les filles dans la prise en charge de leur père ou mère. Dans de nombreux cas, une fille, parfois deux, semble avoir été "condamnée" à rester célibataire et à s'occuper de sa vieille mère ou de son vieux père pour leur éviter l'entrée en institution.

Les fragments bâlois du recensement fédéral de 1930 concernent 239 ménages, dont 7 ménages collectifs, totalisant 992 personnes[16]. La liste nominale des ménages est précieuse, car elle permet de connaître précisément la manière dont les personnes âgées étaient insérées dans un réseau familial et domestique urbain. Il s'agit de ménages vivant au centre de la ville de Bâle, avec des ménages populaires et des ménages appartenant à la couche supérieure, mais le dépouillement des listes a montré que, dans cette source, les ménages aisés étaient sur-représentés dans la source, alors que les ménages de non-ressortissants bâlois sont sous-représentés (12,3%), ce qui explique en partie certaines particularités de ces ménages et leur taille légèrement supérieure (3,68 personnes par ménage) par rapport à celle de l'ensemble de la ville (3,55 personnes)[17]. Dans notre échantillon, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ne diffère pas de celle de l'ensemble de la population urbaine (10,3%). La population féminine est légèrement sur-représentée avec 61,4% par rapport à l'ensemble de la ville (60,4%). Quant à la proportion de ménages de 5 personnes et plus en fonction de l'inclusion ou de la non-inclusion des personnes âgées, elle ne varie que peu: 31,5% des ménages sans personnes âgées et 30,1% en incluant des personnes âgées.

TABLEAU 1.7
Répartition des 59 chefs de ménage âgés selon leur état civil, en pour 1.000. Ville de Bâle, 1930

Typologie des chefs de ménage âgés	En p. 1000
Couple marié	475
Veuf	51
Homme marié (seul)	17
Homme célibataire	17
Veuve	271
Femme célibataire	152
Femme divorcée	17

Source: STABS, Volkszählung T 1, 2.

L'analyse de la position des personnes âgées de l'échantillon montre que plus du quart des ménages privés (25,4%), soit 59 sur 232, sont dirigés par une personne âgée de 65 ans et plus et que près d'un tiers des ménages privés de l'échantillon (31,5%), soit 73 ménages, ont à leur tête ou hébergent une personne âgée de 60 ans et plus. Pour mieux cerner la position des personnes

âgées, on peut les répartir selon le rôle qu'elles ont dans le ménage: en fait, 80,8% sont chefs de ménage, une proportion plus élevée que celle de Berne. Le TAB. 1.7 indique l'état civil des chefs de ménage âgé. Aucun homme chef de famille n'est retraité, si ce n'est un manœuvre parti à la retraite à 71 ans et un chef de famille mentionné comme retraité à 63 ans. Parents et beaux-parents âgés sont peu nombreux à vivre avec leurs enfants. On ne repère, parmi les 232 ménages dont les données sont conservées, que 9 ménages de ce type (7 belles-mères, une mère, un père), une tante est accueillie par un neveu marié. Trois ménages emploient 3 employées de maison de 60 ans et plus.

Que conclure de cette brève analyse? En premier lieu, la modernité de la structure des ménages bâlois: les ménages à trois générations sont peu nombreux, l'accueil de parents, de beaux-parents et d'apparentés âgés est peu fréquent (4,3% des ménages). Peu d'enfants adultes célibataires vivent avec leurs parents après 20-30 ans. Deux catégories socio-économiques font exception à ce modèle: les milieux dits de la "bonne société" et les milieux d'artisans ou de professions indépendantes, la proportion de ménages comptant des enfants adultes célibataires ou mariés vivant au foyer de leur père ou de leur mère étant alors très fortement corrélée avec l'activité du chef de ménage, les enfants étant employés dans son entreprise.

1.5
L'émergence d'une proportion élevée de ménages solitaires au XX^e siècle: davantage un artifice dû aux changements socio-économiques qu'à un relâchement des solidarités familiales?

L'analyse de l'échantillon bâlois semble fournir quelques pistes de recherches concernant l'évolution des ménages urbains à plus long terme et notamment les ménages dits d'isolés. Dans notre échantillon, seules 9,1% des personnes âgées vivent seules (4 célibataires – 3 femmes, un homme –, 3 veuves, un homme marié), alors qu'en 1930, pour l'ensemble de la ville, la proportion est de 14,6%. Une génération plus tard, en 1960, la ville compte 21% de ménages d'isolés. Cette évolution interpelle l'historien. N'y aurait-il pas à l'origine de cette évolution d'autres facteurs que ceux liés à un relâchement des solidarités familiales, à une mobilité accrue forçant l'éloignement spatial? Ce phénomène – qu'accompagne aussi une diminution importante de la taille moyenne des ménages par rapport aux années d'avant la Seconde guerre mondiale – semble reposer, en partie, sur un artifice, à savoir deux modifications fondamentales, celles des formes de l'emploi et la structure du logement. En ce qui concerne

la première modification, il est frappant de constater que dans les quartiers aisés jusqu'au sortir de la Seconde guerre mondiale (mais de manière encore amplifiée avant la Première guerre mondiale), les personnes âgées seules appartenant aux couches sociales supérieures, et dans une moindre mesure celles appartenant aux couches moyennes – notamment les femmes – ne vivent pas seules dans leur appartement, mais disposent de personnel de maison, qui souvent ne se réduit pas à une personne. Or, l'entre-deux-guerres est marqué par une modification des structures de l'emploi, notamment dans les emplois d'entretien du ménage (nettoyage, lavage, repassage, etc.). Ces emplois sont devenus des prestations de personnes ne vivant plus chez leur employeur, par conséquent ils se répercutent directement sur la taille des ménages et contribuent à augmenter la proportion des ménages de personnes seules qui, autrefois, formaient des ménages plus complexes[18]. La seconde modification, dont l'importance en milieu urbain n'est plus à souligner, concerne la structure résidentielle du logement, notamment la sous-location de chambres et l'accueil de pensionnaires que pratiquent presque tous les milieux socio-économiques. A elles deux, ces pratiques se répercutent fortement sur la structure des ménages et leur taille. Ainsi, en 1930, encore plus de la moitié des 73 ménages comprenant des personnes âgées comptent aussi pour le moins un domestique (16 ménages), un sous-locatoire d'une chambre (16), voire les deux (5 ménages), et 81,2% des ménages de veuves se trouvent dans une telle constellation.

1.6
L'hébergement dans l'asile de vieillards

L'identification de la population âgée ciblée par un établissement étatique et l'appréhension de ses effectifs s'avère souvent difficile, mais encore davantage lorsqu'il s'agit d'une fondation privée destinée à un public spécifique. A quelle structure d'âge, par exemple, un asile "pour les vieilles domestiques pauvres ayant servi de nombreuses années" est-il destiné? La difficulté principale résulte du fait que, parfois jusque dans la seconde moitié du XIX^{e} siècle, de nombreuses personnes âgées vivent dans des institutions de prise en charge qui ne sont pas réservées aux seuls vieillards des deux sexes, mais qui hébergent souvent aussi des infirmes incurables (*Gebrechliche*), des pauvres, des malades, quelques fois des aliénés[19]. Parfois même, surtout dans les chefs-lieux des petites cantons, la séparation selon les âges de vie, entre enfants, adultes et vieillards n'est pas encore faite à la veille de la Première guerre mondiale. En outre, les effectifs de personnes âgées, placées par des

organismes publics dans des asiles de vieillards privés, faute de place dans les établissements officiels urbains, ne sont que rarement mentionnés[20]. Les premiers résultats fiables datent de l'enquête de 1953. Les 685 asiles de vieillards de la Suisse hébergeaient alors 22.980 personnes de 65 ans et plus, soit environ 4,6% de la population de cette tranche d'âge, dont 47% payaient eux-mêmes leur pension et 53% étaient entretenus aux frais de la commune[21].

Les effectifs que l'on peut établir jusqu'au milieu du XX^e^ siècle en ne retenant que les asiles de vieillards officiels sont donc toujours très inférieurs à la réalité, en dépit du nombre croissant de places créées pour faire face à la demande. En fait, les files d'attente étaient longues, surtout lorsque le prix de la pension était modeste. Il existait une pénurie structurelle de places d'accueil dans les établissements publics des grandes villes de Suisse. Les rapports annuels confirment le manque de places. Ainsi, l'Asile des vieillards de Genève a une file d'attente de 160 personnes en 1923[22]. A Zurich, en 1922, alors que *Pfrundhaus* pouvait accueillir 96 à 98 personnes au maximum et que le nombre d'admissions annuelles fluctuait autour de 12 personnes, ce sont plus de 60 personnes qui auraient souhaité y être admises et ne pouvaient y trouver place[23].

Les besoins augmentent aussi avec les changements de la structure par âge, ainsi que le montrent les données de la villes de Berne: en 1929 à 60-69 ans, 2,7% des habitants vivaient en institution, à 70-79 ans, 7,9% et à 80 ans et plus, 16,2%[24]. Toutefois n'entrait pas toujours à l'asile de vieillesse qui voulait et parmi les causes de refus de prise en charge, encore mentionnées à la fin des années 1960 dans le canton de Fribourg, figuraient aussi le mauvais renom d'un alcoolique, les exigences d'un régime spécial, l'impossibilité d'accueillir des personnes trop handicapées[25].

Plusieurs villes dans le dernier quart du XIX^e^ siècle augmentent l'offre de places dans leurs institutions destinées à l'hébergement des personnes âgées. Mais, en fait, cette offre accrue ne correspond pas toujours à une augmentation du nombre de vieillards, mais procède d'un changement de politique à l'égard de la vieillesse imposé par les difficultés que rencontrent les placements traditionnels. Ainsi, la ville de Genève éprouve des difficultés croissantes à placer ses vieillards dans les familles rurales du canton en raison de la modicité des pensions mensuelles payées dès les années 1870. La construction d'un établissement pour les vieillards indigents à Anières, à une dizaine de km de la ville, a permis de remédier partiellement à l'offre insuffisante de places et, dès 1882, 50 vieillards d'un âge moyen de 67 ans y sont hébergés. En 1910, l'établissement héberge déjà 200 personnes. L'exemple de la ville

de Zurich montre également que le nombre de places s'accroît dès la fin du XIX^e^ siècle et jusque dans l'entre-deux-guerres, mais qu'elle n'est jamais suffisante. Dans la ville alémanique, deux autorités différentes s'occupaient de l'hébergement des personnes âgées, un fait qui n'était pas anodin. L'asile bourgeois (*Bürgerasyl*) et le *Pfrundhaus*, comme l'indique leur appellation, étaient des institutions anciennes qui dépendaient du département des finances. Pour y être admis, il fallait posséder suffisamment de revenus, car dans l'entre-deux-guerres le coût de la journée semble y avoir été de 20 à 60% plus cher que dans les autres asiles, administrés, eux, par les autorités de l'assistance publique. Des trois établissements (dont les deux de la bourgeoisie) existant à la fin du XIX^e^ siècle, on passe à sept à la veille de la Seconde guerre mondiale, et durant cette période, le nombre de places de ces mêmes institutions a passé de 165 en 1914, à 213 en 1917, à 321 en 1921, à 359 en 1930, et à 361 en 1939[26]. Cette augmentation résulte de plusieurs facteurs, notamment de la réorganisation de l'assistance et de la ratification du Concordat inter-cantonal sur l'assistance, en 1927, qui introduit le principe de l'assistance par le lieu de domicile et non plus par celui d'origine[27]. La demande accrue dans les années 1920 est également liée à la pénurie de logements, perceptible déjà avant la Première guerre mondiale, mais qui s'accentue durant la guerre et dans les années 1920. Cette pénurie – et la cherté des logements qui s'ensuit – se répercute sur la structure des ménages et l'accueil des parents âgés. L'absence de prise en charge par la famille proche des personnes ayant émigré en ville est un problème encore mal étudié pour cette période, mais les ressources économiques insuffisantes, la pauvreté, voire l'indigence extrême des descendants ou des apparentés empêchaient parfois toute prise en charge d'un ascendant. S'ajoutait à ce facteur, celui de l'exiguïté des logements, de leur coût, voire le fait qu'une fraction non négligeable des enfants adultes de cette population âgée était elle-même en sous-location dans un meublé, faute de revenus suffisants pour pouvoir se loger de manière indépendante. Il s'agit alors d'un problème récurrent dans l'espace urbain suisse. Certains couples sont incapables d'accueillir leurs parents âgés, parce que eux-mêmes vivent en sous-location dans une seule chambre meublée. Le problème n'est d'ailleurs pas limité au seul accueil des parents: il s'observe aussi pour certains couples qui doivent placer leur enfant dans une famille d'accueil, faute de logement adéquat[28]. A Zurich, chaque année quelques individus choisissent de quitter l'asile de vieillesse où ils résidaient. Réussissent-ils à retourner chez l'un ou l'autre de leurs enfants adultes? Ou bien les conditions d'hébergement sont-elle si dissuasives

qu'elles incitent au départ et au recours à d'autres formes d'hébergement si la santé le permet, dans une chambre meublée chez l'habitant?

Les possibilités d'accueil en institution ont été influencées par trois facteurs: la taille des villes et leur fonction, la politique urbaine, et les accords intercantonaux en matière d'assistance (les concordats). Dans les villes moyennes et petites, qui sont des chefs-lieux de cantons ou de districts, le nombre de personnes âgées résidant dans les asiles de vieillards ne correspond pas à la pyramide des âges de la ville. Les établissements y exercent des fonctions centrales et accueillent les ressortissants de tout le district ou du canton. Ainsi, l'hospice de vieillesse de St. Ursanne sert à l'ensemble du district de l'Ajoie et cette institution créée en 1896 qui, à l'origine comptait 8 vieillards, en compte 31 en 1897, 84 en 1900, 117 en 1914 et 150 en 1924[29], alors que la ville elle-même ne comptait que 1149 habitants en 1920. L'asile bourgeoisial de Glaris, en revanche, est une institution communale qui accueille 110 personnes en 1910, alors que la ville compte 5.204 habitants, mais dont seulement 3028 sont originaires du canton[30].

1.7
Les personnes âgées dans les institutions urbaines entre exportation et ségrégation politico-spatiale et genrée

A partir du moment où le placement des vieillards à la campagne n'a plus pu être pratiqué systématiquement pour diverses raisons – coût jugé trop élevé du placement "familial", maltraitance des personnes âgées – il a fallu trouver d'autres solutions, notamment celles de la création d'établissements spécifiques destinés à la population âgée. Mais les solutions retenues, à l'instar du placement des vieillards à la campagne[31] visent à l'éloignement des vieillards de la ville que ce soit à Zurich, à Berne, à Genève ou ailleurs. La localisation des asiles a contribué, sans doute aucun, à une certaine aliénation des vieillards par rapport à leur milieu et à une rupture avec les personnes de leur entourage familial. Ainsi, à l'exception de deux institutions d'origine bourgeoisiale sises en ville, Zurich a pratiqué, de manière encore systématique dans la première moitié du XX^{e} siècle, une politique d'exportation de ses ressortissants âgés en les plaçant dans des asiles de vieillesse lui appartenant, mais situés dans d'autres communes du canton, à plusieurs km de la ville. En 1927, il est question de créer un quatrième asile administré par l'assistance publique, et il est précisé que cette nouvelle institution devrait être localisée dans la ville même, du fait que «de nombreux requérants à l'admission souhaiteraient finir leurs vieux

jours en ville»[32]. Mais, en dépit de ces souhaits, cette quatrième institution ne se réalisera pas sur le territoire urbain, mais à Pfäffikon, à plus de 20 km de la ville. Le phénomène de l'"exportation" des ressortissants âgés de la ville de Zurich s'est même amplifié à la fin des années 1920. En 1930, on répertorie non seulement le placement de ressortissants de la ville dans les asile de vieillesse de 22 communes du canton, mais également dans 10 asiles privés, voire dans un nombre non précisé de cas, un placement dans des institutions de vieillesse extra-cantonales[33].

Sans doute la question des coûts a-t-elle joué dans ces choix, et peut-être aussi la vision des autorités d'un environnement rural bénéfique pour les vieux ou d'autres motifs, plus prosaïques. Nombre d'institutions publiques incitent leur pensionnaires, jusqu'à la Seconde guerre mondiale pour le moins, et dans la mesure où leur état de santé le permet, à effectuer différents travaux qui correspondent à leurs qualifications ou à travailler dans le jardin de l'institution. Il resterait à étudier, si à l'exemple de Bâle, les gratifications pécuniaires qui en résultaient permettaient d'améliorer leur ordinaire et fournissaient un argent de poche bienvenu[34] ou si, au contraire, le travail fourni servait à indemniser l'institution d'une partie des coûts que la personne âgée occasionnait. On peut se demander, d'ailleurs, si parmi les raisons qui ont pu provoquer les départs des institutions zurichoises, outre les difficultés de la vie collective, le manque de liberté, les difficultés d'adaptation à un mode de vie rural n'expliquent pas aussi la proportion élevée de sorties de ces établissements. L'analyse portant sur six années (1914, 1916, 1922, 1926, 1927, 1930) de trois établissements situés hors les murs de la ville montre que, en moyenne, 11,1% des pensionnaires ont quitté l'établissement[35]. Il est vrai que les modalités de résidence, la fréquence élevée de pièces avec des lits pour deux ou trois personnes pourraient expliquer en partie la volonté de départ. Encore que l'un des rapports annuels précise que dans les établissements cantonaux, la situation est pire avec leurs dortoirs généralisés[36]. On aurait tort cependant de sous-estimer l'impact négatif d'une certaine promiscuité imposée résultant des conditions d'hébergement: dortoirs de dix lits à Anières pour les ressortissants de la ville de Genève de 1882 à 1920, chambres à 3-4 lits à la Maison de Vessy qui remplace Anières en 1921; dortoirs à 4-9 lits dans le canton de Fribourg[37], dortoirs à 6-8 lits dans les années 1920 à l'hôpital bourgeoisial de Bâle avec ses 350 pensionnaires[38]. Par ailleurs, la réticence des pensionnaires à séjourner dans les asiles de vieillesse n'était pas limitée aux grandes villes. En 1914, lors de la mobilisation, les asiles bourgeoisiaux de Glaris et de Ennenda sont réquisitionnés pour les troupes sanitaires, et

certains pensionnaires sont renvoyés dans leur commune d'origine. Par la suite, toutefois, ces derniers refuseront de réintégrer les asiles, une fois ceux-ci libérés, et préféreront rester dans leur commune d'origine[39].

Outre l'exportation des personnes âgées hors du milieu urbain, les grandes villes et certaines villes moyennes, à une exception près, ont pratiqué pendant plusieurs décennies, la ségrégation spatiale des personnes âgées en fonction de leur origine, qu'il s'agisse de Saint-Gall, Zurich, Berne, Genève, Fribourg ou Winterthur. Les autochtones ont toujours eu leur institution séparée – un hôpital ou un asile bourgeoisial – de celle des ressortissants non autochtones, et ont, le plus souvent, bénéficié de prix de pension inférieurs à ceux pratiqués dans les autres institutions[40]. L'exception remarquable est la ville de Bâle qui connaît d'énormes flux immigratoires dès les années 1860. L'hôpital bourgeoisial de la ville rhénane, situé au cœur de la ville, permet une bonne qualité de vie à ses pensionnaires, parce qu'ils ne sont pas coupés du monde urbain. En dépit de son appellation, l'hôpital bourgeoisial entreprend les premiers pas pour accueillir les immigrés bénéficiant d'un permis d'établissement dès le milieu du XIX^e siècle, mais c'est à partir de 1897 que les personnes établies depuis 25 ans et plus sont systématiquement aussi accueillies à l'hôpital. En 1924, les ressortissants bâlois sont au nombre de 205, et les pensionnaires non bâlois 145. Le coût de la pension journalière en division commune (298 pensionnaires) n'est souvent pas couvert par le paiement de la commune d'origine, des apparentés ou des employeurs. C'est donc l'Etat qui, dans la plupart des cas, paie les 3/4, voire les 2/3 de la pension[41]. Genève, en revanche, pratique une politique de ségrégation tout à la fois sociale et politique. La ségrégation des couches sociales autochtones se traduit non pas – comme dans le cas bâlois, ou dans celui de Winterthur, par une ségrégation spatiale au sein de l'établissement avec une pièce à un lit et une meilleure nourriture pour les pensionnaires plus fortunés –, mais par la création d'établissements différents, celui d'Anières, puis de Vessy pour les Genevois sans ressources, et celui du Petit-Saconnex pour ceux qui peuvent s'acquitter du prix de la pension[42]. Quant aux Confédérés alémaniques, ils ont leur propre maison de retraite, au lieu dit "au Bout du monde". D'autres villes connaissent d'autres types de ségrégation, la séparation stricte des hommes et des femmes dans des établissements différents, et pas forcément localisés au même endroit. A Neuchâtel, l'asile pour les hommes se trouve en ville, celui des "vieillards femmes" dans la banlieue, à Serrières, ce qui peut expliquer le très faible intérêt des couples pour ce type de prise en charge jusqu'au milieu du XX^e siècle.

1.8
Conclusion

Dans l'espace urbain, la question de la structure résidentielle des personnes âgées est fortement influencée par l'appartenance sociale, le statut politique, mais aussi par l'état civil. Elle n'est devenue l'objet d'une préoccupation politique systématique qu'au début du XX^e siècle, lorsque le nombre de personnes âgées augmente de manière très perceptible et que les formes de prise en charge traditionnelle sont remises en question. Le rôle de la famille proche, la nécessité d'une prise en charge institutionnelle sont des phénomènes encore mal étudiés, puisque, aux âges élevés, le facteur migratoire influence très fortement même les rapports intergénérationnels de la population autochtone, ainsi qu'il ressort très clairement de l'analyse de la situation de la ville de Winterthur. Quant à la population immigrée, les difficultés de logement dans l'espace urbain et la précarité des ressources ont souvent empêché, notamment dans l'entre-deux-guerres, la cohabitation des parents âgés et des enfants adultes. Par ailleurs, pour les célibataires immigrés, et notamment pour les femmes, l'absence fréquente d'un réseau familial adéquat explique les risques accrus que court cette population aux âges élevés et la surreprésentation de ce segments de population dans les institutions publiques déjà dans l'entre-deux-guerres. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'asile de vieillards est fortement corrélé avec le statut socio-économique de ses pensionnaires**,** l'option n'étant souvent qu'entre un asile bourgeoisial ou une institution privée, coûteuse pour le pensionnaire, et un asile des pauvres pour ceux qui étaient sans moyens. Les institutions permettant d'accueillir des personnes n'ayant que des moyens modestes faisaient défaut. Il est fort probable que l'image véhiculée par les asiles de vieillards pauvres et assistés, les conditions qui y régnaient, leurs exigences en matière de docilité, de vertu et de moralité ont fortement contribué à la réticence des personnes âgées à y entrer et à y rester, comme le montre l'exemple zurichois. Et sans doute, ce n'est qu'avec la dépendance accrue du grand âge et l'incapacité d'assumer les gestes de la vie quotidienne de manière indépendante que l'entrée en institution était acceptée. Tout comme de nos jours.

Notes

1. Dans un article publié en 1917, M. Champod-Benvegnen, avait insisté sur les nombreuses difficultés – économiques et sociales, notamment en raison des modifications des constellations

familiales et de l'émigration des jeunes – rencontrées par la population âgée et leur attribuait la proportion élevée et croissante de suicides des vieillards de 60 ans et plus, soit 20% de tous les suicides en 1912 et 23% en 1915. M. Champod-Benvegnen, *Und unsere Greise?*, tiré à part de "Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit", 1917, p. 3.

2. Cette argumentation est celle de Ernst Cagliardi dans la 3e édition de son *Histoire de la Suisse*, parue en 1938, et du directeur de l'OFIAMT dans un article de la "Revue suisse de statistique et d'économie politique" de 1938. Le chef du bureau fédéral de statistique reprend ces arguments pour les réfuter en 1940: C. Brüschweiler, *Vorherrschaft der Alten? Ein Beitrag zum Überalterungsproblem*, in "Die Schweiz. Ein nationales Jahrbuch", 1940-1941, pp. 60 ss.

3. Ces hésitations ne facilitent pas les approches comparatives: les séries statistiques des grandes villes qui regroupent la population par grands groupes d'âge, fixent le début de la vieillesse à 60 ans jusqu'au milieu du XXe siècle, puis à 65 ans.

4. La différence est encore plus prononcée en 1870: la population âgée totalise 4,9% à Lucerne et 3,3% à Bâle.

5. *Die Bevölkerung von Basel-Stadt am 10. December 1860. Bericht an E. E. Kleinen Rath*, Basel 1861, p. 15.

6. *Ibid*., tab. VIII. Les différences en fonction de la nationalité sont également prononcées dans d'autres villes. A Zurich, en 1894, les étrangers représentent 27,9% de la population totale, mais seulement 10,5% de la population âgée de 65 ans et plus. L'impact des flux immigratoires est aussi visible à la Chaux de Fonds au début du XXe siècle avec la modification de la pyramide des âges des étrangers. V. Meffre, *De la formation à l'enracinement d'une communauté: Les Juifs de La Chaux-de-Fonds, 1879-1912*, mémoire de licence SES, Université de Genève (dactyl.), Genève 2003, p. 28.

7. "Pro Senectute", 2, 1924, p. 74.

8. "Beiträge zur Statistik der Stadt Bern", 17, 1935, p. 15.

9. Calculs d'après les données de *Statistik der Frauenarbeit*, cit., p. 91.

10. Parmi les veuves, 51,4% sont ouvrières à 60-64 ans, 38,5% à 65-69 ans, 22,9% à 70 ans et plus (voir note 9).

11. D'après une enquête faite en 1939 à Zurich, 46,5% des femmes employées de bureau et 43,5% des vendeuses doivent assumer des charges financières pour assister leurs parents, des membres de leur fratrie, et d'autres apparentés. M. Furrer, H. Walter, *Die wirtschaftliche Lage und die Unterstützungsleistungen von Bürolistinnen und Verkäuferinnen der Stadt Zürich*, Zürich 1939, pp. 12 ss.

12. "Geschäftsbericht des Stadtrates der Stadt Zürich", 1939, p. 374; 1950, p. 358.

13. *Die Altersbeihilfe in der Stadt Bern*, cit., p. 23.

14. *Verzeichniss der gegenwärtigen Bürgerschaft der Stadt Winterthur, 1890*, Winterthur 1901.

15. Staatsarchiv des Kantons Basel-Stadt (STABS), Volkszählung T 1, 2.

16. La ville de Bâle, au recensement de 1930, comptait 148.063 habitants et 41.614 ménages, soit 3,55 personnes par ménage, et la population âgée de la ville formait le 10,3% de la population urbaine.

17. Il s'agit-là d'une structure urbaine très caractéristique si on la compare avec celle de régions rurales à faible émigration où, à la même époque, les ménages comptent encore plus de 6 personnes.

18. Un autre facteur non négligeable est celui des modifications intervenues dans les milieux de l'artisanat. Apprentis et ouvriers ne logent plus guère chez leur patron dans la seconde moitié du XXe siècle.

19. Cfr. le constat de G. Heller vaut pour d'autres cantons. G. Heller, *Historique des maisons de retraite dans le canton de Vaud: rapport de recherche*, Lausanne 1994.

20. En dépit de l'augmentation des places d'hébergement, le manque de places dans les établissements étatiques a obligé les autorités zurichoises urbaines à effectuer également des placements dans des asiles de vieillesse privés. L'une des rares indications à ce propos est qu'en 1922, 144 vieillards étaient accueillis dans quatre asiles privés, alors que les établissements publics de la ville accueillent 321 personnes. "Geschäftsbericht der Stadt Zürich", 1922.

21. "Feuille fédérale", 115, 2, 1963, p. 638.

22. "Pro Senectute", 2, 1923, p. 59.

23. "Geschäftsbericht der Stadt Zürich", 1922, p. 52.

24. *Die Altersbeihilfe in der Stadt Bern*, cit. p. 14.

25. M.-Th. Bochud, *Les maisons de vieillesse dans le canton de Fribourg, en rapport avec le placement des personnes âgées malades*, Travail de diplôme dactyl., EESEP, Lausanne 1969, p. 37.

26. Calculs effectués d'après les données des divers "Geschäftsbericht der Stadt Zürich".

27. "Geschäftsbericht der Stadt Zürich", 1927, pp. 363-4.

28. L'absence de place dans la chambre meublée des parents est un aspect d'ailleurs aussi souvent souligné par les services sociaux de l'époque en ce qui concerne les raisons du placement d'un enfant dans une famille d'accueil (cfr. notamment dans les années 1920 à Zurich).

29. "Pro Senectute", 2, 1924, p. 89.

30. H. Spälti, *Geschichte der Stadt Glarus*, Buchdruckerei Spälti, Glarus 1911, p. 241.

31. Ce type de placement est largement pratiqué par certaines villes jusque dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle. En 1843, les pensionnaires de 60 ans et plus placés par la ville de Genève à Cartigny, un village de la campagne genevoise, représentent 6,3% de l'ensemble de la population.

32. "Geschäftsbericht der Stadt Zürich", 1927, p. 356.

33. "Geschäftsbericht der Stadt Zürich", 1930, p. 469.

34. Que les pensionnaires, à Bâle, utilisent souvent pour leurs sorties en ville.

35. Selon l'établissement, les sorties d'établissement varient entre 7,2% et 13,0%.

36. "Geschäftsbericht der Stadt Zürich", 1927, p. 23. Selon ce même rapport, l'avantage d'un nombre plus élevé de pièces à un seul lit préviendrait beaucoup moins de désagrément et permettrait de garder des personnes dans l'asile qui, autrement, en raisons de leurs singularités (*Eigenheiten*) ne peuvent y rester.

37. Bochud, *Les maisons de vieillesse*, cit., p. 37.

38. "Pro Senectute", 2, 1924, p. 35.

39. R. Wydler, *Untersuchungen über das Armenwesen im Kanton Glarus unter besonderer Berücksichtigung des Zeitraumes von 1840 bis 1930*, Tschudi & Co, Glarus 1939, p. 21.

40. La pension à l'hôpital bourgeoisial de Fribourg était gratuite, mais à la condition que le/la pensionnaire à son admission dans l'établissement lui fasse don de toute sa fortune.

41. "Pro Senectute", 2, 1924, p. 37.

42. N. Nussbaum, *L'asile distingué et l'asile des miséreux à Genève au XIX^e^ siècle*, in G. Heller (éd.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Ed. d'en Bas, Lausanne 1994, pp. 95-111.

2

Les vieillards et les pouvoirs publics en France au début du XX^e siècle

di *Jean-François Tanguy*

2.1
La société, les pauvres et les vieillards

La question de la survie matérielle des pauvres a préoccupé très tôt les sociétés humaines, mais c'est tardivement que s'est faite jour l'idée d'une assistance, ou d'une protection, d'une catégorie spécifique, notamment quand cette pauvreté avait pour motif la vieillesse, l'affaiblissement physique et mental dû à l'âge, la décrépitude[1]. Non que la notion d'aide des plus riches aux plus pauvres soit récente: les grandes religions monothéistes l'ont même érigée en principe majeur de salut personnel, le judaïsme comme le christianisme et l'islam. Le Coran ordonne au fidèle «d'adorer Dieu [...], de s'acquitter de la prière, de faire l'aumône, – Telle est la religion vraie»[2]. Mais ce principe est général, il n'entraîne pas l'identification d'un groupe spécifiquement défini. Il faut pour cela attendre la fin du Moyen Age et la Renaissance, la complexification de la société, la diffusion de la connaissance par l'imprimerie, le renforcement de l'Etat, pour aboutir à l'idée que les "pauvres", identifiés par certains critères, devaient recevoir une aide, définie par son montant, sa forme, et les agents chargés de la dispenser.

Dans les faits, cette volonté était souvent restée en France lettre morte, faute de moyens ou de volonté, contrairement à la "loi des pauvres" édictée en Angleterre en 1601. La politique demeurait essentiellement répressive avec pour seul refuge l'hôpital. La Révolution avait défini le devoir d'assistance mais avec toujours la crainte de favoriser l'imprévoyance et la paresse. Car très tôt, on posa en effet un véritable problème: les besoins d'assistance provenaient d'une part d'une population frappée par le malheur physique à un âge peu avancé, et qui n'avait donc rien fait pour mériter cela, mais aussi (surtout?) de l'ensemble des vieillards dont les forces s'amenuisaient lentement et qui avaient eu tout le temps disponible pour envisager un destin inéluctable. Dans ces conditions, la société avait-elle l'obligation d'assister ceux qui auraient ainsi fait preuve d'*imprévoyance*? Dès les premiers jours de la Révolu-

tion de 1789, le duc de La Rochefoucauld-Liancourt, président du comité de mendicité, posait la question. Certes, il définissait l'assistance, non comme un "bienfait" mais comme un "devoir". Mais en ajoutant:

> Enfin, la vieillesse pauvre elle-même qui, à tant de titres, appelle l'assistance de la société, doit cependant, en étant pourvue de l'exact nécessaire, être secourue de manière à ne pas favoriser l'imprévoyance, et par conséquent la dissipation et la débauche des ouvriers pendant leur vie. Le véritable principe d'assistance publique serait mieux suivi, en proposant des retraites commodes[3], abondamment pourvues à celui qui, par quelque économie faite durant sa vie de travail, pourrait fournir un prix [sic] très inférieur aux avantages qu'il en tirerait[4], qu'en donnant, même avec moins de dépenses à l'homme qui n'a rien ménagé, une assistance au-delà du nécessaire.

Dès cette époque, se posait donc la question de la distinction et de la plus ou moins grande urgence d'établir un système d'assurance ou d'assistance, sachant que les partisans des uns et des autres ne peuvent nullement se répartir sur un axe allant du libéralisme au socialisme[5]. C'est beaucoup plus complexe. Nous avons tendance à voir dans l'assurance le *nec plus ultra* de la protection sociale. Mais des libéraux pouvaient considérer qu'elle était la juste rémunération d'une sage prévoyance alors que d'autres libéraux la considéraient comme un frein au libre développement des contrats entre partenaires, surtout entre patrons et employés. Le degré d'obligation de l'assurance jouait d'ailleurs un rôle dans la façon de la considérer. Jules Ferry, alors chef du gouvernement, se disait partisan de l'assurance, sans obligation:

> Que la prévoyance reste libre, que la prévoyance ne devienne jamais obligatoire. Car qu'est-ce que l'assurance obligatoire? C'est l'impôt. Payer l'impôt, est-ce une vertu? C'est une obligation. En transformant l'assurance en impôt, on ne fait rien pour le développement de la prévoyance individuelle, on ne fait rien pour le développement de la vertu d'épargne, qui est une des vertus fondamentales du travailleur[6].

Mais les associations ouvrières n'eurent pendant longtemps guère plus d'estime pour un système d'assurance obligatoire ou même fortement incitatif: la faiblesse des salaires semblait exclure toute forme de cotisation, sans parler de la crainte que l'argent récolté ne soit utilisé à des fins inavouables par les gestionnaires des caisses, supposés les féaux de l'État ou du patronat.

Par ailleurs, le code Napoléon établissait l'obligation alimentaire dans les deux sens, de parents à enfants mais aussi d'enfants à parents. Mais la pauvreté, l'absence de contrôle profond des autorités sur les communautés tant rurales qu'urbaines, les mœurs, l'absence, souvent, de responsables à qui s'adres-

ser (si les enfants étaient morts ou partis ailleurs) rendait la chose illusoire ou vouait les vieillards à la maltraitance.

2.2
Identification du problème

Au total, très peu d'efforts furent consentis par la nation en ce sens au XIX^e^ siècle. L'action en faveur des vieillards fut abandonnée à la bienfaisance privée. Toutefois, on note la généralisation progressive des Bureaux de bienfaisance dans la seconde moitié du siècle. A la fin de celui-ci, un rôle majeur fut joué par le préfet Henri Monod, directeur de l'Assistance publique (1887) puis de l'Assistance et de l'hygiène publiques (1889). Dès 1889, s'exprimant sur la mise sur pied d'une assistance aux vieillards indigents et aux incurables, il prenait fermement position:

> La société se doit de venir en aide à ceux de ses membres qu'arrêtent définitivement dans leur activité la vieillesse ou les infirmités. Ainsi que j'avais l'honneur de le dire à la première réunion du conseil, quelle objection pourra-t-on faire à ces malheureux qui réclament assistance? Dira-t-on qu'ils auraient dû être prévoyants, mettre de côté dans les années de force de quoi subvenir aux années d'affaiblissement? [...] Et, s'ils ne l'ont pas fait, faut-il pour cela les abandonner? Dans une démocratie, la solution d'une semblable question ne saurait être douteuse[7].

On remarquera qu'il s'agit toujours d'assistance et que les vieillards sont classés avec les infirmes et incurables. La loi du 15 juillet 1893 tentait en ce domaine une première avancée mais concernait la seule assistance médicale gratuite aux indigents malades, la maladie étant définie comme un état aigu et transitoire, et les "incurables" demeuraient hors du champ – de même que les vieillards "en bonne santé".

Dès les lendemains du vote de cette loi, on tenta donc d'avancer. Il y fallut une bonne dizaine d'années. Enfin, à partir de 1902, on entra dans la phase finale de confection d'une loi d'assistance pour les vieillards et incurables indigents. Combien de vieillards seraient donc à secourir? Les statistiques démographiques donnaient pour 1904, 1,9 millions d'individus âgés de 70 ans et plus et "sensiblement moins" d'infirmes et incurables indigents[8]. Sur le nombre des vieillards, combien d'indigents, incapables de subvenir à leurs besoins par le travail? Si l'on comptait les inscrits aux Bureaux de bienfaisance, en vertu de la loi de 1893, on obtenait en tout 5 à 6% de la population des communes admis à l'assistance médicale gratuite. Par analogie, si les proportions étaient les mêmes, bien qu'il s'agisse d'une pétition de principe, il pourrait y avoir eu en 1904 114.000 vieillards de plus de 70 ans à secourir, plus 76.000 "incurables". La loi, disait

d'autre part le rapporteur sénatorial en 1904, n'obligera pas forcément à agrandir les hospices, au contraire, elle favorisera, par le versement d'une allocation, le maintien à domicile. Mais les chiffres étaient en fait très incertains. Comme on le verra ci-dessous, le nombre réel de personnes admises à l'assistance s'avéra très supérieur. Il est heureux que les parlementaires ne l'aient pas su d'avance: le vote de la loi eût été beaucoup plus difficile.

Certaines villes n'avaient pas attendu pour instituer un système d'aide aux vieillards et incurables indigents. A Elbeuf, ville très industrielle de Seine-Inférieure (aujourd'hui Maritime), ils recevaient une pension de 110 francs par an, soit à peine 10% du salaire d'un ouvrier non qualifié. Que faire avec une somme aussi ridicule? Le rapporteur donnait la solution, en citant le maire de la ville écrivant en 1898:

> Dans le système adopté à Elbeuf depuis plus de seize mois, l'attribution des pensions aux vieillards se fait partie en argent, partie en nature, après entente avec les intéressés et de la manière suivante: les intéressés consentent à ce qu'il soit prélevé sur leur pension 1° Une somme de 40 francs pour le loyer. Le plus souvent, cette somme avec payement garanti par le bureau de bienfaisance, suffit aux propriétaires, tandis que, sans garantie, les vieillards indigents ne trouveraient pas à louer à moins de 60 ou 70 francs par an. De même pour le pain. Le bureau de bienfaisance bénéficie, chez les boulangers, du tarif réduit, et en fait bénéficier les vieillards. [...] En somme, toutes les pensions ainsi gérées indirectement par le bureau ont une puissance d'assistance [on dirait aujourd'hui, un pouvoir d'achat] supérieure de 20% au moins à ce que le vieillard pourrait se procurer lui-même avec de l'argent[9].

Le système empêchait à l'évidence les vieillards de mourir de faim ou de froid, mais guère plus. Les sommes disponibles pour s'acheter d'autres aliments que du pain, des vêtements, sans parler des distractions éventuelles, demeuraient proches du néant. De plus, le système ne fonctionnait que dans un cadre extrêmement strict et ne laissant qu'une part très faible à la liberté individuelle. Encore pouvait-on objecter que la personne pensionnée dans ces conditions était plus libre de ses mouvements qu'à l'hôpital. Ajoutons que le maintien à domicile coûtait beaucoup moins cher à la collectivité qui préférait cette solution, pas toujours praticable.

2.3
La loi d'assistance du 14 juillet 1905

A l'aune des mœurs parlementaires de la Troisième République, le projet fut assez rapidement voté: la première proposition fut déposée à la Chambre des

députés le 12 juin 1902, les délibérations et l'adoption datent de mai et juin 1903; le texte, transmis au Sénat, fut discuté par celui-ci un an et demi plus tard, cas de figure non rare, et adopté avec modifications en juin et juillet 1905; une dernière délibération à la Chambre eut lieu les 12 et 13 juillet et la promulgation fut faite au JO le 14 juillet 1905.

Une des questions qui se posèrent dès les premiers jours de la discussion porta sur la nature de la prestation qui serait servie aux intéressés. Qu'il y ait des nécessiteux, aucun doute; des nécessiteux "méritants" et non des vagabonds incorrigibles (voir ci-dessus) n'était pas moins certain; que les vieillards incapables d'un travail rémunérateur en aient constitué la part la plus importante, voilà qui était plus exact encore. Mais qu'y faire, comment y remédier? Il existait au moins trois moyens de pourvoir à certaines misères: la bienfaisance, autrement nommée sous un vocable religieux, charité; l'assistance, institution officielle visant à apporter une aide obligatoire sous certaines conditions; l'assurance, contrepartie individuelle automatique d'une contribution (cotisation) versée antérieurement. La mise sur pied d'une assurance sera, notamment, défendue par certains socialistes ou solidaristes, mais rejetée par la majorité d'abord de la commission concernée puis de la Chambre, qui arguaient de la discussion en cours autour des retraites ouvrières. Ainsi, Léon Mirman[10] défendait-il au départ le principe de l'assurance:

> La commission, considérant qu'il est du devoir de la République d'instituer un service public de solidarité sociale.
>
> Que cette solidarité diffère essentiellement de la charité et de l'assistance en ce qu'elle doit donner aux intéressés définis par la loi le droit aux pensions de retraites et le moyen légal de faire valoir ce droit.
>
> [...] Qu'en conséquence, d'une part, au point de vue de la répartition des avantages, elle doit étendre ses bienfaits sur tous les membres de la nation, hommes et femmes dans quelque état social qu'ils aient vécu, qu'ils aient travaillé à leur compte ou au compte d'autrui et sans autre distinction que celle résultant de leur état physique (âge ou invalidité) et de leurs ressources.
>
> [...] Décide d'établir sur ces bases un projet d'assurance et de solidarité sociales pour la vieillesse et l'invalidité et de diriger ses travaux en ce sens[11].

Mais la commission préféra envisager d'abord la création d'une obligation d'assistance. L'assurance obligatoire se heurtait encore à un nombre élevé d'oppositions, venues aussi bien des employeurs que des syndicats ouvriers[12]. Ces derniers récusaient en particulier tout système reposant, même partiellement, sur une cotisation ouvrière, prélevée sur de maigres salaires[13].

A qui devait être donnée cette *assistance*? Lors du débat parlementaire, l'âge ne fut pas privilégié, au profit de l'absence de ressources. C'est surtout le Sénat, sans doute pour des raisons purement financières, qui refusa de prendre en considération l'âge comme critère essentiel. Lorsque le texte revint devant la Chambre en 1905, celle-ci, comme c'était souvent le cas, s'inclina et vota l'ensemble sans amendements afin de ne pas entamer une nouvelle navette. Mais Léon Mirman avait tenté d'infléchir cette position avec ces arguments:

> Qu'est-ce que la Chambre avait voulu par l'art. 1er du projet? Elle avait voulu une pension modeste fût accordée, d'une part, aux personnes de tout âge ayant justifié de leur invalidité et, d'autre part, aux vieillards de 70 ans. Pour ceux-ci, le texte de l'article premier avait été rédigé de telle sorte que l'on ne devait leur demander d'autre justification que celle de leur âge; ils n'avaient pas à faire preuve de leur invalidité.
>
> Le Sénat a, sur ce point détruit votre texte. Vous aviez dit que tout vieillard de 70 ans, privé de ressources, avait le droit, par son âge seul, ne fût-il pas invalide, de se présenter devant la nation et de recueillir la modeste pension que la commune, le département et l'État devaient lui accorder.
>
> Désormais, d'après le texte du Sénat, pour savoir si l'on doit accorder une minime pension à un vieillard, on ira rechercher s'il est invalide. Vous n'aviez pas voulu qu'il en fût ainsi; vous n'aviez pas voulu que lorsque ce vieillard de 70 ans se présenterait, on discutât sur la possibilité qui lui resterait de se livrer à un travail quelconque; vous aviez décidé qu'on l'admettrait du moment où ses ressources ne dépassaient pas les limites fixées par l'art. 29[14].

Débattre de la question de savoir si l'âge – et l'âge seul – donnait droit à assistance montre bien que l'on était au seuil d'un changement de mentalité. Bien que la loi de 1905 ne portât pas sur une assurance mais sur un système d'assistance, convenir qu'au-delà d'un certain âge le citoyen avait *droit* au secours de l'ensemble de la société constituait une petite révolution: le nombre de personnes âgées devenait tel que leur sort et leur statut méritait la création d'une classe, d'une catégorie spécifiquement identifiée et définie. D'ailleurs, trois ans après le vote de la loi, Clemenceau, chef du gouvernement et ministre de l'Intérieur, en faisait changer les dispositions par la loi rectificative du 31 décembre 1907. Quinze jours plus tard, il précisait aux préfets, par circulaire, qu'il convenait d'attribuer désormais l'assistance sur le seul critère d'âge:

> Le vieillard de soixante-dix ans encore valide, devait donc être écarté. Son droit au repos n'était point reconnu par la loi. [...] désormais [...] Tout Français privé de ressources, soit âgé de plus de soixante-dix ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable qui le rend incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence, reçoit aux conditions ci-après, l'assistance instituée par la présente loi. [...]

Les vieillards de soixante-dix ans si verts, si robustes qu'ils soient restés, devront être admis à la seule condition qu'ils soient privés de ressources[15].

Le Tigre, alors âgé de 67 ans mais qui n'avait nul besoin de secours publics, posait bien le problème: avoir 70 ans rendait un homme en droit de se reposer sans lui imposer de travailler comme un forçat jusqu'à sa mort, simplement pour ne pas mourir de faim et de froid. Le député radical Charles Dumont, auteur de l'amendement modifiant la loi parlait de l'institution d'un "droit légal au repos", notion fondamentalement nouvelle.

Outre la question de l'âge en tant que facteur déclenchant obligatoire du droit à l'assistance, le débat porta sur la part à réserver à la bienfaisance privée, la droite insistant sur les origines chrétiennes du principe d'assistance, mais aussi sur la toute puissance qui allait être conférée aux commissions communales, sur les dépenses exorbitantes qui ne manqueraient pas de surcharger les collectivités locales, etc. A la tribune, le libéral Gailhard-Bancel, l'abbé démocrate Lemire plaidèrent pour une œuvre d'assistance s'appuyant davantage sur les syndicats professionnels et le mouvement mutuelliste. Des hommes de droite plus marqués, Fernand de Ramel, le marquis de l'Estourbeillon soulignèrent la sollicitude de l'Ancien Régime pour les vieillards et les invalides sans ressources. Le marquis de La Ferronays affirma que la loi allait poser aux communes d'insolubles problèmes financiers:

Je ne conteste donc ni l'utilité ni l'urgence des dispositions législatives dont nous sommes saisis; seulement, ce qui m'effraye, c'est la répercussion que leur application aura sur la situation financière non seulement des petites communes, mais même des communes moyennes. [...] C'est là une conséquence très grave, très dangereuse, elle a besoin d'être étudiée plus complètement qu'elle ne me paraît l'avoir été et c'est la raison pour laquelle, à mon grand regret, je ne crois pas devoir voter le passage à la discussion des articles (*Très bien! Très bien! À droite*)[16].

Rares furent les orateurs à contester le principe même de la loi. Il y en eut toutefois, à commencer par le jeune Pierre Arnal (30 ans), issu d'une famille de négociant, officier démissionnaire (en raison de l'Affaire Dreyfus), économiquement ultralibéral, qui vit dans la loi la première étape qui devait conduire à l'instauration d'un système d'assistanat universel, d'un système socialiste. Les arguments utilisés ont une étrange résonance actuelle en ces débuts du XXIe siècle:

Mais, me direz-vous, il n'est pas du tout question de voter une loi sur les pauvres; nous ne nous occupons aujourd'hui que d'une loi d'assistance légale en faveur des vieillards, des infirmes et des incurables. Mais j'ai le droit de vous demander ce que vous ferez demain:

après avoir assisté tous ceux qui n'ont pas la force de travailler, voudrez vous assister tous ceux qui ayant la force n'en ont pas les moyens, vous réservant peut-être d'assister un jour tout ce qui, ayant la force et les moyens de travailler, n'en ont pas la volonté? [...]

[...] Vous serez obligés de renoncer à votre idée d'obligation communale [...] et d'avoir recours à l'obligation nationale. Ce jour-là sera un nouveau triomphe pour la minorité socialiste, et l'État sera sur le point de devenir exactement ce qu'a défini Bastiat, c'est-à-dire la grande fiction à travers laquelle tout le monde s'efforce de vivre aux dépens tout le monde[17].

Toutefois, au bout du compte, malgré une importante bataille d'amendements, le vote final fut acquis par la majorité écrasante de 552 voix contre 3, 24 députés s'étant volontairement abstenus, la plupart très marqués à droite. Amendée, notamment sur le point essentiel (pour les vieillards!) que l'on a évoqué[18], la loi revint devant la Chambre en 1905; elle estima que mieux valait une loi imparfaite que pas de loi du tout et le texte fut voté et promulgué pour devenir la loi du 14 juillet 1905.

2.4
Les principes de l'assistance

Les principes étaient clairs. Avaient droit à l'assistance les vieillards (on laissera ici de côté les invalides de moins de 70 ans) privés de ressources et – jusqu'en 1908 mais plus ensuite, incapables de travailler. La question, très "d'époque" fut âprement débattue de savoir quelles ressources devaient ou non être prises en compte pour ne pas avantager les imprévoyants au détriment de ceux qui avaient fait toute leur vie un effort d'épargne. On convint que les ressources du travail et de l'épargne, en dessous d'un plafond, ne seraient pas déduites de l'allocation:

Au cas où la personne admise à l'assistance dispose déjà de certaines ressources, la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources. Toutefois, celles provenant de l'épargne, notamment d'une pension de retraite que s'est acquise l'ayant droit, n'entrent pas en décompte si elles n'excèdent pas soixante francs.

[...] Les ressources fixes et permanentes provenant de la bienfaisance privée entrent seules en décompte jusqu'à concurrence de moitié avec la même limite maximum de 480 francs[19].

Là encore, le ministère Clemenceau alla plus loin en clarifiant les choses: «Les ressources pouvant provenir du travail des vieillards de soixante-dix ans n'en-

trent pas en compte»[20]. Ceux-ci pouvaient donc recevoir une allocation *et* la cumuler avec les revenus d'un travail.

En revanche, les revenus provenant de l'obligation alimentaire définie par le code civil, de même que les (improbables) revenus d'un capital autre que provenant d'un effort d'épargne seraient intégralement déduits de l'allocation et pouvaient donc entraîner l'exclusion complète de l'intéressé de la population appelée à bénéficier de l'assistance.

Par ailleurs, l'organisation de l'assistance se faisait exclusivement sur une base communale[21] (art. 2). D'où le rôle central de la notion de "domicile de secours"[22]. C'est la *solidarité du groupe territorial de base* qui s'exprime en faveur des vieillards incapables de travailler (ou des "incurables"). Cinq ans de résidence étaient nécessaires, contre un an dans la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et on ne pouvait acquérir un nouveau domicile de secours après 65 ans. Le but était clairement de créer une communauté solidaire locale par l'habitude, la résidence et la durée et d'empêcher les exodes tardifs vers des villes-refuge:

> C'est en première ligne la commune où l'assisté a son domicile de secours. L'application du principe traditionnel en France, constamment proclamé par le Conseil supérieur de l'assistance publique, que l'assistance est communale, s'imposait d'autant plus ici qu'il importe pour le discernement de la véritable misère, des véritables besoins, de rapprocher l'autorité originellement responsable de la personne assistée; celle-ci, surtout s'il s'agit d'incurables ou d'infirmes, restera souvent à la charge de la société et il serait malaisé de faire cesser les secours une fois accordés. Le plus sûr moyen d'éviter que les fonds demandés aux contribuables soient employés mal à propos, ou, en sens contraire, que leur emploi n'aboutisse qu'à un soulagement dérisoire, c'est d'intéresser à la désignation des bénéficiaire la collectivité au milieu de laquelle se produirait le scandale si l'assistance était donnée soit trop libéralement, soit trop parcimonieusement[23].

Mais:

> On a considéré que le délai de résidence devait être porté à cinq ans afin d'empêcher les exodes précipités sur les départements plus généreux ou les communes plus disposées, à raison de l'abondance de leurs ressources, à laisser grossir leur liste d'assistés ou à élever le chiffre de l'allocation mensuelle[24].

Enfin, l'assistance se faisait soit à domicile, avec perception directe du secours, soit à l'hôpital, mais cette solution ne pouvait jamais être préférée, elle était à la fois plus traumatisante pour l'intéressé et plus coûteuse pour la collectivité. Elle s'imposait toutefois dans certains cas.

2.5
L'application de la loi: exemples urbains

Malgré ses défauts et ses ambigüités, la loi de 1905 représenta statistiquement un succès considérable. Dès 1908, année de son entrée en vigueur, elle s'appliqua à près de 450.000 personnes, dont une minorité (moins de 100.000) de sujets âgés de moins de 70 ans. En 1912, on monta à 542.000 individus, dont 472.000 septuagénaires et plus. Cela représentait 22% des personnes de cette classe d'âge et les dépenses se chiffraient à 106 millions de francs, soit 49% du total des débours d'assistance publique et 2,3% du revenu national global, somme considérable[25].

Concrètement, les situations locales furent très variables mais à l'intérieur d'un cadre assez strict, imposé par la loi. A Rennes, ville de plus de 75.000 habitants en 1906 et de près de 80.000 en 1911, le conseil municipal estimait fin 1905[26] la somme indispensable pour vivre à 20 francs par mois soit 240 par an, ainsi répartis: 160 pour la nourriture, 40 pour le logement, 20 pour le chauffage, 20 pour l'habillement. Il s'agissait d'ailleurs là du taux maximum fixé par l'article 20 de la loi, sauf dérogation approuvée par le ministre. Ce sont des chiffres très bas[27]. Lorsque de terribles inondations dévastèrent Rennes en 1881, l'enquête préalable à l'indemnisation des sinistrés donnait souvent le loyer payé par ceux-ci. Il s'agit d'une population pauvre: les quartiers touchés sont les bas-quartiers, les Rennais aisés habitant sur les hauts de la ville. Or, la moyenne des loyers connus est de 149 francs, la médiane de 100, le premier quartile se situe à 75 francs! Seuls trois loyers sur 180 ont un niveau de 40 francs et moins![28] Quant à la nourriture, on peut ne pas mourir de faim avec 40 centimes par jour, mais à condition de se contenter d'un menu plus que frugal: un kilo de pain coûte en 1906, 37 centimes par jour, un kilo de lentilles aussi, un kilo de pommes de terre, 0,17 francs. Mais le jambon est à un franc, la morue à 1,40, la douzaine d'œufs à 1,60 et le litre d'huile à 1,80[29]. Ne parlons pas de la viande de bœuf, du beurre ou du café (3,80 francs le kilo).

Le nombre de vieillards secourus dans ces conditions nous est très exactement connu, la loi ne laissant pas aux municipalités la possibilité d'être imprécises. La loi entrait en vigueur le 1er janvier 1907. Le 25 mars, le maire de Rennes présentait à son conseil le bilan suivant. On comptait:

– 495 demandes de personnes non hospitalisées, ayant leur domicile de secours à Rennes et y résidant, plus 22 demandes diverses;
– 575 hospitalisés sollicitant leur maintien à l'hôpital;
– soit 1.092 personnes. Mais il fallait en déduire 21 décès, 21 demandes rejetées et 14 ajournées. Le maire proposait donc d'admettre à l'assistance 1.036

personnes[30], soit 1,38% de la population de la ville. C'était une proportion légèrement supérieure à la moyenne nationale (1,15%).

Un rectificatif fut présenté le 12 avril. A cette occasion, le maire fit preuve d'une attitude restrictive très caractéristique et que l'on retrouve peu ou prou dans toutes les villes (sans parler des petites communes). Ainsi présenta-t-il comme injustifiée la demande d'un homme seul et sans charges qui travaillait pour la somme de 2,50 francs par jour. C'est justement ce genre de cas que la loi rectificative du 31 décembre 1907 visera (voir plus haut). Mais d'autres motifs de rejet étaient souvent avancés:

> Le nommé Tessier ne paraît plus avoir droit à l'Assistance. Il est âgé de 55 ans, est garçon d'écurie chez M. Daguenaud, boulanger, avenue du Mail. Il est logé, nourri et blanchi, mais ne reçoit aucun salaire. Dans ces conditions, l'allocation de 20 francs par mois qui lui avait été accordée ne semble pas devoir être maintenue.
>
> Le nommé Girard est âgé de 58 ans, il exerçait autrefois la profession de charpentier, mais depuis longtemps il ne travaille plus: c'est un fainéant et un ivrogne qui a subi plusieurs condamnations pour mendicité et ivresse; il n'a pas de domicile fixe et importune grossièrement les passants dans les rues [...]. Girard reçoit une allocation mensuelle de 5 francs; il a semblé à la Commission d'assistance qu'il n'était digne d'aucun intérêt, c'est pourquoi elle vous demande prononcer sa radiation[31].

Au 31 décembre 1910, la loi était montée en puissance mais le total n'avait guère varié à Rennes: 1.020 assistés, dont 541 au seul bénéfice de l'âge, 197 infirmes (dont 126 de plus de 60 ans), 282 incurables, dont 193 de plus de 60 ans. La proportion des "vieillards" purs était donc très sensiblement inférieure à la moyenne nationale pour les raisons que l'on va voir. Ces 541 personnes représentaient entre un cinquième et un sixième des septuagénaires de la commune, ce qui n'a rien de négligeable, car cela ne veut pas dire que tous les autres étaient "aisés". D'ailleurs, un très grand nombre de ceux-ci travaillait pour vivre, et la première année d'application de la loi (1907), cette population n'avait pas droit à l'assistance. L'enquête de police sur les sinistrés de 1881 montre que tous les septuagénaires concernés, sauf une "mendiante", travaillaient pour des salaires compris entre 1 et 2,5 francs par jour (tonnelier, jardinier, charpentier, laveuse et même un… vidangeur de 70 ans). Il n'est pas sûr que cela ait beaucoup changé en 1910. Sur le total des assistés cette année-là, 77 individus touchaient de 5 à 10 francs, 108 de 10 à 15, 61 de 15 à 20, 371 plus de 20 francs, mais 383 bénéficiaient quand même d'une allocation dérogatoire (légèrement) supérieure[32].

La comparaison avec d'autres cas montre la diversité signalée plus haut, dans le cadre imposé. Au Havre, ville plus importante (132.000 habitants),

on comptait 1.213 assistés à la même date, soit 0,91% de la population! La répartition se faisait davantage en faveur des maintenus à domicile (768 contre 445 hospitalisés), solution nettement moins coûteuse[33]. Il est difficile d'expliquer le fait, sinon par la pression des autorités en faveur du moindre coût. De plus fortes solidarités familiales pourraient de même expliquer le nombre moindre des demandes, donc des inscriptions. Par ailleurs, on ignore combien de ces 1.213 personnes avaient plus de 70 ans. Mais à Saint-Etienne, autre ville ouvrière, minière celle-là, la liste compte en 1909, 4.730 noms, pour une population de 146.000 habitants, soit 3,23% ou 3,09% selon la population considérée!

Le rapport du Bureau de bienfaisance de la ville, donnait à titre de comparaison les chiffres pour les principales communes du département de la Loire. Le tableau est édifiant: les variations sont considérables, de 0,75% à 3,73%. Les raisons n'en sont guère obscures: les grandes villes (Saint-Etienne, Roanne), les villes minières ou industrielles (La Ricamarie, Panissières, Chazelles-sur-Lyon) ont le plus grand nombre de vieillards ou d'invalides assistés. La misère est plus évidente ou peut-être moins absorbée par les solidarités traditionnelles du monde rural quels que soient les immenses défauts de celles-ci. Cela serait confirmé par la proportion infiniment plus forte, pour Saint-Etienne, d'assistés à domicile: 4.213 contre 330 hospitalisés, moins qu'à Rennes (les autres étant proposés pour le rejet). C'est donc bien la misère et non la totale dépendance – ou bien avant elle – qui "fait l'assisté". Notons aussi que, plus encore qu'à Rennes, les invalides et incurables, bien qu'assistés à domicile, représentent un part non négligeable des assistés, 51% des effectifs, les vieillards seulement 49%. L'industrie crée la misère et n'allonge pas l'espérance de vie. Ce sera un des principaux arguments de certains socialistes et de presque tous les syndicalistes pour rejeter la loi sur les retraites ouvrières de 1910[34]. Notons enfin que la répartition femmes/hommes est très marquée. En 1909, les femmes représentaient 64% de l'ensemble, ce qui semble assez logique, soit parce que les hommes étaient morts avant, soit que les femmes ayant beaucoup moins travaillé que les hommes au cours de leur vie disposassent d'encore moins de ressources, surtout si elles étaient célibataires ou veuves[35].

Où se situent donc les gros bataillons de vieillards qui constituent d'après les statistiques nationales la forte majorité des bénéficiaires? Dans les campagnes, les bourgs et les petites villes. A Combourg, gros bourg ou petite ville d'Ille-et-Vilaine à 40 km au nord de Rennes (5.075 habitants en 1915), on compte à cette date 76 assistés, soit 1,5% de la population, proportion légèrement supérieure à celle du chef-lieu, mais sur ce nombre, 67 vieillards de plus de 70 ans, ce qui n'a rien à voir avec le cas des grandes villes[36]. Que

les régions rurales aient eu proportionnellement beaucoup plus de vieillards à assister peut s'expliquer par la surmortalité urbaine mais aussi (surtout?) par l'absorption des infirmes et des incurables par le système hospitalier ou para-hospitalier urbain.

La loi de 1905 constituait une avancée réelle dans la prise en compte des devoirs de la société à l'égard de ceux qui, du fait de leur âge ou de leurs infirmités, ne pouvaient vivre de leur travail. Elle fut pratiquement la seule à pourvoir à ces drames jusqu'à l'institution de la "Retraite des vieux" par le régime de Vichy en 1941. Mais dès les années 1920, l'inflation rendit encore plus faible, voire dérisoire, l'ampleur du secours reçu. Il fallut reprendre la construction d'un système d'assurance, à peine esquissé par la loi sur les retraites ouvrières de 1910 et qui trouva son épilogue provisoire avec la création de la Sécurité sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Notes

1. Cette question a fait l'objet de travaux importants depuis trente ans. Citons, notamment: H. Hatzfeld, *Du Paupérisme à la Sécurité sociale, 1850-1940. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Presses Universitaires de Nancy, Nancy 1971; C. Bec, *Assistance et République. La recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République*, Les Éditions de l'Atelier, Paris 1994; Ead., *L'assistance en démocratie. Les politiques assistantielles dans la France des XIXe et XXe siècles*, Belin, Paris 1998; É. Feller, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960. Du vieillard au retraité*, Seli Arslan, Paris 2005.

2. *Coran*, Sourate XCVIII, *La Preuve décisive*, verset 5.

3. "Retraites" au sens "lieux de retraites", non "pensions de retraites".

4. La Rochefoucauld veut dire que les personnes ayant cotisé seraient accueillies dans des lieux où ils pourraient vivre tranquilles moyennant un "loyer" très inférieur à son coût réel.

5. Sur la question du débat entre assurance et assistance, D. Renard, *Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française*, in "Genèses. Sciences sociales et histoire", 18, 1, 1995, pp. 30-46.

6. "Journal Officiel de la République Française" (ci-dessous JO), *Débats parlementaires*, *Chambre*, 1er février 1884, p. 248.

7. JO, *Documents parlementaires*, *Sénat*, 1904, annexe n. 43, p. 42, Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés.

8. *Ibid*.

9. Ivi, p. 50.

10. Léon Mirman (1865-1949), député socialiste dès 1893, directeur à partir de 1905 de l'Assistance et de l'hygiène publique comme l'avait été Monod. Cette fonction fut l'embryon du futur ministère de la Santé.

11. JO, *Débats parlementaires*, *Chambre*, séance du 27 mai 1903, p. 1746.

12. Sur cette question, voir D. Renard, *Assistance et assurance*, cit., pp. 30-46.

13. Voir Feller, *Histoire de la vieillesse*, cit., pp. 247 ss.; Hatzfeld, *Du Paupérisme*, cit., pp. 229-61. Aussi, B. Dumons, G. Pollet, *Les socialistes français et la question des retraites (1880-1914)*,

in "Vingtième Siècle. Revue d'histoire", 38, 1, 1993, pp. 34-46; Id., *Une contre-société ouvrière en lutte: la CGT et le débat sur les retraites, fin XIX^e^-débuts XX^e^ siècle*, in "Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine", 44, 2, 1997, pp. 228-51.

14. Cité par J.-B. Duvergier, *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements, avis du conseil d'État*, Librairie de la Société du Recueil Général des Lois et des Arrêts, Paris 1905, p. 437.

15. "Bulletin Officiel du Ministère de l'Intérieur", 1908, Direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 3^e^ bureau, circulaire du 15 janvier 1908, pp. 54-8.

16. JO, *Débats parlementaires*, *Chambre*, séance du 27 mai 1903, p. 1759.

17. Ivi, p. 1750.

18. Mais supprimé dès 1908.

19. Loi du 14 juillet 1905, art. 20.

20. Art. 36 de la loi du 31 décembre 1907. Cette loi est d'ailleurs une loi budgétaire rectificative, fourre-tout, et où l'assistance aux vieillards n'occupe qu'une infime partie.

21. Avec éventuellement une subvention départementale, indispensable pour les petites communes sans ressources.

22. Voir D. Renard, *Une définition institutionnelle du lien social: la question du domicile de secours*, in "Revue Française de Science Politique", 38, 3, 1988, pp. 370-85.

23. Assistance et hygiène publiques, *Assistance aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources. Loi du 14 juillet 1905 avec les décret du 14 avril 1906, circulaire du 16 avril 1906 et les projets, modèles et annexes se rattachant à cette législation*, Librairie administrative Paul Dupont, Paris 1906, p. 272 (il s'agit en fait d'un commentaire très détaillé sur le texte de loi et ses applications).

24. Ivi, p. 274.

25. Voir Feller, *Histoire de la vieillesse*, cit., pp. 182 ss.

26. Archives Municipales de Rennes (AMR), 5 Q 12, séance du conseil municipal du 5 décembre 1905.

27. La ville était libre de déterminer une somme inférieure, ce qu'elle faisait assez souvent.

28. AMR, I 65. Chiffres provenant de nos calculs à partir de l'enquête de police.

29. Prix tirés des *Annuaires* de la Statistique Générale de la France, Imprimerie nationale, un vol. par an.

30. AMR, 5 Q 12, séance du Conseil du 25 mars 1907.

31. AMR, 5 Q 12, Conseil municipal, 18 octobre 1907.

32. AMR, 5 Q 12, État n. 1 dressé par les services municipaux pour 1910, 21 mars 1911.

33. Ville du Havre, *Bulletin municipal. Procès-verbal des séances, Séance du 11 février 1907*, Le Havre 1907.

34. Bureau d'assistance de la ville de Saint-Etienne, *Le fonctionnement à Saint-Etienne de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables*, *Rapport présenté le 2 février 1909 à la Commission administrative du Bureau d'assistance par M. Paul Ponceton, son Vice-Président*, Saint-Etienne 1909.

35. A Rennes, nous n'avons que le tableau des hospitalisés. Il donne 377 femmes pour 208 hommes, soit 65/35 (nos calculs d'après les listes établies en février 1906, AMR, 5 Q 12).

36. Archives Départementale d'Ille-et-Vilaine, 5 Z 75, cité par Feller, *Histoire de la vieillesse*, cit., p. 186.

3

L'anziano in città: reti di aiuto, accessibilità dei servizi e percezione del contesto urbano*

di *Emilia Arcaleni*, *Barbara Baldazzi*

3.1
La qualità della vita: indicatori soggettivi e oggettivi e ricerca sociale partecipata

L'anziano nella città rappresenta una sfida per le politiche di governo delle amministrazioni comunali e nel contempo una risorsa per la vita quotidiana cittadina. Nel corso degli ultimi anni si è assistito in Italia, come nel resto d'Europa, a un processo crescente di invecchiamento della popolazione e, in particolare, a un aumento della percentuale di persone anziane anche nei contesti cittadini. Tutto ciò determina un'attenzione particolare da parte degli *urban designers*, come dei *policy makers*, verso un'appropriata qualità della vita urbana per tutte le categorie di soggetti sociali, in particolare per gli anziani, che vivono la città.

Con qualità della vita, usualmente si intende

> il grado di accordo che c'è tra quello che una persona desidera e quello che ha, con un'enfasi rivolta soprattutto alle componenti esterne, come i fattori ambientali o economici. In contrasto con il benessere soggettivo (*subjective well-being*) che è basato sulle esperienze di vita soggettive, la qualità della vita di un individuo è spesso espressa con variabile "oggettive". […] Tuttavia, alcuni studiosi definiscono la qualità della vita in termini più ampi, includendo non solo circostanze oggettive ma anche percezioni personali, pensieri, sentimenti, combinando contemporaneamente misure oggettive e soggettive[1].

In realtà vi è un'interazione costante tra modo di vivere e modo di percepire, che determina le condizioni reali di qualità della vita[2]. Inoltre, la dimensione

* L'articolo è frutto di una ricerca congiunta delle due autrici. Tuttavia possono essere attribuiti a Barbara Baldazzi i PARR. 3.1, 3.4, 3.5 e ad Emilia Arcaleni i PARR. 3.2, 3.3, 3.6, 3.7.

soggettiva della qualità della vita non può essere definita con connotazioni univoche poiché subisce un'evoluzione in funzione degli stadi del ciclo di vita[3]. Numerose ricerche hanno infatti evidenziato che il livello di benessere percepito è fortemente correlato con le variabili demografiche[4], come il sesso e l'età. Inoltre, una ampia ricognizione degli studi condotti sulla percezione del benessere in età avanzata[5] delinea alcune variabili rilevanti: la salute, l'attività domestica, l'attività sociale, il reddito, la partecipazione religiosa, le condizioni abitative, lo stato civile, il sesso, l'età, il lavoro o il pensionamento.

Quindi l'ambiente in cui si vive incide fortemente: con soddisfazione della qualità della vita urbana. McCrea[6] indica la soddisfazione del vivere urbano, la quale influenza e determina il benessere in tutte le sfere di vita. Solitamente, la soddisfazione viene esaminata attraverso caratteristiche oggettive rilevate nell'ambiente urbano. Nello stesso lavoro, inoltre, si pone l'accento sulla necessità da parte dei pianificatori di guardare anche a come le loro decisioni possono ripercuotersi sulla soddisfazione del vivere urbano dei residenti. M. Duhly e N. Swartz[7] riportano le principali caratteristiche che devono avere gli indicatori per scopi sociali di politica pubblica in contesti di comunità: chiarezza, livelli successivi di aggregazione (dal vicinato alla regione e così via), possibilità di essere riproposti nel tempo, ma soprattutto la possibilità di essere misurati nelle loro dimensioni oggettiva e soggettiva.

La combinazione dei fattori di ambiente esterno (città) e di qualità della vita degli anziani delinea uno schema interpretativo a tre livelli[8]: il primo livello è quello della quotidianità, della contiguità fisica e della relazione diretta con gli altri (parenti, amici); il secondo livello riguarda l'ambiente circostante inteso in termini fisici di comunità, di vicinato (azioni-relazioni con servizi e funzioni come ad esempio farmacie, trasporti, ASL ecc.); il terzo e ultimo livello, infine, è quello dell'identificazione-partecipazione che attiene alle decisioni politiche e normative che investono l'intera popolazione.

Nella città, gli ambiti della quotidianità sono più complicati per gli anziani: spesso i figli, lasciata la famiglia d'origine, vanno a vivere in altri quartieri o fuori città, i rapporti con il vicinato possono essere meno coinvolgenti e di minore supporto e i servizi sul territorio, anche se ben strutturati, possono non essere facilmente raggiungibili o risultare insufficienti.

L'approccio seguito in questo lavoro ha l'obiettivo di fornire alcuni indicatori, basati su dati oggettivi e soggettivi, che ripercorrono lo schema presentato, concentrandosi sui primi due livelli di studio della qualità della vita dell'anziano in città. È evidente lo sforzo per sistematizzare l'informazione in modo da fornire indicatori pertinenti e dotati di capacità discriminate. La

scelta di avvalersi di indagini svolte direttamente sulle famiglie rientra nella volontà di evidenziare il contributo soggettivo dell'utente finale (il cittadino anziano in questo caso). Sono stati scelti indicatori soggettivi (valutazioni, percezioni, desiderata dei cittadini ecc.) accompagnati da indicatori oggettivi (di fatti e avvenimenti) rilevati, comunque, direttamente sui cittadini, in un'ottica di ricerca sociale partecipata[9].

3.2
Una fonte di informazioni sull'anziano: le indagini sociali dell'ISTAT

Gli indicatori sulla vita degli anziani in città sono stati costruiti dai risultati di alcune indagini ISTAT appartenenti al sistema di indagini sociali denominato "Multiscopo"[10]. In particolare, l'indagine *Aspetti della vita quotidiana* rileva dal 1993, annualmente, gli stili di vita delle persone e una varietà di informazioni sui comportamenti individuali e familiari dei residenti in Italia. Indaga anche la soddisfazione per i servizi pubblici, quali trasporti, farmacie, uffici comunali. Nel corso dell'indagine del 2007 è stato intervistato un campione di 19.170 famiglie, per un totale di 48.253 persone (con un rapporto sulla popolazione complessiva poco inferiore ad uno su mille). Per l'analisi sugli anziani ci siamo soffermati sulle risposte fornite dal sottocampione di persone di 65 anni e più.

L'indagine è il nucleo centrale del sistema Multiscopo, che è composto da altre sei indagini campionarie, comunemente realizzate a cadenza quinquennale e aventi una struttura organizzativa e metodologica unitaria. Ciascuna di queste è dedicata ad uno specifico ambito tematico: le condizioni di salute, la sicurezza, la fruizione culturale, l'uso del tempo, i comportamenti turistici, le trasformazioni familiari. Il sistema Multiscopo, nel suo complesso, risponde alla domanda di informazione derivante dalle trasformazioni economiche, sociali e demografiche che coinvolgono vasti strati della popolazione, colmando con indicatori oggettivi e soggettivi il vuoto informativo su alcuni argomenti che sfuggono alle rilevazioni amministrative.

Assieme all'indagine annuale *Aspetti della vita quotidiana*, risulta attinente agli scopi della nostra analisi anche l'indagine Multiscopo quinquennale *Famiglia e soggetti sociali*, che misura le trasformazioni familiari e demografiche in corso in Italia e descrive le reti parentali e di aiuto[11].

I dati demografici italiani più recenti (2007) riportano l'allungamento della vita media e la continua crescita della componente anziana della nostra popo-

lazione[12]. Si stima che nella Penisola gli uomini vivano in media 78,6 anni e le donne 84,1[13]. Inoltre, si calcola che sul territorio nazionale vivano 11,55 milioni di persone di 65 anni e oltre, ovvero il 19,7% della popolazione complessiva[14]. Oltre un terzo (36,4%) delle famiglie residenti ha almeno un componente che ha raggiunto o superato i 65 anni, mentre il 18,9% ha almeno un componente di 75 anni e più e il 10,7% ha almeno un componente di 80 anni e più.

La maggiore quota di persone anziane si rileva nei centri metropolitani[15] e nei comuni di piccole dimensioni, dove gli anziani rappresentano rispettivamente il 23,1% e il 20,3% degli abitanti. Gli stessi sono invece meno densamente distribuiti nelle cinture metropolitane (dove rappresentano il 16,3% dei residenti) e nei comuni di medio-grandi dimensioni (19%). A seconda della dimensione e della tipologia del comune in cui l'anziano vive, variano molto i suoi impegni quotidiani, gli stili di vita e il contesto parentale in cui è inserito, come l'analisi successiva mostrerà.

3.3
Il contesto abitativo della persona anziana

La casa è il luogo centrale della vita degli anziani: in un giorno essi restano mediamente in casa per 20 ore e mezza, rispetto alle 17 ore medie dell'insieme della popolazione. Il tempo trascorso nella propria abitazione cresce con l'aumento dell'età, e sono in particolare le donne anziane a rischiare la segregazione tra le mura domestiche, con circa 21 ore e mezza rispetto alle 19 degli uomini anziani[16].

Gli anziani vivono più spesso in case di proprietà o in uso gratuito, rispetto alle persone di età più giovane. Vive, infatti, in casa di proprietà/uso gratuito l'84,5% delle famiglie con almeno un anziano, rispetto al 77,8% delle famiglie senza anziani. La condizione abitativa delle famiglie con anziani appare però peggiore del resto delle famiglie. Ad esempio, le famiglie composte unicamente da anziani (incluse quelle in cui l'anziano vive da solo), pur vivendo con maggiore probabilità rispetto alle altre famiglie in una casa di proprietà o a titolo gratuito, lamentano spese per l'abitazione troppo alte[17] (il problema è sentito dal 63,4% di queste famiglie). Evidentemente le spese per l'abitazione legate ai consumi (acqua, elettricità, gas) hanno un impatto molto importante sulle entrate degli anziani, che sono mediamente più basse[18]. Fonti socio-economiche confermano che gli anziani concentrano la massima parte delle loro spese per le spese necessarie (abitazione, utenze e spese alimentari)[19]. Considera l'abitazione in cattive condizioni il 5,4% delle famiglie senza

anziani, il 6,1% delle famiglie di soli anziani, con una punta del 7,6% tra gli anziani che vivono soli. Giudica l'abitazione troppo distante da altri familiari il 21,3% delle famiglie di soli anziani: la quota è paragonabile alle famiglie senza anziani (22,9%): questo può essere spiegato da una ricerca reciproca di vicinanza, per bisogni diversi o speculari (anziani in cattive condizioni di salute e bisognosi di cure, oppure nonni baby-sitter). Non lamenta, invece, problemi con la dimensione dell'abitazione solo il 6,6% delle famiglie con anziani e altri membri, il 4,7% di quelle di soli anziani, rispetto al 16,3% delle famiglie senza anziani (che presumibilmente sono famiglie in crescita).

Nella sezione del questionario che approfondisce la situazione abitativa si rileva la percezione di problemi legati alla zona in cui la famiglia abita, con riferimento alla sporcizia nelle strade, alle difficoltà di parcheggio, alle difficoltà di collegamento con mezzi pubblici, traffico, all'inquinamento dell'aria, al rumore, al rischio di criminalità, agli odori sgradevoli, alla scarsa illuminazione delle strade e alle cattive condizioni della pavimentazione stradale. Risulta che gli anziani che vivono da soli (o solo con altri anziani) soffrono molto il traffico e il rumore della loro zona, soprattutto nei centri metropolitani (73,1% e 56,7% delle famiglie di anziani) e nei centri metropolitani lamentano anche sporcizia nelle strade e rischio di criminalità (59,3% e 59%), in misura maggiore rispetto alle altre famiglie. Le difficoltà di collegamento con mezzi pubblici, inoltre, sono sentite maggiormente dalle famiglie di anziani nelle cinture urbane (32,5%).

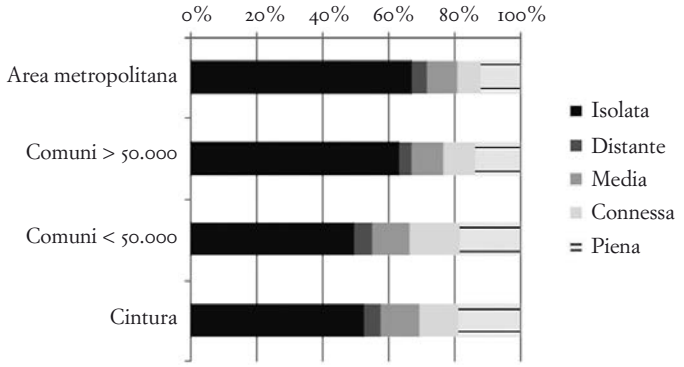
Emerge dunque una problematica particolarmente sentita dagli anziani che vivono nelle aree urbane, che è legata alle mediocri condizioni ambientali della zona abitata e ad una certa difficoltà di collegamento attraverso mezzi pubblici sia all'interno della città, sia soprattutto per coloro che vivono nelle periferie urbane e hanno necessità di raggiungere il centro metropolitano.

3.4
L'anziano e la rete parentale

La contiguità fisica con i figli e i parenti più stretti è comunemente un bisogno dell'anziano, non sempre però può essere soddisfatto, soprattutto nelle grandi città dove il mercato edilizio e la maggiore estensione e sfruttamento del territorio impediscono tali scelte residenziali. Un indice sintetico di *prossimità geografica*[20], che tiene conto della vicinanza dell'anziano ai parenti più stretti, conferma la difficoltà in città ad avere una contiguità fisica (FIG. 3.1): soltanto l'11,6% degli anziani che vivono in città beneficia di una prossimità geografica

piena rispetto ai parenti (quasi tutti i parenti vivono entro 1 km dall'abitazione dell'anziano), mentre il 67% ha una prossimità geografica *isolata* (nessun parente in vita o nessun parente che abita entro 1 km dall'anziano). La situazione inversa si riscontra, invece, per gli anziani che vivono in comuni con meno di 50.000 abitanti, dove il 18% presenta una prossimità geografica *densa*, mentre il 49,4% una prossimità geografica *isolata*.

FIGURA 3.1
Indice di prossimità geografica[a] degli anziani con la rete familiare per tipologia di comune



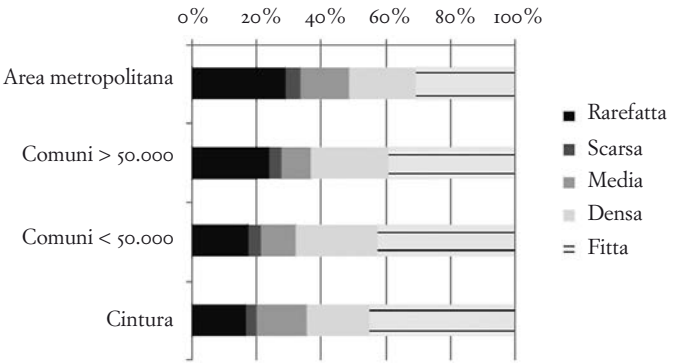
[a] Si veda nota 20.
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, *Famiglia e soggetti sociali*, 2003.

Anche se la frequenza degli incontri non si traduce necessariamente nella disponibilità al supporto e non informa sulla qualità e la forza della relazione, è stato calcolato anche un indice sintetico basato sulla *densità dei contatti*[21] tra l'anziano e i parenti più stretti. Sulla base di questo indice si può avere una visione d'insieme della compattezza della rete parentale (FIG. 3.2). Nonostante le distanze, si vede uno sforzo teso a recuperare i contatti tra anziani e figli, tra anziani e nipoti. Infatti, il 30,5% degli anziani che vivono nelle città metropolitane presenta una rete di parentela *fitta* (incontra più del 75% dei parenti almeno una volta a settimana); un valore che cresce per gli anziani che vivono in altri contesti territoriali (42,2% di anziani che vivono in comuni con meno di 50.000 abitanti). Nel contempo, si osserva un aumento della quota di anziani che hanno una rete *rarefatta* (nessun parente in vita o nessun parente incontrato almeno una volta a settimana) passando dai centri più piccoli alle grandi

città (il 17,2% di anziani che vivono in comuni con meno di 50.000 abitanti contro il 29% degli anziani che vivono nelle grandi città). Rimane consistente, quindi, la quota di anziani che non vede nessun parente.

L'indice sintetico di densità dei contatti mostra chiaramente come l'anziano in città risulti svantaggiato sul piano relazionale: inoltre, l'indice sintetico di prossimità geografica evidenzia come la mobilità dell'anziano in città debba essere una priorità per le politiche urbane.

FIGURA 3.2
Indice di densità dei contatti[a] con la rete familiare per tipologia di comune



[a] Si veda nota 21.
Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, *Famiglia e soggetti sociali*, 2003.

3.5
Gli anziani in città: uso e valutazione dei servizi

Il benessere soggettivamente percepito dall'anziano passa anche dalla fruibilità dei servizi. Un indicatore della vivibilità della città per il cittadino anziano è dato dalla percezione dell'accessibilità dei servizi al pubblico più importanti, quali farmacie, pronto soccorso, polizia/carabinieri, uffici postali, negozi ecc.[22]. Lo studio mostra che l'accesso ai servizi di pubblica utilità è più difficoltoso per le famiglie con anziani, e in particolar modo per le famiglie composte da soli anziani, per qualsivoglia servizio (TAB. 3.1). L'accesso è sempre più difficoltoso nelle cinture metropolitane rispetto ai centri metropolitani, per tutti i tipi di famiglia: le difficoltà diventano massime nei piccoli comuni (< 10.000 ab.).

TABELLA 3.1
Percentuale di famiglie che hanno molta difficoltà a raggiungere i servizi

	Famiglie senza anziani	Famiglie con anziani ed altri	Famiglie composte da soli anziani
Pronto soccorso	15,1	17,9	24,9
Polizia/carabinieri	7,3	9,7	14,7
Supermercati	5,2	6,7	12,4
Ufficio postale	4,5	5,8	10,2
Farmacia	3,3	4,5	8,9
Negozi alimentari, mercati	3,1	3,7	6,8

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana*, 2007.

L'orario di funzionamento dei servizi pubblici principali (uffici comunali, ASL e Poste) viene valutato positivamente dai cittadini: solo nelle aree metropolitane e nelle città di grandi dimensioni si assiste a qualche sentimento di scontento. Infatti, nelle aree metropolitane l'8,8% degli anziani ritiene scomodo l'orario degli uffici anagrafici/comunali/circoscrizionali, il 16,2% quello delle ASL e il 16,1% quello dei servizi postali, rispetto a percentuali molto più basse relative a tutti i comuni del paese (5,3%, 13,7% e 11,0%, rispettivamente).

Accanto alla valutazione della comodità dell'orario al pubblico, il questionario chiede un parere su alcune proposte di miglioramento dell'orario[23]. Il quesito è stato pensato per sondare le necessità e le preferenze di coloro che devono conciliare il lavoro con la famiglia, o degli anziani che preferiscono uscire in certi orari della giornata evitando l'affollamento. Le risposte date dalle persone anziane mostrano che gli anziani considerano generalmente soddisfacente l'orario di sportello di uffici comunali, ASL e uffici postali. Una quota significativa, compresa tra il 12% e il 19%, ritiene invece che dovrebbe essere previsto un orario continuato o un'apertura pomeridiana almeno qualche giorno a settimana: questo bisogno è maggiormente sentito nelle città metropolitane, dove è condiviso dal 20-26% degli anziani. Le critiche all'orario riguardano principalmente gli orari di sportello delle ASL, e in pari misura minore Comune e Poste.

3.6
Le attività dell'anziano e la mobilità in città

Gli anziani sono diversi tra loro: nella condizione di salute, negli interessi, nei livelli di istruzione, nella storia lavorativa, nei trattamenti di pensione e nel

tenore di vita del quale godono, nel grado di attività, nei consumi, nel ricorso ai servizi sociali e sanitari ecc.[24]. Le persone anziane sono abbastanza attive nel contesto urbano: sono di aiuto alle coppie giovani, soprattutto se hanno figli, hanno interessi (affettivi, culturali, lavorativi, di svago, sportivi, di volontariato ecc.). Inoltre, è cambiata la mappa degli aiuti: una volta i destinatari degli aiuti erano principalmente gli anziani, oggi gli anziani stessi sono sempre più *care givers* di famiglie con bambini. È proprio nella fascia di età 65-74 anni che si registra negli ultimi anni il massimo incremento di persone coinvolte attivamente nelle reti di aiuto informale: i *care givers* sono mediamente più anziani rispetto al totale della popolazione. Infatti, se vent'anni fa gli aiuti erano destinati prevalentemente ai propri genitori e ai genitori del proprio partner, oggi si aiutano sempre più spesso i figli e le loro famiglie[25]. Si registra anche una disponibilità degli anziani occupati a lavorare oltre i 70 anni[26], con la prospettiva di un *active ageing*, cioè invecchiare continuando ad essere attivi in qualche lavoro (anche se in pensione).

Una quota di costoro, inoltre, usufruisce delle offerte culturali e ricreative della città, e nelle città metropolitane – dove maggiori sono le offerte – maggiore è anche la percentuale di fruitori nelle classi di età anziane. Nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 12,7% delle persone di 65 anni e più è andato a visitare musei e mostre (22,6% nelle città metropolitane); l'11,2% a teatro (21,3% nelle metropoli); l'11,8% (23,4%) al cinema; il 9,8% a vedere monumenti (16,8%); l'8,2% ad assistere a concerti (11,8%); il 6,7% a spettacoli sportivi (7,2%); il 4,4% a ballare (4,6%).

L'anziano ha una discreta mobilità nel territorio urbano, mostrando una certa autonomia di spostamento: il 37,5% degli anziani guida infatti l'auto, soprattutto nelle aree metropolitane (28,5% nei centri metropolitani, 36,6% nelle cinture). Il 21,5% degli anziani si muove in città con i mezzi pubblici: usa il servizio urbano di autobus/tram più volte al mese e tale proporzione sale al 51,5% nelle metropoli. Infine, il 12,4% degli anziani che vivono nelle cinture metropolitane utilizza i mezzi di trasporto extraurbani che collegano i vari comuni.

Garantire un accesso ai servizi di trasporto *su misura* per le persone anziane significa contribuire alla loro autonomia nella gestione delle proprie attività e anche sostenerli nella importante funzione di sostegno che essi svolgono nella struttura sociale italiana. La presenza di disabilità[27], ad esempio, può limitare in misura più o meno grave l'autonomia, rappresentando per l'anziano un fattore di rischio di esclusione sociale piuttosto rilevante: il rischio è maggiore quanto più i servizi pubblici e privati non adottano soluzioni e modalità

specifiche per le persone anziane, e per chiunque sia portatore di disabilità, in modo permanente o temporaneo.

La valutazione data dagli anziani dei servizi di trasporto pubblico può aiutare gli operatori a definire come deve essere un servizio di trasporti *su misura* della persona anziana. Purtroppo la loro valutazione dei servizi di trasporti pubblici cittadini risulta abbastanza negativa, soprattutto nelle grandi città. Si registra una certa insoddisfazione delle condizioni dei trasporti: i problemi maggiori sono sentiti con riguardo alla frequenza e agli orari delle corse, alla scomodità dei luoghi e delle condizioni di attesa e alla possibilità di viaggiare seduti. Non è soddisfatto della frequenza delle corse il 35,6% degli anziani; e la proporzione sale al 45,5% nei centri e al 37,9% nelle cinture metropolitane; sono insoddisfatti degli orari delle corse (33,9%), soprattutto nelle cinture (42,9%) e i centri metropolitani (39,0%); trovano scomoda l'attesa alle fermate (51,9%, nelle cinture e 58,4% nelle metropoli); lamentano difficoltà a trovare posto a sedere (42,9% nelle cinture urbane e 61,6% nelle città metropolitane).

3.7
Conclusioni

Il quadro generale è di un anziano sempre più attivo, per possibilità e/o per necessità, che si muove all'interno della città con impegni, orari, bisogni e interessi. L'attenzione verso gli anziani è ormai da alcuni anni divisa tra l'esaltazione del ringiovanimento dell'età matura e la preoccupazione per le fragilità e i bisogni assistenziali dei soggetti soli e malati. In effetti, la realtà sociale ci rimanda un quadro scomposto, tra anziani che consumano, viaggiano, investono, si occupano dei nipoti, e anziani abbandonati, non autosufficienti, soli[28].

Nel nostro paese, grandi divari economici e spazi di esclusione e povertà fanno sì che i soggetti deboli siano sempre più deboli. In generale la povertà è fortemente associata alla struttura familiare, con riferimento sia alla sua dimensione sia alla sua composizione (ad esempio, la presenza di componenti anziani). La povertà relativa[29] continua ad essere maggiormente diffusa tra le famiglie più numerose (in particolare con tre o più figli, soprattutto se minorenni). È inoltre più diffusa tra le famiglie con componenti anziani – nonostante il miglioramento osservato negli ultimi anni – che presentano valori di incidenza superiori alla media, soprattutto se si tratta di più anziani conviventi[30].

I dati campionari sulle famiglie indicano alcuni punti deboli della società nei confronti degli anziani, punti che contribuiscono ad accrescere il rischio di esclusione della persona anziana, maggiormente nelle grandi città:
a) la rete di sostegno familiare e amicale è più fragile nelle grandi città, con punte critiche nelle aree metropolitane;
b) l'anziano che vive con persone non anziane ha minori difficoltà di accesso ai servizi rispetto all'anziano solo o che vive con altri anziani;
c) le difficoltà maggiormente sentite riguardano presenza e flessibilità dei servizi pubblici (soprattutto i trasporti), il collegamento con la propria rete parentale, e le condizioni economiche di sostentamento.

Note

1. E. Diener, *Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being*, in "Applied Research in Quality of Life", 1, 2006, pp. 151-7.

2. E. Aureli, B. Baldazzi, *Percezione della qualità della vita anziana nelle politiche sociali*, in "Rivista italiana di economia, demografia e statistica", LIII, 4, ottobre-dicembre, 1999, pp. 111-23.

3. E. Aureli, B. Baldazzi, *Soddisfazione e stili della vita anziana in Italia*, in E. Aureli *et al.* (a cura di), *Contesti di qualità della vita. Problemi e misure*, Franco Angeli, Milano 1999, pp. 214-57.

4. A. C. Michalos, *An Application of Multiple Discrepances Theory (MDT) to Seniors*, in "Social Indicators Research", 18, 1986, pp. 349-73.

5. J. K. McNeil *et al.*, *Subjective Well-Being in Later Life: Issues Concerning Measurement and Prediction*, in "Social Indicators Research", 18, 1986, pp. 35-70.

6. R. McCrea *et al.*, *What is the Strength of the Link Between Objective and Subjective Indicators of Urban Quality of Life?*, in "Applied Research in Quality of Life", 1, 2006, pp. 79-96.

7. M. Duhly, N. Swartz, *Connecting Knowledge and Policy: The Promise of Community Indicators in the United States*, in "Social Indicators Research", 79, 2006, pp. 1-23.

8. Aureli, Baldazzi, *Soddisfazione e stili della vita anziana in Italia*, cit.

9. La ricerca sociale partecipata può essere effettuata con diversi metodi, ma l'elemento irrinunciabile è il contributo soggettivo dell'utente finale; cfr. A. Pacinelli, *Metodi per la ricerca sociale partecipata*, Franco Angeli, Milano 2008.

10. ISTAT, *Il sistema di indagini multiscopo*, Metodi e norme, 31, ISTAT, Roma 2006, in http://www.istat.it/dati/catalogo/20060615_00/

11. Per i dettagli metodologici e il questionario di queste indagini, si vedano le pagine web: http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/ e http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/famigliesoggettisociali/

12. G. Gesano, A. Golini, *Generazioni e invecchiamento*, in Fondazione Giovanni Agnelli e Gruppo di coordinamento per la demografia (a cura di), *Generazioni, famiglie, migrazioni. Pensando all'Italia di domani*, Fondazione Giovanni Agnelli, Torino 2006, pp. 1-32.

13. Dato 2007: ISTAT, *Indicatori demografici. Anno 2007*, Nota informativa (7 febbraio), ISTAT, Roma 2008, in http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080207_01/

14. È significativa anche la quota di popolazione nelle età più anziane (chiamati in demografia "vecchi" e "grandi vecchi"): infatti l'8,9% della popolazione complessiva ha 75 anni e più e il 4,7% ha 80 anni e più.

15. L'ISTAT definisce «comuni centro di area metropolitana» 12 grandi città italiane: Torino, Milano, Verona, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo e Catania. Sono chiamati invece «comuni periferia dell'area metropolitana» quei comuni che gravitano economicamente e funzionalmente sui centri metropolitani (cintura metropolitana).

16. ISTAT, *L'uso del tempo*, Informazioni, 2, ISTAT, Roma 2007, in http://www.istat.it/dati/catalogo/20070301_00/info702uso%20del%20tempo02_03.pdf

17. Su questo argomento è stato posto un quesito alle famiglie nella seguente forma: "Si verificano uno o più dei seguenti problemi? Le spese per l'abitazione sono troppo alte/L'abitazione è troppo piccola/L'abitazione è troppo distante da altri familiari/Irregolarità nella erogazione dell'acqua/L'abitazione è in cattive condizioni".

18. Cfr. risultati dall'indagine EU-SILC in ISTAT, *Distribuzione del reddito e condizioni di vita in Italia. Anni 2006-2007*, Statistiche in breve (22 dicembre 2008), in http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081222_00/testointegrale20081222.pdf

19. Cfr. risultati dell'indagine sui consumi delle famiglie, in ISTAT, *I consumi delle famiglie. Anno 2007*, Statistiche in breve (8 luglio 2008), in http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080708_00/testointegrale20080708.pdf

20. L'*indice di prossimità geografica* tiene conto della distanza geografica tra l'anziano e i parenti stretti non coabitanti ossia i figli, i nipoti, i rispettivi fratelli e i genitori. La prossimità geografica è definita, per ciascun individuo, come quota di parenti secondo le seguenti modalità: prossimità geografica *isolata*: nessun parente in vita o nessun parente che vive entro 1 km; prossimità geografica *distante*: meno del 25% dei parenti vive entro 1 km; prossimità geografica *media*: dal 26% al 50% dei parenti vive entro 1 km; prossimità geografica *connessa*: dal 51% al 75% dei parenti vive entro 1 km; prossimità geografica *piena*: dal 76% al 100% dei parenti vive entro 1 km.

21. L'*indice di densità dei contatti* tiene conto delle relazioni intercorse tra l'anziano con i parenti stretti non coabitanti ossia i figli, i nipoti, i rispettivi fratelli e i genitori ed è costruito, per ciascun individuo come tipologia di relazioni intercorse, secondo le seguenti modalità: rete *rarefatta*: nessun parente in vita o nessun parente incontrato almeno una volta a settimana; rete *scarsa*: meno del 25% dei parenti incontrati almeno una volta a settimana; rete *media*: dal 26% al 50% dei parenti incontrati almeno una volta a settimana; rete *densa*: dal 51% al 75% dei parenti incontrati almeno una volta a settimana; rete *fitta*: dal 76% al 100% dei parenti incontrati almeno una volta a settimana.

22. Il quesito è così formulato: "In generale raggiungere i seguenti servizi crea problemi o difficoltà per la famiglia? Nessuna difficoltà/Un po' di difficoltà/Molta difficoltà/Non so".

23. Viene chiesto: "Se le si desse l'opportunità di cambiare l'orario di sportello come lo vorrebbe? (Una sola risposta) L'orario mi va bene così com'è/Orario continuato fino alle 16-17 almeno in alcuni giorni/Due aperture (mattino e pomeriggio) dal lunedì al venerdì/Possibilità di una lunga apertura (ad esempio 8-20) in alcuni periodi fissi (ad esempio 1 volta alla settimana)/Altro orario/Mi è indifferente/Non so".

24. G. B. Sgritta, *Le famiglie possibili. Reti di aiuto e solidarietà in età anziana*, Edizioni Lavoro, Roma 2007.

25. ISTAT, *Le trasformazioni familiari. Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2004*, ISTAT, Roma 2005, cap. 4, pp. 237-300.

26. A. Golini, *Dinamiche demografiche, invecchiamento e lavoro*, Seminario presso la Sapienza Università di Roma, Roma, 12 febbraio 2004.

27. Al fine di valutare la qualità degli anni vissuti e capire se vivere più a lungo significhi anche vivere meglio e in buona salute è utile fare riferimento alla speranza di vita libera da disabilità, che combina i dati di mortalità alle informazioni sulle esperienze di morbilità di una popolazione; cfr. G. Sebastiani *et al.*, *Lo stato di salute della popolazione anziana, i risultati delle indagini* ISTAT *sulla salute*, Associazione italiana di epidemiologia, XXXI Congresso annuale, Ostuni, 17-19 ottobre 2007.

28. G. De Rita, C. Collicelli, *La famiglia tra redistribuzione e reciprocità: elementi per un bilancio sociale*, Fondazione CENSIS, Roma 2007.

29. In Italia più di una famiglia su dieci è povera (due terzi di queste nel Mezzogiorno): si tratta di famiglie che hanno una spesa per consumi inferiore alla cosiddetta soglia o linea di povertà.

30. ISTAT, *La povertà relativa in Italia. Anno 2007*, Statistiche in breve (4 novembre), ISTAT, Roma 2008, in http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081104_00/

Parte seconda
Esigenze e soluzioni per gli spazi abitativi

4
Quando la vecchiaia può star di casa. Le forme dell'inclusione socio-residenziale degli anziani milanesi fra XVI e XVII secolo

di *Michela Barbot*

4.1
Essere anziani nelle città europee d'età moderna: stato dell'arte e quesiti aperti

Il presente contributo si propone di illustrare i meccanismi di inclusione sociale e residenziale[1] della popolazione anziana appartenente ad una specifica realtà urbana, la Milano cinque e seicentesca. Prima di entrare nel vivo del caso ambrosiano e delle sue caratteristiche, è opportuno richiamare alla mente le più ampie acquisizioni storiografiche esistenti in materia, esplicitando per sommi capi ciò che sappiamo – e, più ancora, ciò che non sappiamo – sulle condizioni della popolazione anziana delle città italiane ed europee nei secoli precedenti il Settecento e l'Ottocento[2].

Grazie agli studi condotti in seno alla demografia storica, siamo relativamente informati sul "quanto": quanto all'incirca si viveva (ovvero quale era la speranza di vita media delle popolazioni urbane) e, almeno per alcuni contesti locali, quanti erano, grossomodo, gli individui suscettibili di essere anagraficamente considerati "anziani". Le evidenze quantitative disponibili ci dicono, inoltre, che l'invecchiamento costituiva un fenomeno differenziale, fortemente dipendente da variabili di natura socio-economica e tendente, senza troppe sorprese, a risparmiare i più ricchi a scapito dei più poveri[3]. Sotto il profilo qualitativo sappiamo, poi, che esser "vecchi" e di famiglia aristocratica – o ancor meglio patrizia – era in genere una condizione foriera di prestigio e autorità, poiché in molte realtà urbane l'accesso alle più cospicue cariche di governo prevedeva una soglia anagrafica piuttosto elevata, tale da riservare i massimi poteri decisionali ai membri più anziani dei consigli cittadini[4]. Infine – ultimo, importante dato di cui siamo a conoscenza –, uno fra i modelli residenziali più diffusi nelle città dell'alta Italia era il sistema cosiddetto "neolocale": per molti novelli sposi, la creazione di una

nuova famiglia implicava automaticamente il "metter su casa", con relativo abbandono della residenza dei propri genitori, che non di rado nella fase finale del loro ciclo di vita restavano soli[5].

Malgrado queste importanti evidenze empiriche, la perdurante carenza di studi di storia sociale e culturale in tema di vecchiaia ci rende, tuttavia, molto meno edotti sul "chi" e sul "come": chi (e sulla base di quali criteri) era definito "anziano" dai suoi contemporanei; quale il valore (o il disvalore) sociale associato a tale qualifica; quali, infine, i vincoli e le possibilità che nella vita di tutti i giorni si davano agli "anziani" di cui parlano le fonti coeve. Simili lacune divengono ancor più evidenti laddove non ci si limiti all'esame delle fasce sociali più agiate, ma si rivolga l'analisi anche agli "anziani" appartenenti ai ceti urbani medio-bassi. Con riferimento a questa vasta e variegata compagine sociale, uno degli aspetti più cruciali che restano da esplorare è, senza dubbio, il rapporto fra l'"anzianità" denunciata dalle fonti archivistiche e le forme di inclusione e protezione sociale che eventualmente discendevano da tale condizione: quali caratteristiche presentava l'assistenza agli anziani nei secoli precedenti la nascita del cosiddetto "Stato assistenziale"?[6] Chi, e a quali condizioni, si faceva carico delle loro concrete necessità?[7] Nelle pagine che seguono tenteremo di rispondere a questi interrogativi illustrando le evidenze empiriche relative al caso milanese cinque e seicentesco, osservato a partire da un'attenzione privilegiata ad una delle dimensioni della vita umana più fondative di ogni forma d'inclusione comunitaria: l'abitare e le sue caratteristiche[8].

4.2
Anziani e famiglie

Prima di addentrarci nell'universo sociale e abitativo degli anziani milanesi d'età moderna, è utile fornire qualche dato di contesto sulla città protagonista di quest'indagine nel periodo considerato. All'inizio del XVII secolo Milano, all'apice della sua crescita, conosce una drammatica inversione del suo ciclo economico-demografico[9]: in una manciata d'anni, a partire dal 1620 circa, il capoluogo lombardo – allora capitale di un vasto ducato[10] – passa da una fase di prosperità ad una di recessione, e da una fase di grande apertura e mobilità sociale ad una fortissima chiusura e polarizzazione sociale[11], entrambe acuite dallo shock demografico della peste del 1630, la quale in pochi mesi dimezza la popolazione residente *intra muros*, riducendola da 110.000 abitanti a poco più di 60.000 anime[12].

I lavori condotti da Stefano D'Amico sugli *status animarum* parrocchiali mostrano che il modello insediativo più diffuso entro le mura ambrosiane fra Cinquecento e Seicento è quello della famiglia nucleare con residenza neolocale, dimorante in prevalenza in stabili concessi in locazione[13]. Genitori e figli neosposi, dunque, difficilmente convivono sotto lo stesso tetto, e il tetto in questione, in ogni caso, non è che molto raramente occupato in regime di piena proprietà[14].

La crisi economico-demografica degli anni Venti-Trenta del Seicento non sembra modificare in modo determinante, né tantomeno stravolgere radicalmente le pratiche appena evocate. Calcolando i tassi di mobilità residenziale intraurbana di un campione di circa 350 famiglie di estrazione sociale mediobassa nel ventennio antecedente e in quello successivo alla peste del 1630[15], si scopre, ad esempio, che l'unica parziale novità concomitante alla fase acuta dell'epidemia (1630-31) è il riavvicinamento in una stessa parrocchia di nuclei familiari in precedenza dispersi nello spazio urbano. Si tratta, ad ogni buon conto, di un fenomeno circoscritto, che interessa solo il 7% del campione selezionato: anche in piena emergenza demografico-sanitaria, la maggioranza delle famiglie poste sotto osservazione continua invece a dimorare in parrocchie differenti, quasi mai confinanti fra loro[16].

La debole contiguità spaziale delle reti parentali suggerita dall'indagine appena illustrata[17] induce inevitabilmente a interrogarsi sul ruolo (o sull'assenza di un ruolo) giocato dalla famiglia di antico regime come luogo di protezione e di presa a carico dei suoi membri più anziani e fragili, e sull'esistenza di eventuali meccanismi di assistenza alternativi o complementari a quelli di derivazione strettamente familiare[18]. Prima di affrontare questo nodo problematico, occorre però provare a sciogliere una questione analitico-metodologica ancor più urgente, ovvero comprendere chi, nella Milano cinque e seicentesca, sia concretamente reputato essere un "anziano", e quale eventuale ventaglio di significati rilevi dall'uso di questo termine nelle fonti coeve[19]. Nel corso della presente ricerca, abbiamo tentato di effettuare quest'operazione aiutandoci con una pluralità di fonti differenti, che andremo diffusamente a descrivere nelle pagine che seguono.

4.3
Anziani, casa, lavoro

Ai fini di poter rintracciare indizi utili a delimitare l'universo semantico della parola "anziano" nel caso prescelto, siamo anzitutto partiti dall'analisi delle

fonti demografiche, e in particolare degli stati d'anime parrocchiali[20], i quali si sono rivelati più o meno ricchi di dettagli a seconda delle finalità conoscitive e del grado di accuratezza e precisione del singolo curato[21]. Per raccogliere maggiori notizie sulle modalità di concepire la categoria di anziano e/o anziana ed il suo eventuale evolvere nel tempo, abbiamo poi incrociato i dati desunti dagli *status animarum* con le informazioni relative ad una frazione di popolazione milanese assai ben documentata sotto il profilo archivistico: gli inquilini "antiani" della Fabbrica del Duomo, uno fra i maggiori proprietari edilizi e fra i più potenti datori di lavoro della città[22]. Le testimonianze conservate presso l'archivio dell'ente (comprensive di contratti di locazione; memoriali degli affittuari, sovente anche dipendenti dell'istituzione; descrizioni degli alloggi di sua proprietà[23]) hanno consentito di ricostruire non solo i modi di abitare dei suoi anziani locatari, ma anche le caratteristiche architettoniche delle abitazioni che li ospitano nell'arco del periodo considerato.

TABELLA 4.1
Unità immobiliari entro le mura milanesi nel 1636 (ripartite per circoscrizione)

	Case/appartamenti di casa con bottega		Botteghe singole	
Porte	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
Orientale	1.300	79,8	329	20,2
Romana	1.079	63,7	614	36,3
Ticinese	1.232	80,3	302	19,7
Vercellina	799	81,9	177	18,1
Comasina	986	74,5	303	25,5
Nuova	960	87,6	136	12,4
Totale	6.356	77,3	1.861	22,7

Fonte: *Nota delle case et botteghe della città di Milano* (1636), Archivio storico della città di Milano, *Materie*, 409, voce *Focolari*, cit. in K. J. Beloch, *Storia della popolazione italiana*, Le Lettere, Firenze 1994 (I ed. 1937-61), p. 515.

Posto che la forma immobiliare più diffusa fra le mura milanesi è la "casa con bottega" (cfr. TAB. 4.1), e data la prassi frequente della Fabbrica del Duomo di fornire contestualmente – spesso in un unico atto notarile – un alloggio e un'occupazione ai suoi inquilini[24], grazie alle fonti fabbriceriali la questione della casa ha permesso di affrontare direttamente anche un'altra rilevante questione: quella del lavoro, e delle conseguenze di eventuali inabilità professionali sui meccanismi di definizione della condizione di anzianità di uomini e donne.

4.4
Chi sono gli anziani nella Milano di antico regime?

Dagli incroci documentari compiuti sui dati milanesi sono emerse alcune interessanti evidenze empiriche. La prima fra loro è di natura prettamente semantica. Come risulta dalla sua quasi generalizzata assenza all'interno degli *status animarum*, i parroci milanesi utilizzano decisamente poco il lemma "antiano", e non lo fanno pressoché mai per esprimere l'età anagrafica degli individui censiti. Negli unici casi in cui è stato possibile rintracciarlo, esso fa riferimento a tre "Anziani della Parrocchia", detentori di una specifica carica istituzionale[25]. Più che nei censimenti parrocchiali, il termine compare con una certa frequenza nelle carte fabbriceriali, a indicare essenzialmente *status* e attributi lungamente posseduti e protratti nel tempo. Gli ufficiali della Fabbrica del Duomo parlano, così, di "antiani pigionanti", "antiani livellarii"[26] o, ancora, di "antiani operarii" individuando, in tal modo, singoli individui o interi gruppi sociali che possono vantare un rapporto di lunga durata, e concretamente esperito, con l'istituzione milanese. L'elemento determinante ai fini della qualificazione degli anziani fabbriceriali, di conseguenza, non risiede tanto nell'avvenuto superamento di una soglia anagrafica rigida e predefinita, bensì nell'esercizio perdurante di azioni e prerogative ripetute e reiterate nel tempo. Laddove sia questione di esprimere lo stato demografico di uomini e donne, le fonti compulsate parlano piuttosto di "vegi", termine che generalmente appare in associazione a situazioni descritte di grande fragilità, quasi sempre correlate a più o meno gravi inabilità al lavoro. Così, ad esempio, nel caso di una supplica datata 1624, rivolta alla Fabbrica del Duomo da un suo inquilino, il "cicoriaro" Andrea Massandro, ai fini di ottenere agevolazioni e dilazioni nel pagamento di un ingente debito locativo. Nel memoriale, il Massandro motiva la sua richiesta sulla base delle sue difficili condizioni di «povero et miserabile carico di cinque figliuoli picoli, moglie et padre vegio»[27]. Da un'altra testimonianza del 1629, si apprende che il "vegio" padre del Massandro, Vincenzo, ha da poco compiuto 62 anni, condizione di per sé socialmente ed economicamente non penalizzante né preoccupante, se non fosse che lo stesso è da più di un lustro inabile a svolgere qualsiasi attività lavorativa[28].

Sulla scorta di questi primi indizi, possiamo affermare con buona approssimazione che nella Milano di antico regime la condizione di vecchiaia, nel senso demografico e biologico del termine, non dia, in se stessa, adito a particolari attenzioni, cautele o privilegi. Quest'aspetto emerge con relativa chiarezza anche dalla politica locativa fabbriceriale: fra gli affittuari della Fab-

brica del Duomo troviamo svariati "vegi" alloggiati in abitazioni malsane, nei sottotetti o negli scantinati umidi e angusti dei grandi stabili per pigionanti, e per di più l'età relativamente avanzata di alcuni di loro non li risparmia nemmeno dal trovarsi nella spiacevole condizione di sub-inquilini, esposti semestralmente o annualmente alla minaccia di perdere, con il lavoro, anche la casa[29]. Data la sovrapposizione di usi e funzioni che caratterizza gli spazi abitativi milanesi, e data la scarsa diffusione del regime della piena proprietà immobiliare fra le mura urbane, l'inabilità allo svolgimento del mestiere espone gli inquilini ad una duplice vulnerabilità: all'impossibilità a pagare l'affitto e al rischio connesso di dover abbandonare l'alloggio occupato, perdendo in tal modo il requisito minimo e indispensabile ai fini dell'accesso ad ogni forma di protezione e d'inclusione sociale: la residenza dentro la città[30].

4.5
Come impedire l'esclusione?
I privilegi dell'essere "doppiamente" anziani

Il destino appena evocato non rappresenta, tuttavia, un percorso obbligatorio per tutti coloro che, a un dato momento del loro ciclo di vita, si trovino impossibilitati a esercitare un'occupazione e ad assicurarsi per quella via il proprio sostentamento. Tre sembrano, in particolare, i fattori in grado di incidere in modo complementare sulle traiettorie e le possibilità di vita delle frange più fragili della popolazione anziana di antico regime: la presenza di una rete più o meno ampia di protezione parentale; la forza dei legami sociali[31] e il grado di appartenenza dei singoli alla comunità urbana[32]; la loro maggiore o minore facilità di accesso al mercato del credito. Conviene osservare da vicino ognuno dei fattori elencati, dapprima analizzandoli in termini generali e poi declinandoli con specifico riferimento al caso milanese.

Alcuni studi recenti[33] hanno efficacemente dimostrato come il "povero" di cui parlano le fonti di antico regime non sia necessariamente il più indigente o chi è maggiormente privo di mezzi materiali. La fragilità strutturale delle economie tradizionali, esposte costantemente a rovesci congiunturali, rende l'indebitamento una condizione diffusa e normale, anziché patologica, di individui e collettività[34]. Ciò che può significativamente variare in seno a situazioni debitorie altrimenti generalizzate è, piuttosto, la maggior o minor possibilità di ricorrere al prestito, nelle sue varie forme. Non tutti gli individui, infatti, dispongono di un capitale relazionale sufficientemente solido ed esteso da garantire loro la costruzione della fiducia necessaria ad accedere ai circuiti del

credito. E la fiducia, a sua volta, risulta strettamente connessa alla credibilità e alla buona fama derivanti, anzitutto, da un'effettiva e sostanziale appartenenza alla comunità di residenza e alle sue istituzioni[35]. Il ruolo principale dei tanti corpi intermedi che punteggiano gli spazi urbani di antico regime (confraternite, corporazioni, ospedali, congregazioni, capitoli ecc.)[36] è, infatti, quello di costruire attivamente la fiducia e di fabbricare o rafforzare i legami sociali: laddove la famiglia sia assente, lontana o semplicemente non possa sopperire alle difficoltà individuali[37], la presenza di tali legami diviene una condizione *sine qua non* ai fini di essere soccorsi, protetti ed assistiti in caso di necessità. E le forme di assistenza erogate dalle istituzioni urbane, a loro volta, sembrano dipendere *in primis* dall'intensità, dalla durata e dalla profondità del radicamento delle relazioni di appartenenza e filiazione nei loro confronti da parte dei singoli[38].

Nel caso fabbriceriale, quest'aspetto risulta particolarmente evidente con riferimento agli affittuari "anziani et vegi" (intesi nella duplice accezione di individui in età avanzata, e dotati di duraturi legami con l'istituzione milanese) qualificati dalle fonti archivistiche come "poveri": i soggetti così definiti a cui la Fabbrica del Duomo concede agevolazioni (in termini di migliori condizioni residenziali e occupazionali, di dilazioni nel pagamento dell'affitto, di conferimento dell'alloggio a titolo gratuito, di forme di compensazione "pensionistica" *ante litteram*[39]) non sono forzatamente i più attempati dal punto di vista anagrafico o i più economicamente indigenti, bensì i cosiddetti "poveri rispettabili" o "meritevoli": coloro, cioè, che, conosciuti e di buona fama, si sono allontanati loro malgrado dal gruppo d'appartenenza, trovandosi privi di risorse finanziarie o del sostegno della propria famiglia[40]. Più il loro rapporto con la Fabbrica del Duomo è di lunga data, più la loro qualifica di "antiani" inquilini li rende degni di interventi di soccorso che non trovano eguali laddove sia questione di interagire con locatari o lavoratori da poco entrati in rapporto con l'ente. Emblematico è, al riguardo, il caso delle vedove: non a tutte le donne rimaste sole è riservato lo stesso trattamento locativo. Se per alcune inquiline la perdita del marito si traduce nella pressoché automatica rescissione del contratto d'affitto o in un simbolico passaggio dalla condizione di affittuaria a quella, socialmente e materialmente più penalizzante, di sub-affittuaria[41], ad altre la Fabbrica concede, invece, l'opportunità di permanere nella stessa unità immobiliare a condizioni tali da mitigare gli effetti del declassamento sociale e sostenerne, nel contempo, i relativi costi economici. Valga, per tutti, l'esempio di Vittoria Rozzi, moglie del "portero" Reverendo Signore Gerolamo, morto nel 1614 «per causa d'una malatia cattarale», cui i

fabbricieri accordano il diritto di restare nel suo alloggio a titolo gratuito per tre anni, e, insieme, la possibilità di estinguere il debito di 250 lire imperiali contratto «per causa di fitti non pagati» a rate di 6 lire al mese, «in considerattione de la longha servitù di tanti anni fatta dal detto antiano portero»[42]. E gli esempi in tal senso potrebbero moltiplicarsi.

Dietro rapporti locativi e lavorativi all'apparenza uniformi, si nascondono quindi pratiche profondamente differenziate, suscettibili, per di più, di subire da vicino gli effetti dell'evolvere dei più ampi ritmi congiunturali nei quali sono inserite. A tal proposito, è interessante osservare come le politiche locative della Fabbrica del Duomo vadano incontro a significativi cambiamenti esattamente in concomitanza con la fase acuta della crisi seicentesca. In un tessuto comunitario profondamente lacerato dalla peste, si assiste infatti all'emergere concomitante di due movimenti, solo all'apparenza contrastanti: da una parte, le difficoltà ad affittare connesse alla recessione economica e al drammatico calo della popolazione urbana inducono i fabbricieri a concedere agli affittuari sopravvissuti un ventaglio di agevolazioni decisamente più ampio che in passato[43]; dall'altra, il novero dei beneficiari di tali agevolazioni sembra decisamente ridursi, restringendo ulteriormente i criteri d'accesso ai vantaggi abitativi e lavorativi, e, con loro, l'area dell'inclusione sociale e dell'accesso ai privilegi della cittadinanza.

Sulla scorta di quanto appena osservato ed avviandoci a concludere, con ciò, queste prime analisi sul caso milanese, non possiamo che terminare tali riflessioni con la constatazione, solo all'apparenza ovvia, che la condizione di anzianità, se colta nel tempo e nello spazio, non risulta avere, in sé, nulla di naturale o di storicamente dato. In tal senso, non possiamo che concordare con quanto affermato da Angela Groppi nel saggio dedicato all'assistenza senile nella Roma del Seicento: «nella dinamica che si instaura tra famiglia e collettività rispetto alla cura degli anziani, l'assistenza erogata lungo tutta l'età moderna si connota come una vera e propria forma di protezione sociale che si impianta e si organizza sulla base di un repertorio di valori e di pratiche che evolvono nel tempo, consustanzialmente alle forme e alle regole della sovranità e della cittadinanza». «L'individuazione di tale repertorio – conclude la Groppi – è un modo per ricostruire le relazioni intergenerazionali e il livello di responsabilità sociali e familiari nei confronti delle vecchie generazioni. Può essere anche un modo per comprendere i gesti di soccorso individuali e collettivi, pubblici e privati, volontari o obbligati che prendevano corpo sullo sfondo della dialettica esistente tra famiglie, istituzioni e Stato, al di fuori degli approcci funzionalisti e modernizzanti che spesso agiscono da lente

deformante nella lettura della transizione dalle società del passato alle società contemporanee»[44]. È, in definitiva, proprio da tali approcci semplificatori che la storia degli anziani (milanesi, ma non solo) ci invita a rifuggire, così da restituire al tema della senilità tutta la complessità e la profondità con cui esso è andato storicamente caratterizzandosi.

Note

1. Il termine inclusione sarà qui inteso nell'accezione espressa da Norbert Elias in *Un saggio teorico sulle relazioni tra radicati ed esterni*, in N. Elias, J. L. Scotson, *Strategie dell'esclusione*, il Mulino, Bologna 2004, pp. 15-60.

2. Per un'analisi sul caso lombardo sette e ottocentesco, cfr. S. Onger, *Anziani e inabili nella famiglia povera urbana dell'Italia centro-settentrionale tra Sette e Ottocento*, in C. Cenedella (a cura di), *Dalla carità all'assistenza. Orfani, vecchi e poveri a Milano fra Settecento e Ottocento*, Electa, Milano 1993, pp. 48-55.

3. Secondo le cifre riportate da Giorgio Cosmacini, fra Cinquecento e Seicento i ricchi e i nobili avevano una speranza di vita pari grossomodo a 60 anni, mentre la maggioranza della popolazione viveva in media 35-40 anni: Id., *Dalla vecchiaia alla longevità: realtà e utopia della senescenza nei secoli*, in Cenedella (a cura di), *Dalla carità all'assistenza*, cit., pp. 19-23 (in particolare pp. 21-2).

4. La soglia anagrafica d'accesso ai consigli municipali di molte città dell'alta Italia era grossomodo pari a 25-30 anni, e le funzioni più rilevanti al loro interno erano in genere riservate agli "anziani di consiglio": per una visione comparativa su diversi casi urbani, cfr. M. Cattini, *Alla ricerca delle congiunture sociali: i ritmi del ricambio politico nei ceti dirigenti urbani e rurali dell'Emilia moderna*, in A. Tagliaferri (a cura di), *I ceti dirigenti in Italia in età moderna e contemporanea*, Del Bianco, Udine 1984; M. Cattini, M. A. Romani, *Una capitale e una periferia. La circolazione delle élite urbane a Parma e a Finale (secoli XVI e XVIII)*, in A. Guarducci (a cura di), *Gerarchie economiche e gerarchie sociali, secoli XII-XVIII*, Le Monnier, Firenze 1990, pp. 535-60; P. Lanaro, *Un'oligarchia urbana nel Cinquecento veneto. Istituzioni, economia, società*, Giappichelli, Torino 1992; sul caso milanese, mi permetto di rinviare a M. Barbot, *Il patriziato milanese: un'élite aperta? Ricambio politico e mobilità sociale nel ceto dirigente ambrosiano (secoli XVI-XVIII)*, in "Cheiron. Materiali e strumenti di aggiornamento storiografico", 41, 2005, pp. 71-100.

5. R. Sarti, *Vita di casa. Abitare, mangiare, vestire nell'Europa moderna*, Laterza, Roma-Bari 2003, p. 47.

6. Sulla nascita del *welfare state*, cfr. P. Flora, A. J. Heidenheimer (a cura di), *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, il Mulino, Bologna 1983; e G. A. Ritter, *Storia dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari 1996.

7. Qualche elemento utile in tal senso, unito a suggestivi spunti comparativi, è rintracciabile nei seguenti lavori: M. A. Crowther, *Family Responsibility and State Responsibility in Britain Before the Welfare State*, in "The historical journal", 25, 1982, pp. 131-45; D. Thompson, *The Welfare of the Elderly in the Past: A Family or Community Responsibility?*, in M. Pelling, R. M. Smith (eds.), *Life, Death, and the Elderly. Historical Perspectives*, Routledge, London-New York 1991, pp. 194-221; P. Thane, *Old People and Their Families in the English Past*, in M. Daunton (ed.), *Charity, Self-Interest and Welfare in the English Past*, UCL Press, London 1996, pp. 113-38; S. R.

Ottaway, *Providing for the Elderly in Eighteenth Century England*, in "Continuity and Change", 3, 1998, pp. 391-418; S. Cavallo, *Family Obligations and Inequalities in Access to are in Northern Italy, Seventeenth to Eighteenth Centuries*, in P. Horden, R. Smith (eds.), *The Locus of Care. Families, Communities, Institutions, and the Provision of Welfare Since Antiquity*, Routledge, London-New York 1998, pp. 90-109.

8. Ho esplorato il rapporto fra abitare e inclusione in M. Barbot, *Abitare, dunque appartenere. Inclusione ed esclusione nelle città italiane in Antico Regime*, in "Zapruder. Rivista di storia della conflittualità sociale", 14, 2007, pp. 9-23; e in *L'abitare in città, un concentrato di storie*, in "Quaderni Storici", I, 2008, pp. 283-300, a cui mi permetto di rinviare.

9. Sull'economia milanese cinque e seicentesca, cfr. D. Sella, *L'economia lombarda durante la dominazione spagnola*, il Mulino, Bologna 1982; A. De Maddalena, *L'economia milanese in età spagnola*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia illustrata di Milano*, Sellino, Milano 1993, vol. VII, pp. 1081-91; G. De Luca, *Commercio del denaro e crescita economica a Milano tra Cinquecento e Seicento*, Il Polifilo, Milano 1996; E. Brambilla, G. Muto (a cura di), *La Lombardia spagnola. Nuovi indirizzi di ricerca*, Unicopli, Milano 1997.

10. Cfr. D. Sella, C. Capra, *Lo Stato di Milano dal 1535 al 1796*, UTET, Torino 1984.

11. Sulla forte polarizzazione sociale connessa alla crisi seicentesca, cfr. B. Caizzi, *Le classi sociali nella vita milanese*, in *Storia di Milano*, Istituto per l'Enciclopedia Italiana Treccani, Milano 1959, vol. XI, pp. 337-75.

12. Sulle dinamiche demografiche milanesi e lombarde, cfr. B. Besta, *La popolazione di Milano nel periodo della dominazione spagnola*, in Atti del Congresso internazionale per gli studi sulla popolazione, Libreria Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1932, vol. I, pp. 593 ss.; D. Sella, *Premesse demografiche ai censimenti austriaci*, in *Storia di Milano*, cit., vol. XII, pp. 459-78; S. D'Amico, *Immigrazione e ripresa economica a Milano dopo la peste del 1630*, in Brambilla, Muto, *La Lombardia spagnola*, cit., pp. 77-90.

13. S. D'Amico, *Le contrade e la città. Sistema produttivo e spazio urbano a Milano fra Cinque e Seicento*, Franco Angeli, Milano 1994.

14. Secondo i calcoli di Stefano D'Amico, la popolazione milanese occupante una casa in proprietà ascende al 13% nel 1610, per poi ridursi ulteriormente al 7% nel 1633 (D'Amico, *Le contrade e la città*, cit.); si tratta, peraltro, di cifre non molto distanti da quelle registrate in altre città italiane ed europee: al riguardo, mi permetto di rimandare a M. Barbot, *Le architetture della vita quotidiana. Pratiche abitative e scambi immobiliari a Milano in età moderna*, Marsilio, Venezia 2008.

15. Ho compiuto quest'indagine in M. Barbot, *Aria di famiglia. Rapporti di parentela e relazioni di familiarità nello scambio immobiliare a Milano fra XVI e XVII secolo*, in "Cheiron. Materiali e strumenti di aggiornamento storiografico", 3, 2006, pp. 283-300, a cui mi permetto di rinviare.

16. *Ibid*.

17. Nonostante la non significatività statistica dell'indagine, i suoi risultati possono comunque essere ritenuti alla stregua di indizi: sul paradigma indiziario, cfr. C. Ginzburg, *Miti, emblemi, spie. Morfologia e storia*, Einaudi, Torino 2000.

18. In proposito, si veda anche A. Groppi, *Il diritto del sangue. Le responsabilità familiari nei confronti delle vecchie e delle nuove generazioni (Roma secc. XVIII-XIX)*, in "Quaderni Storici", 92, 1996, pp. 305-33.

19. L'importanza di adottare una prospettiva "interna" alle fonti, che rifugga da qualsiasi definizione a-storica ed aprioristica della categoria di "anziano" ed "anziana", è sottolineata tanto da J.-P. Gutton, *La naissance du vieillard*, Aubier Montaigne, Paris 1988, quanto da A. Groppi,

Birbanti e poveri benestanti: attitudini e pratiche assistenziali nei confronti della vecchiaia nella Roma pontificia (secc. XVI-XVIII), in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi*, il Mulino, Bologna 2000, pp. 259-78.

20. Tali elenchi, conservati presso l'Archivio della curia arcivescovile di Milano (Fondi *Duplicati e Status animarum* e *Visite pastorali* – Sezione X), generalmente riportano, per ogni abitazione, i nomi dei suoi occupanti, la loro età e la professione svolta al momento della rilevazione. La loro visione è tuttora in corso. Presento qui i risultati condotti su 20 parrocchie intramurarie, censite negli anni 1610 e 1633.

21. Sui limiti e le precauzioni nell'uso di queste fonti, cfr. A. Bellettini, *Gli "Status Animarum": caratteristiche e problemi di utilizzazione nelle ricerche di demografia storica*, in *Le fonti di demografia storica in Italia. Atti del seminario di demografia storica*, Comitato italiano per lo studio della demografia storica, Roma 1971, vol. I, pp. 3-42.

22. Sulla Fabbrica del Duomo e il suo ruolo dentro la città, mi permetto di rinviare a M. Barbot, *Una Fabbrica imprenditrice? L'azione imprenditoriale degli uomini della Fabbrica del Duomo di Milano fra età moderna e contemporanea (XVII-XX secc.)*, in F. Amatori, A. Colli (a cura di), *L'imprenditorialità nella storia*, Atti del Convegno della società italiana degli storici dell'economia, Milano, 11-14 novembre 2008, in corso di pubblicazione.

23. I riferimenti archivistici saranno forniti in occasione di ogni citazione specifica. Per una visione delle caratteristiche delle fonti fabbriceriali, mi permetto di rinviare a Barbot, *Le architetture della vita quotidiana*, cit., pp. 24-6.

24. Ivi, pp. 166-77.

25. Anche l'Archivio della Fabbrica del Duomo riporta testimonianze similari: si veda, ad esempio, l'ordine di *Rilascio del Magistrato Straordinario ad istanza tanto dei Sig. Rettori della Veneranda Fabricha del Duomo come difensori di Pietro Bustello quanto di Gio Batta Tenaglia e Savina Minatia trasmesso a Gio Batta De Marchi Anziano di S Stefano in Brolo, e Gio Batta Piantanida Anziano di San Lorenzo Maggiore depositari di due case (…) apprese in nome della Regia Ducal Camera*, Archivio della Veneranda Fabbrica del Duomo di Milano, Cart. 250, f. 41, 10/3/1663.

26. Sulle terre e le case fabbriceriali grava un duplice regime giuridico. Fra le mura cittadine, la modalità di concessione più ricorrente è la *pigione* a tempo determinato (da 6 mesi a 9 anni), una formula che afferisce al sistema della piena proprietà. In seconda battuta troviamo il *livello*, di durata ultranovennale (spesso perpetua), che gravita, invece, nella sfera della proprietà dissociata, implicando una separazione astratta fra l'*usus*, connesso al dominio utile, e il *fructus*, di pertinenza del dominio eminente. Sulle grammatiche della proprietà dissociata, oltre che ai lavori di Paolo Grossi (*Il dominio e le cose: percezioni medievali e moderne dei diritti reali*, Giuffrè, Milano 1992; *L'ordine giuridico medievale*, Laterza, Roma-Bari 1996; *La proprietà e le proprietà nell'officina dello storico*, Editoriale Scientifica, Napoli 2006), mi permetto di rinviare anche a M. Barbot, *Per una storia economica della proprietà dissociata. Efficacia e scomparsa di "un altro modo di possedere" (Milano, XVI-XVII secc.)*, in "Materiali per una storia della cultura giuridica", I, 2008, pp. 33-62. Oltre al livello, fra i documenti fabbriceriali è possibile trovare traccia anche di qualche rara enfiteusi, un contratto che produce una dissociazione fisica fra il terreno e l'immobile. Sull'enfiteusi, cfr. O. Faron, E. Hubert (éds.), *Le sol et l'immeuble: les formes dissociées de propriété immobilière dans les villes de France et d'Italie*, École Française de Rome, Roma 1993.

27. AVFD, *Verzaro e Brolo*, Cart. 208, f. 279C.

28. Ivi, Cart. 209, f. 341A.

29. Se ne vedano degli esempi in Barbot, *Le architetture della vita quotidiana*, cit.

30. Sul legame fra residenza e protezione sociale, mi permetto di rinviare a Barbot, *Abitare, dunque appartenere*, cit.

31. Sul concetto di forza dei legami sociali (deboli *vs*. forti), cfr. M. Granovetter, *La forza dei legami deboli e altri saggi*, Liguori, Napoli 1988.

32. L'importanza dell'appartenenza alla comunità urbana e alle sue istituzioni come fattore di inclusione è sottolineata da S. Cerutti, *Giustizia e località a Torino in età moderna: una ricerca in corso*, in "Quaderni Storici", 89, 1995, pp. 445-86; Ead., *A qui appartiennent les biens qui n'appartiennent à personne? Citoyenneté et droit d'aubaine à l'époque moderne*, in "Annales HSS", 62, 2007; D. Calabi, P. Lanaro (a cura di), *La città italiana e i luoghi degli stranieri (XIV-XVIII secolo)*, Laterza, Roma-Bari 1998; M. Berengo, *L'Europa delle città. Il volto della società urbana europea tra Medioevo ed Età moderna*, Einaudi, Torino 1999; L. Tedoldi, *Tra immigrazione e integrazione sociale. La cittadinanza creata a Brescia in età veneta (secoli XVI-XVIII),* in "Società e Storia", 93, 2001, pp. 439-62.

33. Per tutti, si veda S. Cerutti, *Giustizia sommaria. Pratiche e ideali di giustizia in una società di Ancien Régime (Torino XVIII secolo)*, Feltrinelli, Milano 2003, e la bibliografia ivi citata.

34. È quanto rimarca anche Laurence Fontaine nel suo recente *L'économie morale. Pauvreté, crédit et confiance dans l'Europe préindustrielle*, Gallimard, Paris 2008.

35. Sul ruolo delle istituzioni comunitarie nel fabbricare fiducia e relazioni, cfr. gli spunti di riflessione presenti in A. Vauchez (éd.), *La religion civique à l'époque médiévale e moderne*, Ecole Française de Rome, Roma 1995; G. Todeschini, *Razionalismo e teologia della salvezza nell'economia assistenziale del basso Medioevo*, in Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni*, cit., pp. 45-54; Cerutti, *A qui appartiennent les biens*, cit.

36. Sullo spirito di corpo come qualità fondativa delle relazioni di antico regime, rimando alle suggestive analisi di P. Costa in *Civitas. Storia della cittadinanza in Europa*, I. *Dalla civiltà comunale al Settecento*, Laterza, Roma-Bari 1999.

37. Sulla famiglia e il suo ruolo nelle società di antico regime, cfr. E. Grendi, *A proposito di famiglia e comunità*, in "Quaderni Storici", 3, 1976, pp. 881-4.

38. È quanto dimostrato, nel caso delle confraternite, da N. Terpstra, *The Politics of Confraternal Charity: Centre, Periphery, and the Modes of Confraternal Involvement in the Early Modern Civil Welfare*, in Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni*, cit., pp. 153-74.

39. Se ne vedano diversi esempi in Barbot, *Le architetture della vita quotidiana*, cit.

40. Che "povertà" non significhi necessariamente indigenza è sottolineato anche da R. C. Trexler, *Charity and the Defence of Urban Elite*, in F. C. Jaher (ed.), *The Rich, the Well-Born and the Powerful. Elites and Upper Classes in History*, University of Illinois Press, Chicago 1973, pp. 64-109.

41. Si vedano, al riguardo, gli esempi contenuti in AVFD, Cart. 111, 112, 113, 114.

42. AVFD, Cart. 235.

43. Barbot, *Le architetture della vita quotidiana*, cit., pp. 184-95.

44. Groppi, *Birbanti e poveri benestanti*, cit., p. 267.

5

Le case per anziani in area veneta: dalle pratiche tradizionali alle soluzioni moderne (secoli XVI-XX)

di *Elena Svalduz*, *Stefano Zaggia*

Il contributo presentato deriva dagli esiti di una ricerca maturata in ambito accademico, presso l'Università degli Studi di Padova[1], relativa ai profili professionali e all'attività svolta da alcuni ingegneri tra Ottocento e Novecento. Tra i numerosi materiali raccolti nel corso della ricerca e riguardanti le attrezzature urbane, le nuove strutture di servizio, o di assistenza e cura della popolazione anziana, realizzate nelle città venete del periodo, sono stati scelti alcuni esempi da porre a confronto con quanto suggerito da manuali per architetti e ingegneri oltre che da riviste specializzate, pubblicati in Italia tra la fine dell'Ottocento e le prime decadi del Novecento.

Nell'organizzare il lavoro siamo partiti da una questione fondamentale, attinente i cambiamenti storici: nell'evoluzione delle dinamiche dell'assistenza esiste una tradizione consolidata fin dall'età moderna e poi ripresa in età contemporanea? O, al contrario, esiste una discontinuità nei criteri di scelta di luoghi di residenza o di parti di città destinate agli anziani? E in che modo ciò influisce nella definizione della forma architettonica?

Non possiamo che partire in questa nostra ricognizione da Venezia, non solo perché negli ultimi decenni è la città che ha subito un impressionante processo di invecchiamento della sua popolazione, fino a diventare l'emblema della cosiddetta struttura d'età a piramide rovesciata, ma anche perché essa presentava già nell'età della Repubblica una rete di strutture edilizie destinate agli anziani. Le più importanti strutture caritatevoli, le strutture della grande assistenza, erano affiancate da luoghi d'ospitalità gratuita diffusi nel contesto urbano. E la "continuità storica" dei tipi è davvero sorprendente nella città lagunare[2], dove troviamo una forte stabilità tanto nella destinazione d'uso e nella gestione di alcuni di questi edifici, divenuti dopo la caduta della Signoria il patrimonio edilizio di base per le congregazioni di carità di Stato, quanto nella permanenza delle indicazioni topografiche.

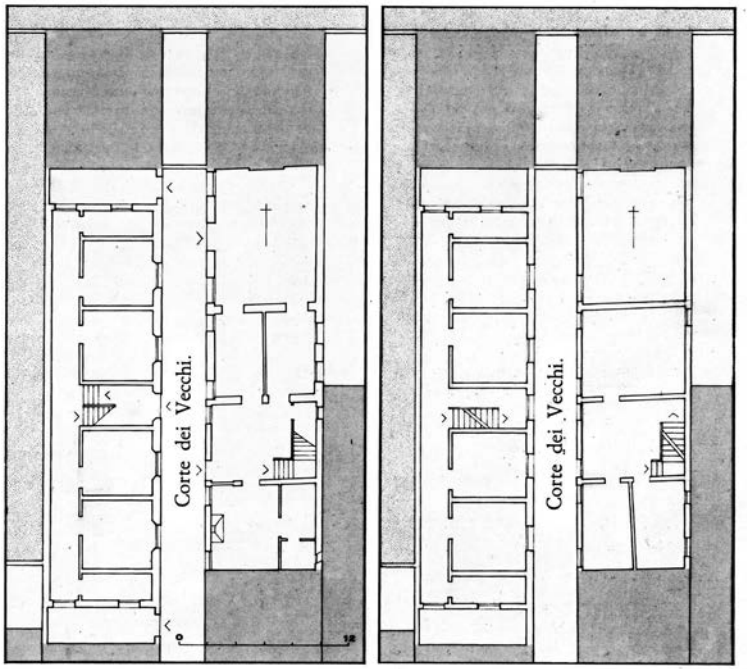
5.1
L'età moderna

Fin dal tardo Medioevo, infatti, Venezia, organizza forme di aggregazione tipiche delle città d'antico regime, con funzioni prettamente assistenziali e di regolazione sociale a favore delle categorie più vulnerabili, in generale, e degli anziani in particolare. Accanto agli ospedali, erano attivi istituti di piccola o piccolissima dimensione destinati ad accogliere persone anziane, bisognose o sole: gli ospizi, appunto, detti anche "casette"[3]. In altre parole sembrano coesistere forme differenti di assistenza. Quella degli anziani non era dunque una categoria sociale a se stante: per le istituzioni governative essa diventava problematica nel momento in cui veniva esposta alla povertà e alla marginalità, o presentava specifici problemi di salute fisica o psichica.

Franca Semi, che si è occupata dell'argomento offrendo una importante ricognizione, ha schematicamente suddiviso l'"offerta istituzionale" (o "volontà istitutrice") tra ecclesiastica, pubblica, semipubblica (commissarie), privata, laica (confraternite, scuole di arti, scuole di devozione)[4]. A Venezia le strutture create per far fronte alle epidemie e alle crisi ricorrenti in antico regime componevano un panorama assai ramificato. Su una di queste è opportuno soffermarci: l'ospizio Priuli rappresenta una testimonianza interessante, perché viene costruito appositamente, non recuperando manufatti preesistenti. La vicenda ha origine dal lascito testamentario (3 maggio 1569) di Lodovico Priuli figlio del doge Girolamo, a favore di un ospizio destinato ad accogliere dodici vecchi poveri, senza figli e senza mogli, veneziani o sudditi, ai quali concedere ogni anno 12 ducati, legna e farina. La struttura era composta da 12 camere oltre a quella del cappellano che aveva l'obbligo di officiare nell'annesso oratorio[5]. Come è stato osservato, la composizione dell'edificio si limita ad accogliere oratorio, corte, stanze per la vita individuale, «in una sommatoria che non produce innovazioni»[6].

Un riflesso della politica assistenziale della Repubblica veneziana può essere visto, come ha sottolineato Myra Nan Rosenfeld ripresa da Manfredo Tafuri, nell'attenzione verso i ceti meno abbienti riservata da Sebastiano Serlio: a differenza di Leon Battista Alberti, di Antonio Averlino detto il Filarete e di Francesco di Giorgio Martini, che pur trattano del tema della casa, egli offre nel suo *Sesto Libro* (*Delle Habitationi di tutti li gradi egli homini…*, 1549-50) modelli per case destinate a poveri (non esplicitamente poveri vecchi), registrando esperienze veneziane e «razionalizzandole in *invenzioni* tipologiche»[7].

FIGURA 5.1
Rilievo della "Corte dei Vecchi" a Venezia, ricovero istituito nel 1569



Fonte: F. Semi, *Gli "Ospizi" di Venezia*, Helvetia, Venezia 1983.

Ad eccezione di Sebastiano Serlio, gli autori di trattati d'età moderna non fanno riferimento a tipi edilizi per poveri, a "casette" semplici, ma danno spazio ad ampie strutture d'assistenza, monumentali ed emergenti in rapporto al contesto urbano. Se in alcuni casi il riferimento ai compiti di accoglienza assolti dai conventi è esplicito[8], dall'età della controriforma in poi si affermerà l'ospedale come soluzione più adatta ad alloggiare (dal latino *hospes*) i bisognosi, in senso lato[9]. Non a caso vi è coincidenza nei riferimenti bibliografici tra i temi dell'ospitalità e quelli degli edifici sanitari[10]: man mano che ci si avvicina alla soglia della contemporaneità, l'accento si sposta nettamente all'ambito della medicalizzazione dei vecchi.

Se ancora nel corso dell'Ottocento il modello prevalente rimane quello tradizionale (il convento a corte chiusa[11], mentre ospizi, gerontocomi, ricoveri

notturni sono soluzioni derivanti dall'ospedale), all'inizio del secolo successivo può essere individuato un primo momento di riflessione da parte degli operatori del settore. Lo confermano le considerazioni inserite nei manuali d'ingegneria e di architettura, che espongono soluzioni pratiche ispirate alle esigenze di assistenza statale, ma che riflettono anche le iniziative solidaristiche e cooperative a cavallo dei due secoli[12]. Su tali soluzioni pesano, infine, le teorie umanitarie diffuse dagli illuministi e dai filantropi, come l'albergo dei Poveri, che tendono a diffondere un'immagine positiva della vecchiaia[13].

5.2
L'età contemporanea

Ci sembra che questo momento di svolta possa essere ben rappresentato dal *Manuale per l'architetto* di Daniele Donghi (1861-1938), in particolare dalla sezione III (pubblicata nel 1916). Figura nodale per la cultura tecnico-architettonica del tempo, Daniele Donghi cerca di importare in Italia, e in Veneto in particolare, le novità e i sistemi costruttivi già affermati all'estero. La sua carriera all'interno dell'amministrazione pubblica di importanti città (da Torino a Padova, a Venezia) e come docente universitario (ordinario di Architettura Tecnica a Padova dal 1910 al 1938) passa in secondo piano rispetto al suo ruolo di divulgatore: uscito sotto forma di fascicoli periodici dal 1893 al 1930, il suo *Manuale* sarà poi pubblicato da UTET tra il 1906 e il 1935). I progettisti del campo edile vi troveranno soluzioni ai problemi sorti in seguito all'uso crescente di tecniche e di sistemi costruttivi innovativi, in particolare del calcestruzzo armato[14]. E diventa strumento di formazione in una fase in cui si cerca di definire la figura professionale dell'architetto: una sorta di guida per la soluzione di problemi tecnici e artistici posti dall'architettura coeva.

Il *Manuale*, che presenta una spiccata finalità pratica, è organizzato secondo una precisa strategia: la trattazione prende avvio dalla definizione di diverse categorie di edifici, delle quali approfondisce gli aspetti tecnico-costruttivi, esponendo infine gli esempi. Una grande importanza è quindi assegnata alle illustrazioni: in totale, nei 10 volumi sono pubblicate circa 10.000 figure, corredate spesso da lunghe didascalie esplicative.

Nel secondo volume, intitolato *La composizione architettonica*, inserisce un capitolo interamente dedicato a *Ricoveri, ospizi, asili vari*, con molte informazioni circa istituti e ospizi non solo italiani: tra gli altri ospizi per anziani, commenta quello di Amburgo e quello femminile di Dresda di G. Semper e Friedrich, colpito forse dal linguaggio degli stili storici che questi edifici esi-

biscono. In primo luogo Donghi identifica le diverse categorie di "ricoveri" o "ospizi" a seconda che siano destinati ad accogliere persone autosufficienti («non abbisognevoli di speciale assistenza medica») e in grado di pagare il servizio (per esempio: convitto per le vedove e nubili di Torino); o che accolgano persone di un determinato ceto «a titolo di ricompensa pei servizi prestati allo Stato o al Comune» (case per invalidi); o ancora «persone oneste indigenti e impotenti al lavoro o per avanzata età o per imperfezioni fisiche, e che sono alloggiate e mantenute a spese del Comune o della Carità privata» (ospizio di carità, ricovero per vecchio o gerontocomio).

FIGURA 5.2
C. Boito, "Casa di riposo per anziani musicisti", pianta del piano terra

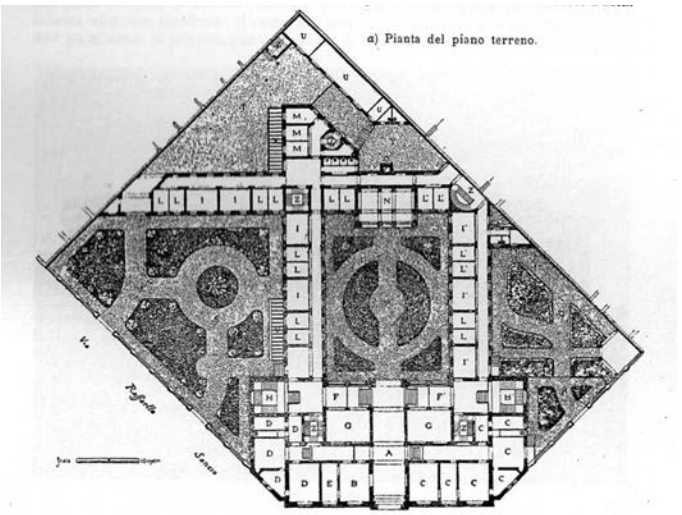


Fig. 645 *a*, *b*, *c*. — Ricovero pei vecchi musicisti a Milano (arch. C. Boito).

A, Ingresso. — B, Portineria. — C, Abitazione del direttore. — D, Amministrazione. — E, Stanza di guardia pel portinaio. — F, F', Vestiboli per i compartimenti maschili e femminili. — G, G', Parlatorii. — H, H', Scale principali per i due compartimenti. — I, I', Camere da due letti per uomini e per donne. — L, L', Camere da un letto. — M, Infermerie — N, Loggia terrena. — O, Camino per i calorifèri e la lavanderia. — P, Cortile centrale. — Q, Giardino per le donne. — R, Giardinetto pel direttore. — S, Giardino per gli uomini. — T, Cortile rustico. — U, Lavanderia e asciugatoio — V, Rampa che scende al sotterraneo per cucina, cantine, ecc. — V, Rialzo sopra le caldaie del calorifero e della lavanderia. — Z, Scale secondarie.

Fonte: D. Donghi, *Manuale dell'architetto*, UTET, Torino 1916, vol. II.

È chiaro, dunque, come "la denominazione di *ricoveri* od *ospizi* abbracci istituzioni di vario genere" (compresi ospizi marini e alpini). Occorre del resto tener presente che tra Ottocento e Novecento si consolida la convinzione che debbano essere allestiti spazi "semicollettivi" che fungano da cerniera fra am-

biti pubblici e privati, per tenere viva la rete dei rapporti interpersonali tra gli ospiti[15]. Appare, in questo senso, particolarmente significativo il posto di assoluto rilievo che Donghi conferisce alla "Casa di riposo per anziani musicisti" (1895-99), ultima opera realizzata da Camillo Boito, e su commissione di Giuseppe Verdi. Per Donghi si tratta dell'esempio più rilevante della tipologia da lui definita "case di ritiro", in alternativa a quella degli «spizi di carità» o «gerontocomi»[16]. In termini generali, nel manuale donghiano le "case di ritiro" vengono definite istituti benefici che concedono ai ricoverati un'abitazione propria e un regime libero. A tal proposito risulta rilevante l'annotazione sulla possibilità per gli stessi di utilizzare «i propri mobili, gli utensili di cucina e le stoviglie»[17]: questo per mantenere il ricoverato nel proprio ambiente.

Un altro aspetto interessante, quello relativo alle norme da seguire «per progettare un istituto del genere», è chiaramente desunto dai casi da lui studiati. Per esempio: le scale «comode, con alzata degli scalini non superiore a cm. 15»; la cappella in asse del fabbricato e facilmente accessibile da ogni piano; non più di tre piani (meglio se a un solo livello sopra il pianterreno o rialzato); le cucine diverse a seconda che il cibo sia somministrato dall'amministrazione (stanze da pranzo o refettori comunicanti con la cucina comune) o cucinette ai piani se gli ospiti preparano il cibo da sé. A questo proposito specifica: «Nella massima parte dei casi gli ammogliati e le donne ricoverate si preparano il cibo da sé, mentre gli scapoli lo ricevono dall'amministrazione. Così molte volte per essi si dispone un *refettorio*: ma l'esperienza ha dimostrato che essi preferiscono mangiare nella propria camera, quando non prendano il cibo addirittura fuori dello stabilimento». Le sue osservazioni tengono quindi conto dei comportamenti sociali degli anziani ospiti.

Donghi assegna alla "Casa di riposo per anziani musicisti" un valore esemplare per la tipologia riferita alle «persone che vi dimorano in regime libero e in abitazione propria»[18]. La qualità del modello è riconosciuta non solo nella razionalità dell'impianto (ampiezza, forma e ordinamento dei locali), ma soprattutto nelle soluzioni decorative esterne e interne: gli spazi comunitari sono impreziositi dalle decorazioni parietali e dai colori; la sala centrale, voltata a botte, è uno spazio di ritrovo e di rappresentazione teatrale con pareti affrescate che partono da uno zoccolo che simula un drappeggio verde[19].

Nel saggio dedicato alla vicenda della "Casa di riposo per anziani musicisti", Massimilano Savorra, ha ricostruito le diverse fasi del progetto, legato alle disposizioni testamentarie e alla volontà del committente, Giuseppe Verdi, che indussero Camillo Boito a modificare un primo progetto per aumentare il numero dei ricoverati tramite l'acquisto di un lotto aggiuntivo[20].

La seconda categoria associata da Donghi alle persone anziane riguarda gli ospizi di carità o "gerontocomi": istituti che, a differenza dei precedenti, accolgono donne e uomini «indigenti e impotenti per età», alloggiandoli «in massa o a gruppi entro dormitori», dove gli alimenti vengono forniti dall'istituto gratuitamente[21]. Si tratta di un dato penalizzante per il soggiorno degli ospiti: «non possono vantare le comodità che ne rendono meglio gradito il soggiorno, benché sia accordata ai ricoverati (non più di 200, 300) sufficiente libertà di moto e di occupazione». Da qui alcune differenze in quanto a disposizione e adattamento dei fabbricati, rispetto alla tipologia di ricoveri esaminata in precedenza. In ogni caso, egli raccomanda la separazione per sessi, disponendo blocchi simmetrici rispetto all'asse dell'area, e non per piani. Prospetta, inoltre, un'ulteriore soluzione: quella di separare per destinazione i fabbricati (l'edificio dell'amministrazione, i dormitori, l'infermeria ecc.) adottando uno schema d'impianto a padiglioni separati.

Il discorso tipologico proposto da Donghi è quindi esemplificato proponendo e commentando alcuni esempi concreti. All'interno di una panoramica europea, così, sono proposti due esempi italiani, ciascuno per alcune delle loro caratteristiche: l'Ospizio generale di carità di Torino, completato verso il 1887 su progetto di Crescentino Caselli, sebbene criticato per la concezione complessiva è apprezzato per la qualità architettonica[22]; il Pio Albergo Trivulzio di Milano (realizzato nel 1910, da Carlo Formenti e Luigi Mazzocchi, su un modello a padiglioni collegati tra loro) è invece apprezzato per la logica d'impianto e le soluzioni tecnologiche.

Tutti questi esempi sembrano avere qualche relazione con il progetto di ospedale presentato da Durand nei suoi *Précis* (II, tav. 18, 1809), commentato da Pevsner[23].

Alla classificazione proposta dal testo donghiano possono essere ricondotti alcuni esempi di residenze per anziani edificate in Veneto, individuati all'interno della casistica più ampia affrontata nella nostra ricerca: da un lato l'ospizio e ospedale geriatrico di Padova (con uno sviluppo edilizio articolato in più fasi dal 1881-1934), dall'altro il convitto Mariutto di Mirano Veneto (1912, di E. Ferrante, "a padiglioni sparsi", di nuova edificazione).

La formazione della Casa di ricovero di Padova, invece, è una vicenda complessa e articolata. Come in molte altre realtà urbane, l'istituto prende avvio nei primi decenni dell'Ottocento, come generico istituto di beneficenza – per anziani, orfani, "casa d'industria" per i poveri – con il reimpiego delle strutture di un convento dismesso in epoca napoleonica. Nel 1881, trasferite le altre categorie di assistiti e divenuto l'edificio di proprietà della sola casa

FIGURA 5.3
Planimetria generale del Pio Albergo Trivulzio

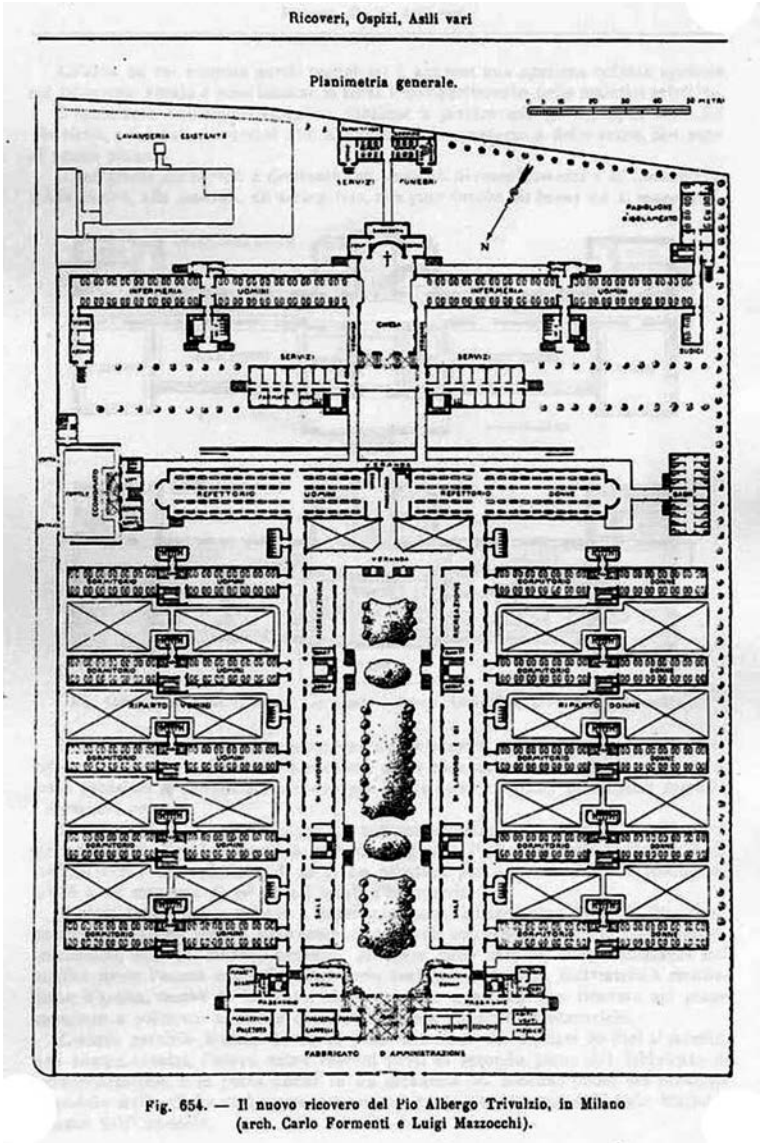


Fig. 654. — Il nuovo ricovero del Pio Albergo Trivulzio, in Milano (arch. Carlo Formenti e Luigi Mazzocchi).

Fonte: D. Donghi, *Manuale dell'architetto*, UTET, Torino 1916, vol. II.

di ricovero, viene attuata una profonda trasformazione sulla base di un progetto elaborato dall'ingegner Giulio Lupati in collaborazione con Eugenio Maestri[24]. Il progetto comporta la costruzione di un nuovo edificio lungo 100 metri, unito alle preesistenze tramite un'ala di raccordo perpendicolare che definisce un secondo cortile porticato. Qui sarebbero state concentrate le sezioni femminili e maschili. In un secondo momento viene definita in maniera unitaria la facciata esterna[25]. Nel 1911, sempre su progetto di Lupati, allora in contatto con Donghi (nel frattempo divenuto docente all'Università di Padova), viene eretto un edificio su piazza Mazzini destinato a ospitare gli uffici amministrativi.

FIGURA 5.4
G. Lupati, "Palazzo degli uffici della Casa di riposo di Padova" (1911), veduta del prospetto principale

Fonte: foto degli autori.

Ulteriori aggregazioni edilizie sono in seguito affiancate al complesso esistente mediante accostamenti paratattici[26]. In definitiva, lavori durati diversi decenni finiscono per determinare un complesso che richiama un sistema vagamente ad ali multiple, distinte solo dalle funzioni. Nel manuale del Donghi la struttura a padiglioni separati viene presentata come alternativa a quella ad ali multiple, il che riflette le tendenze consolidate all'interno dell'edilizia ospedaliera[27]. Le riviste specializzate offrono una panoramica di casi: la casa di riposo ad ali multiple, il cui progetto è redatto dall'ingegner Felice Candeli e dall'architetto Arturo Midana, è presentata dalla rivista "Architettura italiana" (1935) come un felice esempio che tende a «conciliare i vantaggi del tipo a fabbricato unico, verso cui è orientata la tecnica ospedaliera e di quello a padiglioni separati»[28].

5.3
Il secondo dopoguerra: nuove soluzioni

Un'altra fase di discontinuità ci pare poter essere collocata nell'immediato dopoguerra. Nel 1954 Pasquale Carbonara pubblica la sua *Architettura pratica*: sviluppa le considerazioni di Donghi, presentando una panoramica delle più recenti realizzazioni postbelliche. Aggiunge alla trattazione del Donghi una definizione dei "requisiti distributivi essenziali" agli istituti di assistenza per vecchi (suddivisi a seconda che il pensionante goda di un regime libero o in qualche misura coatto):

– la posizione tranquilla ma non troppo appartata. «Le persone di una certa età desiderano vivere in pace, ma non amano sentirsi isolate e troppo lontane dal consorzio umano». La scelta del sito: luogo arioso, non troppo battuto dai venti, comodamente accessibile a piedi e non distante da linee di comunicazione per agevolare le visite;
– la mole ridotta dell'edificio o degli edifici che compongono l'istituto: una casa, più che una caserma o un ospedale. Attenzione: qui «La soluzione ideale di una casa per vecchi è la villa»; è preferibile «la fabbricazione estensiva, articolata o a padiglioni» piuttosto che quella intensiva;
– il numero dei piani: due. Per evitare vertigini ai vecchi che si affaccino dal balcone. Scale illuminate, meglio di ascensori (i vecchi non gradiscono). Rampe inclinate per carrozzine;
– l'abbondanza di terrazze e spazi liberi;
– la possibilità di una vita sana all'aperto;
– la possibilità di dedicarsi liberamente a un lavoro o a un'attività sussidiaria.

Ma come vengono recepite nel dopoguerra queste indicazioni?

In area veneta, un tipo di risposta è quella offerta dalla Casa per anziani e malati cronici di Negrar presso Verona (1955-63), progettata da Carlo De Carli, il quale riprende soluzioni sperimentate nel progetto per il pensionato per anziani di Cimiano (1952-65) in provincia di Milano. La casa presenta una struttura articolata con servizi comuni ai piani terra e primo, e di aggregazione ai vari piani dove sono disposti, con un'inclinazione di 45 gradi rispetto al percorso centrale, i nuclei base (gruppi di camere e camerette). È un edificio a sette piani con corridoio centrale e con numerose soste nel percorso che fanno entrare luce[29]. Se la dimensione e l'impostazione dell'edificio risente delle soluzioni a "monoblocco" dell'architettura ospedaliera tipica del secondo dopoguerra, l'organizzazione degli spazi interni è pensata in rapporto alle possibilità di movimento degli ospiti e alla particolare sensibilità ambientale propria degli anziani.

In definitiva, ci pare che questo sia il momento in cui si passa dalla casa di riposo, nei termini di complesso unitario, alla casa per anziani laddove i gradi di autonomia e le particolari esigenze dei soggetti sono sempre più messe a tema. Sulla scorta degli studi medici di gerontologia e geriatria sviluppatisi negli anni Cinquanta, basati sullo studio delle malattie specifiche della vecchiaia, sull'analisi statistica e su esperienze concrete, così, anche in campo progettuale il «modello dell'istituto totalizzante e chiuso in se stesso» divenne obsoleto[30].

A questo proposito, sul tema della residenza collettiva per anziani, Daniele Calabi (1906-1964) sperimenta soluzioni innovative. Egli si era formato alla scuola di Donghi: si laureò in Ingegneria a Padova nel 1928 (cui seguirono nel 1933-34 gli esami integrativi per la professione di architetto). Dopo un'esperienza a Parigi (1932-33), e prima dell'espatrio a causa delle discriminazioni razziali, svolge attività didattica come assistente volontario di Renato Fabbrichesi, entrando poi nell'organico dell'ufficio tecnico dell'Università di Padova[31]. Possiamo dire che Calabi, quindi, fonda la propria carriera professionale rielaborando, aggiornando e arricchendo di esperienze internazionali l'insegnamento ricevuto dalla scuola padovana così come era stata impostata da Daniele Donghi[32].

Dopo un lungo esilio in Brasile nel dopoguerra ritorna in Italia, prima a Milano, poi a Padova, e inizia ad occuparsi, anche in termini teorici, di architettura sanitaria divenendo uno dei maggiori esperti di edilizia ospedaliera dell'epoca. Le sue concezioni, al di là della normativa vigente che imponeva schemi-tipo predeterminati, furono elaborate a partire dalle frequentazioni intellettuali legate al movimento "Comunità", quindi dal contatto con la sociologia nord-americana e dopo uno studio approfondito dei modelli di organizzazione assistenziale introdotte nelle regioni scandinave[33]. Calabi passa, così, da una concezione di "ospedale ricetto" a quella di "comunità villaggio",

ispirata al motto di Lewis Mumford *not segregation, but integration*, che si pone in alternativa al monoblocco.

Da queste posizioni teoriche, riferite al tema dell'edilizia sanitaria e più in generale all'organizzazione dei luoghi comunitari di degenza, assistenza e ospitalità, derivano i progetti per le residenze destinate agli anziani. Sull'argomento, Calabi scrive anche un saggio, pubblicato nel 1957 su "Comunità", di particolare interesse[34]. Analizzando una serie di esempi internazionali recenti, espone le sue idee che impongono una revisione profonda del concetto di "asilo per vecchi", da ripensare non più in termini di luoghi in cui relegare l'anziano, quanto piuttosto come ambienti funzionali inseriti "in una rete razionale di servizi sanitari". L'organizzazione degli spazi, infine, deve essere orientata alla creazione di un ambiente che appaia il più possibile "domestico", ma in ogni caso dotato di particolari accorgimenti legati alle condizioni dei soggetti anziani.

Una prima verifica concreta di tali assunti è sperimentata nel progetto di una Casa per anziani a Gorizia (1956-67). Nella relazione che accompagna il progetto, Calabi spiega che il complesso è concepito come un «piccolo nucleo urbano organicamente sviluppato attorno ad un campiello il quale, oltre ad assicurare ai ricoverati le migliori condizioni di vita igienica ed associativa, eviterà ogni promiscuità»[35]. Il progetto generale comprende: servizi comuni, un centro medico assistenziale, residenze per 312 posti letto, ma anche botteghe artigiane e una biblioteca.

FIGURA 5.5
D. Calabi, "Casa di riposo di Gorizia" (1956-67), veduta degli edifici

Fonte: da D. Calabi, *Architetture, progetti 1932-64*, Marsilio, Venezia 1992.

Tali concezioni sono ulteriormente sviluppate nelle case per anziani a Ivrea (1958-67), laddove il progetto manifesta un ulteriore interesse per gli aspetti urbani del complesso. L'integrazione con la città, quindi, sarà oggetto di riflessione e posto come tema portante in sede di elaborazione del progetto (non realizzato), per una casa degli anziani a Verona (1961-64). In questo caso, il nuovo edificio doveva integrarsi con una struttura preesistente creando in questo modo uno spazio a corte inserito all'interno del tessuto urbano. L'organizzazione "a villaggio", così, era concepita come frammento urbano germe per la strutturazione di una periferia futura[36].

In definitiva, le opere di Daniele Calabi, innovando profondamente le tipologie residenziali e assistenziali per gli anziani, sembrano quasi recuperare un aspetto della tradizione che abbiamo delineato all'inizio del nostro discorso. L'attenzione posta ai concetti insediativi – "comunitari" a Gorizia (il "campiello"), a Ivrea (piazzetta e nucleo urbano) e a Verona (la corte) – sembra voler reintrodurre la semplicità domestica delle antiche "casette" per anziani veneziane (la "corte dei vecchi") inserite senza soluzione di continuità nel contesto urbano, con forti valenze di solidarietà e di integrazione. Non a caso proprio i tre progetti citati cercano, sul piano del linguaggio architettonico, di recuperare i caratteri dell'edilizia locale: quella che Calabi chiama "umanizzazione dell'architettura", in grado di fornire un'immagine rassicurante[37].

Note

1. Facoltà di Ingegneria, Dipartimento di Architettura, urbanistica e rilevamento; la ricerca è stata coordinata da Giuliana Mazzi.

2. F. Semi, *Gli "Ospizi" di Venezia*, Helvetia, Venezia 1983, p. 26. Si vedano anche M. Tafuri, *Venezia e il Rinascimento. Religione, Scienza, architettura*, Einaudi, Torino 1985, cap. IV sulle case *amore Dei* e, più recentemente, M. Morresi, *Jacopo Sansovino*, Electa, Milano 2000, per un quadro dell'attività di Jacopo Sansovino come "roto" nel campo dell'edilizia "minore".

3. B. Pullan, *Abitazioni al servizio dei poveri nella Repubblica di Venezia*, in G. Gianighian, P. Pavanini, *Dietro i palazzi. Tre secoli di architettura minore a Venezia 1492-1803*, Catalogo della mostra, Arsenale, Venezia 1984, pp. 39-44.

4. Semi, *Gli "Ospizi"*, cit.

5. Ivi, pp. 278-9.

6. Ivi, p. 45.

7. Tafuri, *Venezia e il Rinascimento*, cit., p. 108; *Sebastiano Serlio on Architecture*, vol. II, translated from the Italian by V. Hart, P. Hicks, Yale University Press, New Haven-London 2001; M. N. Rosenfeld, *Sebastiano Serlio on Domestic Architecture*, The MIT Press, Cambridge-London 1996.

8. Giorgio Vasari il Giovane, per esempio, afferma che «una città bene ordinata» deve avere

non solo un ospedale per «i piccoli Innocenti», ma anche per gli infermi (e sottintende altre categorie di persone): divide tra ala maschile e femminile, chiesa, cortile, logge con sopra le camere. Si veda G. Vasari il Giovane, *La città ideale*, a cura di V. Stefanelli, Officina, Roma 1970, p. 94.

9. Nikolaus Pevsner nella sua *A History of Building Types* (Princeton University Press, Princeton 1979) introduce il capitolo sugli *Hospitals* indicando la derivazione etimologica di un gruppo di tipi edilizi (*hospital*, *hospice*, *hostel*, *hotel*) dal latino *hospes*, che rappresenterebbero la moltitudine di funzioni racchiuse nell'ospedale medievale; si veda, inoltre, J. D. Thompson, G. Golsin, *The Hospital. A Social and Architectural History*, Yale University Press, New Haven-London 1975.

10. Si veda D. Donghi, *Manuale dell'architetto*, UTET, Torino 1916, vol. II, *La composizione architettonica*, parte I, sez. III, cap. XVI, *Ricoveri, ospizi, asili vari*, pp. 747-76.

11. G. Zucconi, *La città dell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari 2001, pp. 134-6, 151; A. Scotti Tosini, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei lumi all'Unità*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia*, *Annali 7*, *Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp. 235-96.

12. G. Ottolini, *Spazi e arredi per residenze speciali*, in Id. (a cura di), *Il progetto delle residenze speciali. Spazi e arredi*, Unicopli, Milano 2008, pp. 5-34.

13. P. Carbonara, *Architettura pratica*, UTET, Torino 1954, vol. III, p. 828.

14. M. Savorra, *Daniele Donghi tra ingegneria civile e architettura pratica*, in F. Cosmai, S. Sorteni (a cura di), *La città degli ingegneri. Idee e protagonisti dell'edilizia veneziana tra '800 e '900*, Marsilio, Venezia 2005, pp. 178-85; Id., *La genesi del manuale*, in G. Mazzi, G. Zucconi (a cura di), *Daniele Donghi. I molti aspetti di un ingegnere totale*, Marsilio, Venezia 2006, pp. 235-48.

15. L. Gatti, *Lo spazio abitabile per le persone anziane*, in Ottolini, *Il progetto delle residenze speciali*, cit., pp. 15-34: p. 15.

16. Donghi, *Manuale*, cit., pp. 748-75. In sintesi: M. Savorra, *Boito e la casa per musicisti: un testamento in pietra per lo stile nazionale*, in G. Zucconi, T. Serena (a cura di), *Camillo Boito. Un protagonista dell'Ottocento italiano*, Istituto veneto di scienze, lettere ed arti, Venezia 2002, pp. 167-91; G. Zucconi, F. Castellani (a cura di), *Camillo Boito: un'architettura per l'Italia unita*, Catalogo della mostra, Marsilio, Venezia 2000, pp. 107-10.

17. Donghi, *Manuale*, cit., p. 748.

18. *Ibid.*

19. Gatti, *Lo spazio abitabile*, cit., p. 16.

20. Savorra, *Boito e la casa per musicisti*, cit.

21. Donghi, *Manuale*, cit., p. 758.

22. Il complesso è impostato su uno schema a pettine con cinque padiglioni: i quattro laterali sono rispettivamente dormitori, refettori, laboratori e locali di "trattenimento", mentre il blocco centrale ospita un grande atrio e, al piano superiore, un oratorio a gallerie. I padiglioni definiscono quattro cortili e determinano la separazione tra uomini e donne.

23. Pevsner, *History of Building Types*, cit., pp. 153-5; ma, per il tema dei padiglioni, Scotti Tosini, *Malati e strutture*, cit.; Ead., *I primi ospedali a Padiglioni in Lombardia*, in M. L. Betri, E. Bressan (a cura di), *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, Atti del Congresso, Franco Angeli, Milano 1992, pp. 163-76.

24. I profili professionali sono stati indagati nel corso della ricerca cui si accennava in apertura del saggio.

25. Zucconi, Castellani, *Camillo Boito: un'architettura per l'Italia unita*, cit., scheda III. 57, pp. 104-5.

26. Nel 1921 è necessario un ulteriore ampliamento: la nuova ala lungo via della Vedova (attuale Vendramini) contenente nuovi dormitori, guardaroba, laboratori e lavanderie, realizzata solo nel 1927-28 (progetto ing. Brillo e Menotti Marchiori).

27. S. Della Torre, *Il rinnovamento dell'architettura ospedaliera in Italia: progetti degli anni Trenta*, in Betri, Bressan (a cura di), *Gli ospedali in area padana*, cit., pp. 177-93.

28. *Progetto di Casa di riposo per vecchi*, in "Architettura italiana", XXX, 14, 1935, pp. 386-9.

29. Gatti, *Lo spazio abitabile*, cit., p. 16.

30. Ottolini, *Spazi e arredi per residenze speciali*, cit., p. 3.

31. V. Dal Piaz, *La collaborazione con l'Università di Padova*, in G. Zucconi (a cura di), *Daniele Calabi architetture e progetti (1932-1964)*, Marsilio, Venezia 1992, pp. 31-3.

32. G. Mazzi, *L'insegnamento dell'architettura tecnica nella scuola di Padova*, in Mazzi, Zucconi (a cura di), *Daniele Donghi*, cit., pp. 205-18.

33. G. Zucconi, *Ospedale e antiospedale: realizzazioni e progetti tra due modelli contrapposti (1954-64)*, in Id. (a cura di), *Daniele Calabi*, cit., pp. 91-7.

34. D. Calabi, *L'assistenza e le case di riposo per anziani*, in "Comunità", 54, 1957, pp. 60-6.

35. *Ibid.*

36. D. Calabi, *La città e l'organizzazione dell'assistenza*, in "Comunità", 93, 1961.

37. Zucconi, *Ospedale e antiospedale*, cit.

6
Residenze svedesi per anziani in coabitazione

di *Jacopo Gresleri*

> Fa' di ogni posto un luogo,
> di ogni casa e di ogni città una serie di luoghi,
> poiché una casa è una piccola città
> e una città una grande casa.
>
> A. Van Eyck, 1962

6.1
I significati dell'abitare

Dal punto di vista semantico il termine "abitare" significa: "vivere, risiedere, alloggiare in un luogo o con qualcuno", individuandone l'etimologia nel termine latino *habitāre*, "continuare ad avere, trovarsi"[1]. Il primo significato indicato è quindi quello di *vivere*, verbo che sottende l'idea di esserci, di presenza fisica, e quindi possibilità di allacciare e intrattenere relazioni interpersonali nell'ambito di una dimensione non confinabile a una singola sfera sociale. Questa definizione – certamente condivisibile sul piano teorico – apre però a una visione più ampia e complessa dell'argomento, fin troppo spesso inteso solo come l'azione del vivere in un ambiente, perlopiù domestico. Intervengono altri aspetti e fenomeni che concorrono a definire l'ambito dell'abitare: gli spazi privati, quelli pubblici, quelli collettivi e quelli individuali (in riferimento all'etimologia latina già menzionata del *trovarsi*), ma anche le relazioni fra un ambito e l'altro, fra gli individui-utenti, fra gli elementi che ne definiscono le peculiarità, trasversalmente rispetto ai settori disciplinari che ne studiano e comprendono le numerose realtà[2]. Non mancano studi sull'abitare, in ambito antropologico, sociologico, urbanistico e architettonico[3]. Eppure sono proprio i molteplici elementi che concorrono a definire questa azione che ampliano gli ambiti di ricerca e di approfondimento dell'argomento, rendendolo sempre attuale e in costante evoluzione: il mutare delle condizioni sociali o ambientali in cui si osserva il fenomeno determina una serie di cambiamenti fortemente correlati fra loro, che costringono a una costante revisione delle forme e delle realtà in cui si opera.

Nel complesso quadro dei mutamenti che caratterizza l'epoca attuale, emergono spesso aspetti che attengono alla questione dell'abitare; in particolare, nell'intreccio tra nuove esigenze, cultura progettuale e modi di abitare sono emerse e si stanno consolidando specifiche articolazioni della tipologia abitativa definite "residenze speciali": quelle "per anziani" costituiscono un settore particolarmente rilevante, anche a fronte delle modificazioni intervenute negli ultimi anni nella cosiddetta "piramide delle età". Se però, dal punto di vista assistenziale e ospedaliero, molto è stato già fatto a livello internazionale attraverso l'istituzione di nuove forme residenziali, centri semipermanenti o "paraospedalieri" ecc.[4], ben poche sono invece le soluzioni architettoniche che investono l'ambito residenziale di coloro i quali possono continuare a vivere autonomamente.

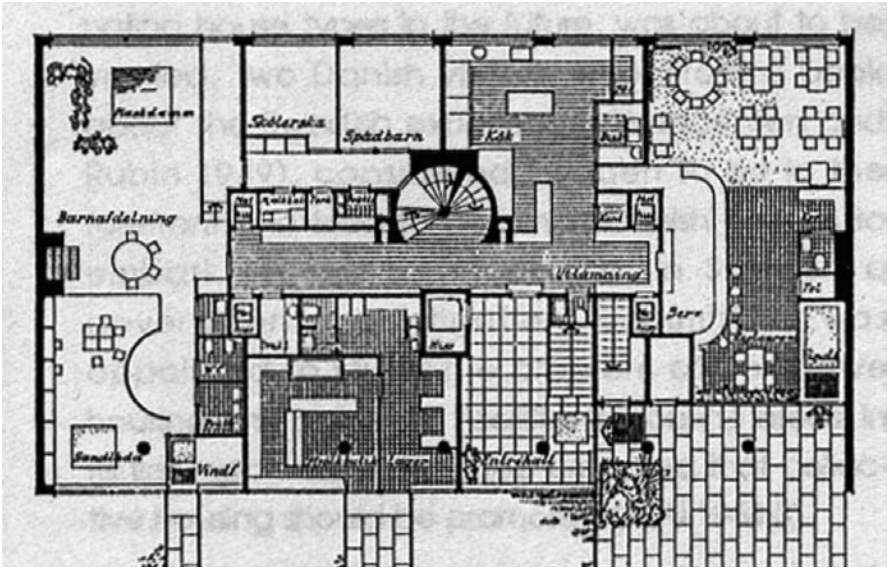
6.2
L'esperienza svedese

Di grande interesse – e particolarmente attinenti alle proposte avanzate in ambito comunitario dal Parlamento Europeo[5] – sono le forme abitative (non solo per anziani) che elaborano una compresenza di spazi pubblici e privati e che presentano caratteristiche di duttilità dei modelli adottati e delle fruizioni. Esse dimostrano la possibilità di concepire, progettare e realizzare forme abitative per individui autosufficienti in grado di soddisfare le esigenze mutate e mutevoli dei residenti stessi. La novità non è quindi la presenza dei – pur importanti – sistemi tecnologici ausiliari (domotica), quanto piuttosto la realizzazione e l'evoluzione delle *kollektivhus*, particolari soluzioni residenziali che coinvolgono gli abitanti in *un'attiva partecipazione alla vita collettiva* e che forniscono loro servizi e disponibilità di spazi diversamente irreperibili in altri contesti abitativi.

Modello residenziale risalente alle utopie di Thomas More e al Falansterio[6] di Charles Fourier, la tipologia della *kollektivhus*[7] (o *collective housing* o semplicemente *co-housing*) si è diffusa soprattutto nell'ex Unione Sovietica all'inizio del XX secolo e più recentemente nel Nord America, ma è nei paesi scandinavi (in particolare Svezia[8] e Danimarca) che questa forma residenziale si è evoluta, a partire dagli anni Sessanta e Ottanta del Novecento. Nella molteplicità dei modelli realizzati, quello di tipo svedese più degli altri sembra riuscire a dare una risposta concreta – fra le tante possibili – alla questione abitativa sollevata dalla Comunità Europea in merito alla domanda residenziale di anziani e non. Frutto anche dell'evoluzione storica delle tipologie abitative

per anziani in Svezia (cfr. FIG. 6.2)[9] e delle generali linee guida formulate nel 1995 dal governo svedese e dal Nordic Council of Minister, questa tipologia offre la possibilità di risolvere aspetti pratici, economici, sociali e ambientali in un'unica soluzione, rendendo la coabitazione più attiva e indubbiamente più interessante rispetto ad altre forme residenziali.

FIGURA 6.1
Pianta del piano terra della residenza collettiva di Ericssongatan 6 a Stoccolma (Sven Markelius, 1935)



Fonte: D. Urban Vestbro, *From Central Kitchen to Community Cooperation: Development of Collective Housing in Sweden*, in "Open House International", 2, 1992, p. 31.

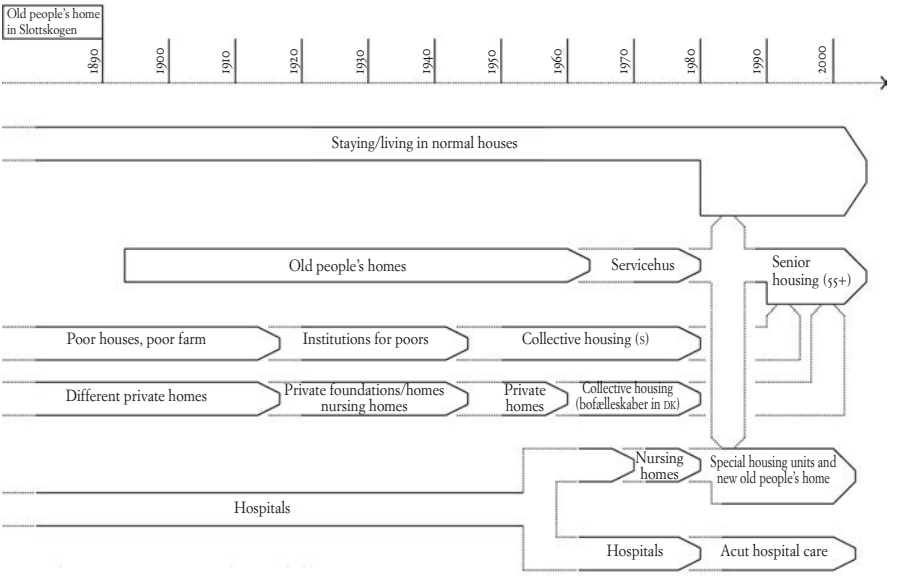
Per residenza collettiva si intende un'abitazione dove «families and individuals share everyday activities and duties like housekeeping, meals, childcare, etc.»[10]. Altre definizioni sottolineano, invece, gli aspetti della condivisione di attività, servizi, attrezzature e mansioni, ma resta sempre per tutti imprescindibile l'idea di vita vissuta "in comune" mantenendo, al contempo, la propria identità e indipendenza[11]. Una prima classificazione individua otto modelli di residenza collettiva[12]:

1. residenza multifamiliare con servizi collettivi nell'area dove sorge l'abitazione. In Svezia queste soluzioni vennero chiamate *service blocks* o *integrated service centers* e in esse erano presenti centri prescolastici, lavanderie, servizi di ristorazione, reception ecc.[13];
2. unità abitative collettive, con una cucina centrale comune e altre attrezzature presenti nell'edificio connesse con i singoli appartamenti. Questo tipo è suddiviso in tre categorie:
a) residenze collettive classiche, basate su servizi gestiti da personale sempre presente il cui compito è quello di ridurre ai residenti il peso e il numero di lavori domestici;
b) piccole residenze collettive (*det lilla kollektivehuset*) basate sul lavoro comune e per questo definite anche *self-work model*, costituite da un'unità di 10-50 appartamenti e da alcuni servizi. I residenti si prendono cura della preparazione del cibo e di altri compiti con impegno comune;
c) *service housing* (*servicehus*) per anziani. Questa struttura è combinata con unità abitative collettive per tutti, dove le attrezzature comuni sono adoperate dalle varie categorie di residenti;
3. residenze collettive per categorie specifiche di utenti quali persone anziane, studenti, persone con disabilità ecc.;
4. *Danish cohousing* (*bofællesskab*) dove alcune persone avviano e pianificano collettivamente la propria residenza di gruppo. Le connessioni interne all'edificio non sono sempre presenti, ma vi sono spesso attrezzature comuni oltre alla cucina. Questo tipo di residenza si sviluppa generalmente su un solo piano e nasce dalla compartecipazione degli abitanti al fine di generare un forte senso comunitario;
5. *housing communes*, dove più di quattro persone (non imparentate) vivono e mangiano assieme, solitamente in un'unica grande unità-famiglia. In genere sono realizzate in grandi residenze unifamiliari o grandi appartamenti, dunque prive di specifiche caratteristiche architettoniche;
6. *production communes*: gruppi di persone (non imparentate) lavorano e vivono assieme.

Questi raggruppamenti non costituiscono un rigido schema poiché non sempre esiste una così netta differenza fra una residenza collettiva e l'altra: talvolta le funzioni e le caratteristiche si sovrappongono e generano forme ibride, come quella rivolta specificamente a un'utenza di soli anziani, la *senior co-housing* (*seniorboende*). Si tratta di un modello paragonabile a quello danese (*seniorbofælleskab*) e, a seconda dei servizi presenti e delle singole caratteristiche costruttive, può essere assimilato a uno o più dei modelli sopra descritti.

Le *senior co-housing*[14] sono dette anche *55+ housing* poiché, fra le condizioni esistenti per essere ammessi in una di queste "comunità", è necessario avere almeno 55 anni, essere in buona salute e non vivere più coi propri figli. Proprio l'assenza di bambini rende così diversa la *senior co-housing* dalle più tradizionali forme di residenze collettive, specialmente per quanto riguarda l'uso e le soluzioni adottate per migliorare l'accessibilità dell'edificio.

FIGURA 6.2
Evoluzione storica delle tipologie abitative per anziani in Svezia



Fonte: elaborazione di uno schema del prof. Jan Paulsson, Goteborg (2004).

Fin dall'inizio, le *senior co-housing* hanno suscitato grande interesse sia da parte delle amministrazioni che da parte degli anziani (che dichiarano di sentirsi più sicuri e meno soli), perché in esse si sviluppano relazioni sociali fra i residenti e il vicinato, diventano volano di nuove attività con altri anziani del quartiere e il miglioramento della qualità dei servizi a disposizione e degli standard abitativi e dei luoghi destinati alla vita collettiva, favoriscono occasioni di condivisione di esperienze e di mansioni da svolgere in collaborazione. Inoltre, la più ridotta dimensione degli appartamenti ne rende più facile

la manutenzione e la pulizia. Infine, elemento non trascurabile, le residenze collettive vengono realizzate, in genere, in aree centrali di città o di quartieri, aspetto questo estremamente apprezzato dalle persone anziane, che non sempre gradiscono vivere in zone periferiche[15].

6.3
L'abitare comunitario

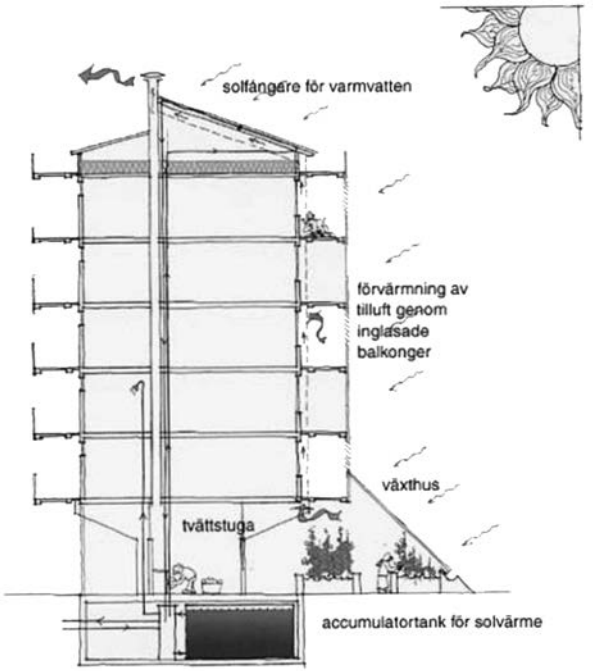
Dal punto di vista architettonico non si riscontrano particolari novità, né costruttive, né planimetrico-distributive rispetto alle residenze comunemente intese: appartamenti di varie dimensioni si affacciano su un corridoio comune lungo uno o entrambi i lati dello stesso. Ciò che rende invece uniche queste abitazioni è il vasto apparato di spazi e servizi accessibili ai residenti e, in qualche raro caso, anche alla comunità del quartiere. L'obiettivo non è, infatti, quello di rendere il complesso autonomo dall'area in cui si trova, né di accentuare quel processo di emarginazione che coinvolge, a vari livelli, quasi tutte le residenze per anziani; fine ultimo della presenza dei servizi è quello di stimolare l'anziano e di metterlo in contatto con gli altri residenti. Ciò determina una serie di scelte strettamente connesse fra loro, come ad esempio il numero relativamente ristretto di residenti (il che facilita la conoscenza reciproca, i rapporti diretti e i legami stabili) o la compresenza di anziani e di lavoratori adulti, così da costituire una comunità in cui ognuno partecipa alle attività di mantenimento dell'edificio e di conduzione della vita quotidiana secondo le proprie possibilità.

Il concetto di vita comunitaria, così evidente in quanto detto finora, non va però inteso come un ostacolo all'individualità, alla privacy. Ogni persona ha il proprio appartamento e nessuno è forzato a condividere spazi e tempi della collettività: nonostante le ridotte dimensioni degli appartamenti, ognuno di essi dispone di una cucina completa, il che consente di prepararsi da mangiare autonomamente, di avere invitati, di ospitarli la notte, di accogliere bambini e nipoti.

Tutto questo produce fondamentali ricadute anche dal punto di vista progettuale. Innanzitutto la disposizione dei servizi collettivi all'interno del fabbricato, che vengono generalmente concentrati in uno o due piani: per facilitare la fruizione di cucine, biblioteche, sale lettura e quant'altro, si preferisce collocarle – quando possibile – al piano terra, mettendo così in relazione l'interno dell'edificio con l'esterno. La sequenza distributiva, in genere, prevede uno schema più o meno ripetuto: dall'ingresso o dal corridoio si accede alla camera da pranzo. Da qui si raggiungono le cucine e il magazzino oppure

il soggiorno e la sala lettura, cosicché gli ambienti possano mantenere una loro autonomia nell'uso ma essere all'occorrenza ampliati, generando nuove connessioni e fruizioni spaziali in relazione alle differenti necessità: la sala da pranzo può essere estesa nel soggiorno in caso di presenza di feste, di celebrazioni o in presenza di invitati e a sua volta il soggiorno può estendersi nella sala da pranzo in occasione di concerti o letture, consentendo una plurima configurazione spaziale. Lo stesso dicasi per altri ambienti accessori come la sala da cucito o quella di informatica, il giardino o il laboratorio. Per quanto possa apparire un fattore marginale, la duttilità degli ambienti (che nulla ha a che fare con quelli genericamente detti "multifunzionali") è obiettivo del progettista fin dai primi schemi di progetto e costituisce uno dei requisiti inderogabili posti dagli stessi residenti.

FIGURA 6.3
Gårdsten, Göteborg, Svezia (1960-1999). Schema di sezione



Fonte: C. Nordström, *Möjligheter för miljonprogrammet*, AB Svensk Byggtjänst, Stockholm 1999.

Altrettanto importante è la presenza di luoghi la cui destinazione d'uso non è definita: piccole aree attrezzate per sostare lungo il corridoio, angoli per la lettura, pianerottoli predisposti alla sosta, *bow-windows* negli spazi comuni ecc. concorrono a fornire ambienti in grado di essere adoperati senza specifica indicazione. Questa libertà, raramente riscontrata in altre forme abitative per anziani (dove ogni ambiente è, invece, destinato a una specifica funzione), deriva dal concetto di residenza intesa come grande appartamento collettivo in cui viene riproposto lo schema "ambienti privati e ambienti collettivi" tipico dell'abitazione comune, ma a una scala maggiore: le stanze sono sostituite dagli appartamenti dei residenti e i luoghi collettivi sono molteplici. La riproposizione a grande scala dei rapporti d'uso esistenti in un ordinario appartamento fa della comunità residente nella *kollektivhus* una "grande famiglia" dove i singoli membri si rapportano gli uni agli altri secondo personali livelli di indipendenza.

Un'altra prerogativa è il controllo dell'accessibilità degli spazi e della luminosità degli ambienti, da cui l'uso ricorrente di finestre in lunghezza o di ampie superfici vetrate. Il contatto visivo con l'ambiente esterno, specie per coloro che hanno difficoltà a recarvisi durante i mesi invernali, è considerato fattore fondamentale per evitare sensi di straniamento e per ridurre la possibilità di insorgenza di fenomeni depressivi.

Anche l'importanza attribuita – specie nei paesi nordici – agli aspetti ambientali (in particolare dopo il protocollo di Kyoto) ha cominciato a condizionare queste forme abitative dal punto di vista architettonico. Pertanto non è raro trovare all'interno dell'edificio, ad esempio, ambienti destinati alla raccolta differenziata e alla trasformazione dei rifiuti organici in composti reimpiegati poi dagli stessi residenti per la coltivazione di fiori e piante (promuovendo atteggiamenti virtuosi che favoriscono e stimolano ulteriori attività), o luoghi di accumulo e filtraggio delle acque piovane per il loro riuso domestico o, ancora, spazi coperti da vetrate che sfruttano l'effetto serra per la climatizzazione degli ambienti comuni e doppi volumi che favoriscono i moti convettivi delle masse di aria riscaldata. Le soluzioni tecnologiche relative all'eco-sostenibilità trovano nelle residenze collettive una crescente applicazione, intrecciandosi con le soluzioni architettoniche in modo determinante, influenzando sempre più le scelte progettuali e formali.

Fra i numerosi esempi realizzati in Svezia, di grande interesse, va menzionata la residenza Färdknäppen di Stoccolma, in cui non vivono solo anziani: già nel programma fondativo del 1990 si evince che le intenzioni di chi ha progettato questa abitazione erano volte a costituire un gruppo eterogeneo di residenti, metà dei quali pensionati e metà ancora in età lavorativa. I parametri

richiesti per vivere a Färdknäppen sono gli stessi richiesti per altre residenze per anziani (cioè non aver bisogno di cure costanti al momento dell'ingresso e di non vivere coi propri figli), ma si abbassa il limite di età a 40 anni, formando così una "comunità-famiglia" dove i membri più giovani svolgono quelle mansioni che gli anziani non sono più in grado di fare e, al tempo stesso, gli anziani si occupano di alcune faccende domestiche quando i più giovani sono impegnati al lavoro; questa presenza "mista" è molto importante – a detta anche degli stessi abitanti – per mantenere vivo lo "spirito" di e nella comunità.

FIGURA 6.4
Scheda di catalogazione della *kollektivhus* Färdknäppen, a Stoccolma

Fonte: J. Gresleri, *Residenze per anziani: l'istituzione negata*, CLUP, Milano 2007, p. 11.

A Färdknäppen abitano 55 persone, alcuni single, altri in coppia. Il numero contenuto consente di stabilire rapporti diretti e legami stabili, dovuti alla frequentazione e alla conoscenza reciproca. Sulla base dell'esperienza acquisita con le precedenti realizzazioni di abitazioni collettive, si è dimostrato infatti che un numero di residenti compreso fra i 15 e i 50 è da considerarsi ottimale per favorire lo strutturarsi dei rapporti sociali e il loro mantenimento[16].

Un'altra caratteristica di questa abitazione consiste nel fatto che gli appartamenti non sono in vendita. Questo permette di avere residenti eterogenei per estrazione sociale e per reddito, anche se l'idea di "con-vivere" e la condivisione di alcuni valori che sono alla base di questa forma abitativa determinano una presenza di persone simili per educazione, in genere di estrazione piuttosto alta: scienziati, giornalisti, architetti, scrittori, docenti universitari, insegnanti ecc. Vivere a Färdknäppen è ritenuto fortemente stimolante, anche dal punto di vista intellettuale: gli abitanti parlano molto fra loro, si confrontano con l'esterno, discutono di avvenimenti quotidiani, mostrano fotografie dei propri viaggi a chi non è più in grado di farne, scambiano conoscenza, esperienze di vita e cultura.

Ulteriore aspetto rilevante è la concentrazione degli spazi collettivi al piano terra. Nonostante non siano accessibili anche al resto della popolazione del quartiere, la loro collocazione ne rende possibile l'uso in occasione di particolari eventi celebrativi e mette gli abitanti di Färdknäppen in continuo contatto (anche solo visivo) con gli altri.

Tuttavia, l'elemento di differenza indubbiamente più importante consiste nella partecipazione alle attività della comunità e alla manutenzione dell'edificio: è una *kollektivhus* basata sul lavoro comune, ognuno secondo le proprie capacità. Ogni residente si fa carico di risolvere qualche faccenda quotidiana, dalle pratiche all'ufficio postale, alle piccole riparazioni domestiche, dal prendersi cura dei residenti ammalati, al fare la spesa. Alcuni dei compiti svolti riguardano anche la pulizia delle parti comuni, della cucina, dei pavimenti e delle scale, oltre alla manutenzione del giardino[17]. Questa partecipazione rende inoltre i residenti indipendenti da istituzioni esterne e particolarmente attivi, siano essi anziani oppure no ed esclude ogni forma di istituzionalizzazione. Fra tutte le mansioni svolte collettivamente, la più importante e la più sentita è certamente la manutenzione e l'uso della cucina, il disegno della quale venne appositamente affidata a un'esperta della progettazione di tali ambienti per residenze collettive, a testimoniare l'importanza attribuita a questa speciale funzione domestica sin dalla sua ideazione. Di tipo professionale, la cucina è collegata da un lato direttamente al magazzino dei viveri al piano interrato e, dall'altro, con la sala da

pranzo in grado di ospitare tutti i 55 residenti contemporaneamente (altro elemento importante per sviluppare il senso comunitario). Cucina e sala da pranzo occupano la testata dell'edificio e sono in diretto contatto visivo con l'esterno sia durante la preparazione del cibo, sia durante la sua consumazione. Nei mesi estivi anche il giardino antistante la sala da pranzo diventa un luogo di incontro e di aggregazione, per chiacchierare, leggere i libri che i residenti mettono a disposizione di tutti o guardare la televisione.

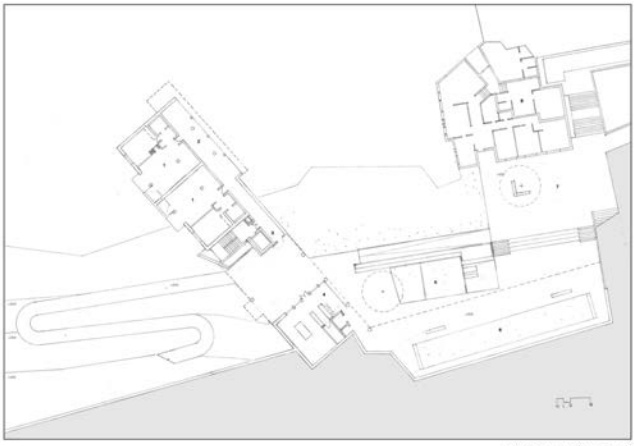
6.4
L'esperienza italiana

In questi ultimi due anni anche in Italia si stanno avviando esperienze di residenze collettive. Tuttavia queste non possono e non devono essere l'unico modello realizzabile. È necessario rivedere anche l'esistente edificazione e un modello alternativo a quello descritto finora potrebbe essere costituito dalle intuizioni che nascono nell'esaminare la struttura di un centro storico antico come quello di Bologna[18]. La sua conformazione urbanistica e gli elementi architettonici adottati costituiscono un'interessante soluzione per la progettazione e lo sviluppo della città in funzione di un'utenza allargata, tenendo in considerazione la compresenza di bambini, adulti e anziani e le loro differenti esigenze. Il modello tipologico della residenza sviluppatasi sul "lotto gotico" condensa funzioni collettive e individuali in spazi pubblici, semipubblici e privati: i negozi al piano terra, gli appartamenti ai piani superiori, i "pozzi" per la luce e l'aerazione, i giardini interni, le terrazze, il portico. Proprio quest'ultimo – vero e proprio "sistema architettonico" ramificato sull'intera area urbana – diventa *luogo* per eccellenza, in grado di sollecitare relazioni sociali e di fornire a giovani e anziani percorsi protetti e facilitati.

In conclusione, appare ormai chiaro che per affrontare la progettazione di queste residenze, rispondenti alle necessità documentate e alle richieste avanzate in ambito europeo e nazionale, non è sufficiente avvalersi solo della normativa e dei dati statistici: molti aspetti del "fare" sono legati alla capacità del progettista di relazionarsi con una categoria estremamente eterogenea e di "indagarla" attivamente conoscendone le molteplici peculiarità, il che rende ogni assolutismo fuorviante e inutile. Pertanto l'abitare, per l'anziano, non deve procedere secondo modelli standard, ma in forte relazione con il luogo e le caratteristiche ambientali, nella consapevolezza che non va individuato *il*, ma *un* modo di abitare corretto per l'anziano, da inserirsi in un contesto ampio sia tipologicamente che di servizi. Appare, inoltre, l'opportunità di realizzare

non una residenza *per* anziani, ma abitazioni comuni dove accorgimenti progettuali consentano un uso indifferenziato da parte di qualsiasi utente, *compreso* l'anziano, al quale facilitare una permanenza prolungata nella propria abitazione e nel proprio territorio. L'adattabilità degli spazi abitativi diventa prerogativa di ricerca, consci che le necessità dell'anziano variano nel tempo e che con esse deve variare anche lo spazio con cui l'individuo si relaziona. La capacità di chi progetta e amministra questi luoghi di fornire una vasta gamma di opportunità abitative (non in contrapposizione, ma in stretta relazione, affiancando una soluzione all'altra) costituisce, dunque, la risposta migliore alle diverse esigenze di persone differenti.

FIGURA 6.5
Progetto per una residenza collettiva di tipo svedese a Grizzana Morandi (BO). Ipotesi di completamento del progetto per il complesso parrocchiale realizzato da A. Aalto



Fonte: J. Gresleri, *Residenze per anziani: l'istituzione negata*, CLUP, Milano 2007, p. 107.

Nell'osservare il ruolo fondamentale che acquisisce la pluralità funzionale dell'intervento in virtù della realizzazione di un luogo consono all'abitare di tutti, tornano alla mente le parole che Herman Hertzberger aveva pronunciato già negli anni Sessanta e che avevano trovato concreta applicazione nei suoi interventi:

qualsiasi cosa cui sia stata data un forma dovrebbe funzionare meglio, cioè dovrebbe essere più adeguata a fare ciò che ci si aspetta, da parte di differenti persone in situazioni e in momenti differenti. Qualsiasi cosa ci proponiamo di realizzare, noi dobbia-

mo tentare non solo di soddisfare i requisiti funzionali in senso stretto, ma di servire più di uno scopo. Così potrà rivestire quanti più ruoli sia possibile per il beneficio di ogni differente utente. Ciascuno sarà in grado di reagire alla forma in modo personale e interpretarla individualmente, per integrarla negli spazi familiari intorno a lui.

Note

1. *Dizionario Sabatini-Coletti della lingua italiana*, Rizzoli Larousse, Milano 2006.

2. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a J. Gresleri (a cura di), *L'arte dell'abitare*, in "Inchiesta" (numero monografico), XXXVII, 157, 2007.

3. Per una dettagliata bibliografia si rimanda a J. Gresleri, *Residenze per anziani: l'istituzione negata*, CLUP, Milano 2007.

4. Per una interessante panoramica delle soluzioni adottate si suggerisce la consultazione della rivista "A&A". Alcuni esempi sono trattati anche in Gresleri, *Residenze per anziani*, cit.

5. Si leggano a tal proposito i "Principi ONU per le persone anziane" adottati dall'Assemblea Generale del 1991 e la *G.U.* 16 giugno 1998, n. C 148, p. 61.

6. «Dal francese *phalanstère*, nome di un edificio collettivo ideato dall'utopista francese C. Fourier (1772-1837), nel quale gli abitanti non usufruiscono di abitazioni separate: i vecchi alloggiano al piano terreno, i fanciulli nell'interrato e gli adulti nei piani superiori» (Dipartimento di Architettura e Urbanistica, Roma 1968, II, p. 310).

7. «Il termine *kollektivhus* pare essere stato introdotto in Svezia dal Movimento Razionalista. Questo modello abitativo fu sviluppato soprattutto da Sven Markelius e da Alva Myrdal (ministro svedese e negoziatore ONU, Nobel per la Pace nel 1982), modello considerato uno strumento per condividere i servizi del personale impiegato – come avveniva nei primi esperimenti svedesi – che consentiva alla donna di combinare l'impegno nello svolgere le faccende domestiche con l'impiego professionale. Inoltre, questa residenza era un luogo ideale per i bambini che non potevano essere seguiti dai genitori impegnati al lavoro, facilitando la vita quotidiana delle famiglie in una più equilibrata e corretta ripartizione dei ruoli fra i genitori» (Gresleri, *Residenze per anziani*, cit., p. 61).

8. Il prototipo di questa forma abitativa è la residenza collettiva di John Ericssongatan 6, progettata da Sven Markelius nel 1935. L'edificio prevedeva al piano terra un asilo per i figli delle famiglie che abitavano negli appartamenti ai piani superiori, un ristorante e un piccolo negozio. Coloro i quali non volevano mangiare al ristorante, potevano richiedere il cibo e farselo consegnare in camera attraverso i montacarichi, liberando i residenti dal compito della preparazione quotidiana. Gli appartamenti erano di 33-45 m^2, costituiti da una sola camera da letto e un soggiorno, molto piccoli, dunque, per famiglie con più di un figlio. A differenza delle esperienze sovietiche (fondate sul concetto di divisione dei lavori e di partecipazione alla vita quotidiana da parte degli abitanti. Cfr. C. Caldenby, *Vad är ett kollektivhus?*, Graphic System, Göteborg 1992), le prime residenze collettive svedesi si basavano non sul lavoro cooperativo, ma sulla presenza di personale che prestava servizio agli affittuari in cucina, in lavanderia ecc. Si veda anche D. Urban Vestbro, *From Central Kitchen to Community Cooperation: Development of Collective Housing in Sweden*, in "Open House International", 2, 1992, pp. 30-8.

9. Gresleri, *Residenze per anziani*, cit., p. 34.

10. J. Paulsson, *Art, Architecture, and Design. Notes on the Nature and Contents of Nordic*

Models during the 20th Century, in Id. (ed.), *What is the Nordic Model?*, Atti del Convegno, Centre for Pacific Asia Studies (CPAS), Stockholm University, Stockholm 2003, p. 9.

11. Urban Vestbro riporta alcune definizioni sviluppate da altri studiosi di questo argomento, importanti per cogliere alcune sfumature: «housing with more communal spaces or collectively organized facilities than in conventional housing»; «collaborative communities»; «multi-family housing unit with private apartments and communal spaces such as a central kitchen and a dining hall, where residents do not constitute a special category»; «housing that features spaces and facilities for joint use by all residents who also maintain their own individual household» (D. Urban Vestbro, *Collective Housing to Cohousing – A Summery of Research*, in "Open House International", 2, 2000, pp. 164-78).

12. Cfr. D. Urban Vestbro, *Collective Housing in Scandinavia. How Feminism Revised a Modernist Experiment*, in "Open House International", 4, 1997, pp. 329-42.

13. Questo genere di edifici, veri e propri quartieri, fu realizzato soprattutto attorno agli anni Settanta e accoglieva dai 3.200 ai 15.000 abitanti, ma l'eccessiva estensione di questi complessi, le conseguenti difficoltà di socializzazione e di orientamento e gli alti costi di manutenzione ne hanno determinato la fine.

14. Per approfondimenti e dati relativi, si rimanda all'indagine condotta nel 2002 da J. Paulsson, J. S. Choi, *Senior Cohousing in Denmark and Sweden*, Atti del Convegno ENHR (Cambridge, 2-6 luglio 2004), CPL, Göteborg 2004, p. 2.

15. Stando ai dati raccolti dalla ricerca compiuta sul campo, a oggi esistono in Svezia 50 residenze collettive. Calcolando una media di 50-60 residenti per ogni residenza, si può ritenere plausibile che circa 3.000 persone vivano nelle *kollektivhus*.

16. Cfr. Urban Vestbro, *Collective*, cit.; E. Berg, *Det lilla kollektivhuset. En modell för praktisk tillämpning*, Building Research Council, Stockholm 1982.

17. Tutti prendono parte alla preparazione del cibo: ogni sei settimane un nuovo gruppo composto da 5-6 persone sostituisce quello precedente, occupandosi dell'acquisto delle materie prime e della loro preparazione, della cottura del cibo tenendo conto delle singole esigenze alimentari degli altri residenti. Queste mansioni rendono la comunità indipendente da servizi forniti dall'esterno (ad esempio la preparazione del cibo) e, proprio in virtù dei lavori da loro svolti, l'impresa pubblica di costruzioni proprietaria dell'immobile, *Familjebostäder*, riduce l'affitto per le parti comuni. Con i soldi risparmiati, i residenti possono pagare un giardiniere che si occupa di quei lavori di manutenzione particolarmente faticosi o di più difficile esecuzione. A fianco del contatto umano, vivere a Färdknäppen determina anche vantaggi pratici ed economici: il pranzo comune, ad esempio, consente di risparmiare molto tempo ed è certamente meno caro che preparare il cibo individualmente.

18. La bibliografia sulle questioni legate alle interpretazioni spaziali e tipologiche del centro storico di Bologna è, naturalmente, sterminata. Si rimanda, a titolo puramente esemplificativo, alla nota opera a cura di P. L. Cervellati, *Bologna Centro Storico*, Alfa, Bologna 1970 e alla bibliografia in calce allo stesso.

7

Lo spazio e l'abitare nel processo di invecchiamento. Attaccamento alle persone e attaccamento ai luoghi. Studio di ricerca su un campione di anziani

di *Rita Pezzati*, *Vittoria Rusconi*, *Maria Grazia Calzolari*

7.1
Introduzione e obiettivi

Lo scopo centrale di questo studio è quello di indagare i sentimenti di attaccamento al luogo, inteso come abitazione e quartiere, in un campione di soggetti anziani residenti in un'area urbana lombarda. L'interesse sociale e scientifico nei confronti della popolazione anziana diventa sempre più attento e mirato. Il benessere dei cittadini anziani e la capacità da parte delle istituzioni di far fronte ai problemi di coloro che si trovano in situazioni meno favorite stanno diventando uno stimolo scientifico per approfondire tematiche che meglio permettano di capire le esigenze reali di questa fetta della popolazione.

Abitare serve a soddisfare i bisogni umani elementari: alla rigenerazione fisica (come la cura del corpo), alla ricreazione psichica (come la lettura, la musica), alla comunicazione e alla privatezza. Come conferma anche la presente ricerca, durante la vecchiaia, la casa ridiventa il centro della vita: le persone anziane trascorrono la maggior parte della giornata nell'abitazione o nella sua immediata vicinanza.

Come stimolo alla riflessione su aspetti e concetti spesso ricorrenti nella letteratura di psicologia ambientale ma privi di un preciso inquadramento teorico, la teoria dell'attaccamento di J. Bowlby[1] verrà usata come cornice teorica, per confrontare gli sviluppi della ricerca sull'attaccamento al luogo. L'importanza dell'attaccamento nello stabilire relazioni durante tutto l'arco della vita è nota da tempo. Rifacendoci all'affermazione di Bowlby secondo il quale "l'attaccamento va dalla culla alla tomba", vogliamo sottolineare come il bisogno di conforto e di sicurezza e di un riferimento che infonda protezione continui ad essere importante anche nella vecchiaia.

La teoria dell'attaccamento sottolinea l'importanza dei legami emotivi intimi, considerati una caratteristica fondamentale degli esseri umani. Oggetto

principale della teoria bowlbiana è l'attaccamento del bambino, ma in anni recenti[2] si è sviluppato l'interesse per le relazioni d'attaccamento nella persona adulta e nella persona anziana, ed è solo negli anni Ottanta-Novanta che l'attenzione verso gli aspetti affettivi della relazione individuo-ambiente sembra accentuarsi, rendendoli un tema di primario interesse[3].

Questo lavoro sperimentale ipotizza che i diversi stili di attaccamento (sicuro e insicuro) possano esprimersi nell'età anziana non solo nei confronti delle persone (attaccamento interpersonale) ma anche dei luoghi. L'obiettivo è quello di capire come i pattern di attaccamento relazionale delle persone che costituiscono il nostro campione sperimentale possano influenzare il loro attaccamento al luogo, inteso come casa e quartiere. L'obiettivo è quello di analizzare le relazioni esistenti tra sicurezza nei rapporti interpersonali e col mondo fisico da un lato, e variabili socio-demografiche e relative al funzionamento mentale, psicologico e fisico del soggetto dall'altro.

La nostra società, in questi ultimi decenni, ha visto diminuire il numero dei suoi componenti come conseguenza della diminuzione delle nascite e del passaggio da famiglia patriarcale a famiglia mononucleare; oltre a ciò i rilevanti progressi in campo medico, scientifico e tecnologico ottenuti nell'ultimo secolo hanno portato ad un miglioramento della qualità della vita, a cui è direttamente correlato l'allungamento della vita media degli individui. La vecchiaia, quindi, da privilegio di pochi, riguarda sempre più la maggior parte degli individui diventando così una fase determinata ed importante della vita. La società moderna si sta quindi dirigendo verso il progressivo invecchiamento dei suoi componenti, in un periodo in cui i valori predominanti sono invece espressi da canoni quali giovinezza, bellezza e attività.

Questo lavoro si prefigge di guardare alla vecchiaia, in un ottica positiva, come un momento di un percorso di vita consolidato ma ancora aperto ai cambiamenti, tra la valorizzazione del passato e l'apertura al futuro, sottolineando il ruolo di primo piano che riveste l'ambiente nel mantenimento dell'identità dell'anziano e del suo equilibrio psicofisico. L'attaccamento ai luoghi della persona anziana si basa fondamentalmente su componenti emotivo-affettive: il luogo in cui ha trascorso gran parte dell'esistenza fornisce stabilità e continuità alla sua vita, ne definisce l'identità personale e soddisfa le sue esigenze di protezione e sicurezza. Proprio come l'identità personale trasforma lo spazio in luogo, così il luogo forma le esperienze personali. Soprattutto nella vecchiaia, luogo e cose sono simboli importanti del sé, risvegliano ricordi e significati di esperienze di vita, mantengono ed estendono il proprio senso dell'io. In quest'ottica, l'identità di luogo è una componente dell'auto-identità e rappre-

senta "ricordi, idee, sentimenti, attitudini, preferenze e valori" e inerisce alla complessità dell'esistenza e dell'esperienza personale quotidiana.

L'ambiente della persona anziana non comprende solo la casa, ma anche il quartiere e la città in cui vive, consentendole così di mantenere relazioni, coltivare interessi e accedere ai vari servizi che questi offrono; tutto ciò nonostante studi e ricerche abbiano evidenziato che l'attaccamento dell'anziano all'ambiente non dipende dalla presenza di servizi e risorse, ma dalla qualità umana e sociale del luogo. L'attaccamento ad una particolare casa è però strettamente collegato alla dipendenza da rapporti di vicinato che durano negli anni e che acquistano un peso maggiore nella vecchiaia avanzata, quando le capacità di spostarsi autonomamente tendono a diminuire: la presenza di un vicinato col quale si instaurano buoni rapporti sociali e affettivi è un fattore che favorisce l'autonomia dell'anziano e quindi la possibilità di continuare a vivere nella propria casa.

7.2
Campione di riferimento e risultati della ricerca

Il campione sperimentale di questo studio è composto da 120 soggetti residenti in un comune di circa 15.000 abitanti del Nord Italia (Erba, provincia di Como) di cui 33 maschi e 87 femmine con età media di anni 80,4 (TAB. 7.1). I soggetti intervistati sono stati estratti in modo casuale dall'elenco della popolazione di 75 anni e oltre, fornito dall'ufficio anagrafe del Comune di Erba. Il livello medio di scolarità è di 7 anni. La categoria maggiormente rappresentata è quella dei vedovi (42%) con una netta prevalenza delle donne, seguita dai soggetti coniugati (36%) prevalentemente maschi, e dai soggetti celibi e nubili (22%). Il 36% dei soggetti vive solo e l'82% vive a Erba da più di vent'anni.

Le interviste, della durata di circa un'ora, prevedevano la somministrazione di un test cognitivo, test sulla depressione e sull'autonomia personale, questionari volti ad indagare il tipo di attaccamento relazionale e il rapporto e il legame con l'ambiente fisico. Tutti i soggetti intervistati non presentavano deficit cognitivi.

Per quanto riguarda i pattern di attaccamento alle persone, il campione generale è composto dal 68% di soggetti con attaccamento sicuro e 32% di soggetti con attaccamento insicuro. Nello specifico il campione maschile è composto dal 53% di soggetti con pattern di attaccamento *sicuro* e il 47% di attaccamento *insicuro.* Nel campione femminile il 73% dei soggetti mostra un'attaccamento *sicuro* e il restante 27% *insicuro*[4].

TABELLA 7.1
Struttura del campione di riferimento

Genere	Num.	%	Età campione	%
Maschi	33	28	75-79 anni	52
Femmine	87	72	+ 80 anni	48
N. totale	120	100	N. totale	100

Maschi intervistati	Num.	%	Femmine intervistate	Num.	%
Vedovi	6	18	Vedove	44	51
Celibi	2	6	Nubili	22	25
Coniugati	25	76	Coniugate	20	23
			Divorziate	1	1
N. totale	33	100	N. totale	87	100

Per quanto riguarda l'*attaccamento ai luoghi*[5], si è pensato di quantificarlo creando due indici che misurano due dimensioni diverse di questo costrutto: attaccamento ai luoghi identitario (AI) e funzionale (AF). Questa distinzione si basa sulla teoria di M. V. Giuliani[6] che distingue, appunto, un attaccamento al luogo che deriva dal significato che esso ha per l'identità personale del soggetto e uno che si instaura sulla base della capacità di quel luogo di soddisfare i bisogni dell'individuo che ci vive.

L'attaccamento al luogo è uno stato affettivo intenso capace di collegare gli eventi della vita di una persona e di mantenere la sua identità nel tempo. Le esperienze uniche, sia presenti che passate, degli individui hanno un ruolo importante nello sviluppo degli attaccamenti affettivi al luogo. L'identità è il senso di chi si è nel mondo, filtrato dalle esperienze della vita.

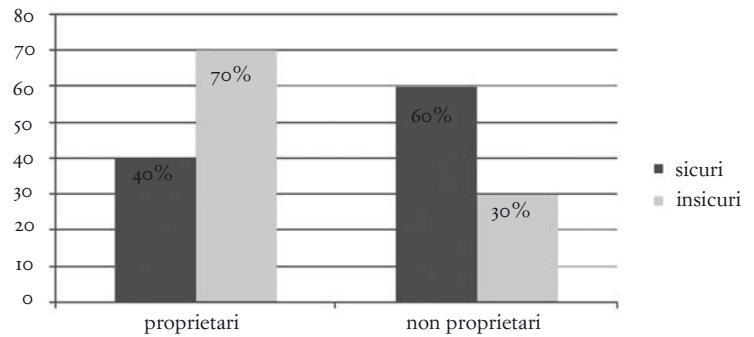
Dai risultati di questa ricerca emerge un quadro di generale benessere dei soggetti anziani. La casa e il luogo di residenza sono vissuti come una rappresentazione del proprio "sé", come un luogo di protezione e di sicurezza. Nella fase finale della vita si rafforzano i legami di attaccamento al luogo, consolidando l'identità di luogo e il radicamento sociale. Infatti, tanto più l'attaccamento relazionale va declinando per l'assenza di figure di riferimento del passato tanto più l'autonomia è messa a rischio. Di conseguenza l'attaccamento ai luoghi diventa sempre più significativo e il modo di costruire nuove relazioni sarà quindi determinato dai diversi tipi di attaccamento (sicuro-insicuro).

Il lavoro conferma i risultati di diversi studi[7] che dimostrano che in questa fase della vita il cambio di casa e/o di residenza dà luogo a resistenze. Questo

è emerso chiaramente nel nostro campione di anziani, dove il solo pensiero di lasciare la propria abitazione era fonte di ansia come espressione, nell'anziano, di una grossa difficoltà e lentezza nella ricostruzione di un nuovo investimento affettivo. Solo una piccola percentuale di soggetti del campione risultano disposti a cambiare abitazione, tra questi le donne sono più propense al cambiamento (si veda FIG. 7.3). Le persone che cambierebbero abitazione hanno motivato la loro risposta con il desiderio di vivere in una zona della loro città meglio servita e con maggior possibilità di partecipare ad eventi socializzanti.

I soggetti insicuri mostrano minore flessibilità rispetto a quelli sicuri nei cambiamenti in genere e cercano maggiore sicurezza più sugli aspetti inanimati dei luoghi che sulle costruzioni di nuove relazioni. A questo proposito un dato interessante ci dice che una maggior percentuale di soggetti insicuri sono proprietari della casa in cui vivono (FIG. 7.1).

FIGURA 7.1
Attaccamento relazionale e proprietà della casa



Nell'esprimere la preferenza fra i vari locali della casa, le donne indicano «la cucina» in modo statisticamente superiore agli uomini, che dichiarano invece in maniera statisticamente superiore alle donne di preferire il locale dedicato agli hobby (FIG. 7.2).

Solo una piccola percentuale di soggetti del campione risulta disposta a cambiare abitazione. Tra questi, contrariamente a quanto ipotizzato, le donne sono le più propense al cambiamento (FIG. 7.3). Infatti, il 9% di esse cambierebbe casa, mentre solo il 7% degli uomini lo farebbe[8].

FIGURA 7.2
Genere e preferenza locali casa

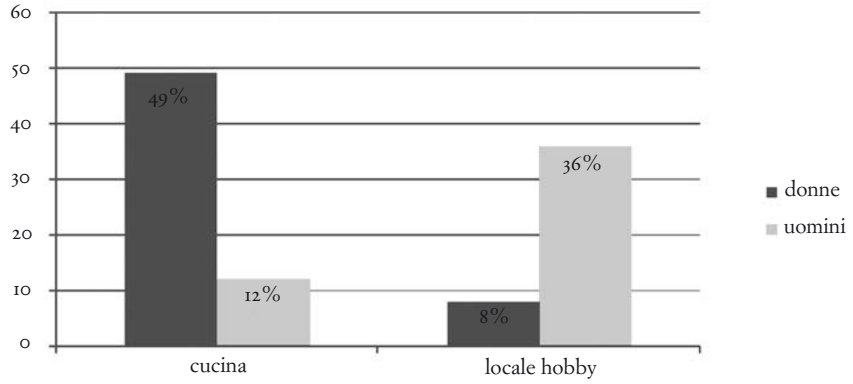
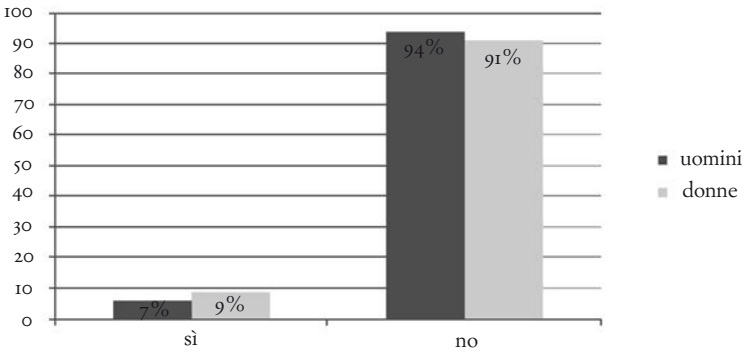


FIGURA 7.3
Genere e disponibilità a cambiare casa

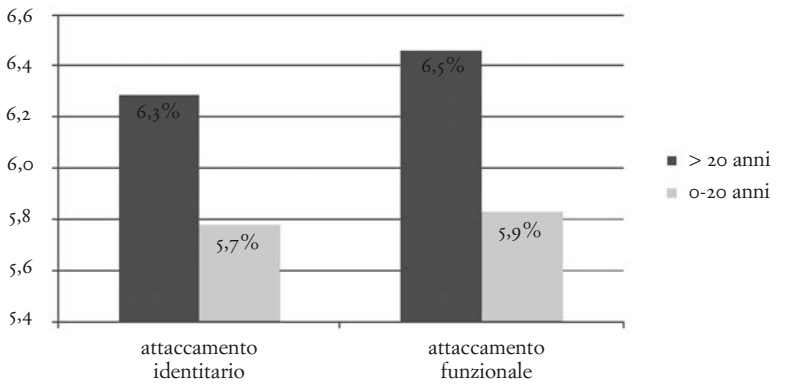


All'aumentare degli anni di residenza nella stessa casa aumenta anche l'attaccamento ai luoghi sia sotto l'aspetto della soddisfazione dei bisogni materiali (attaccamento funzionale) sia sotto quello dei bisogni relativi al mantenimento dell'identità personale (attaccamento identitario) (FIG. 7.4).

Non emergono relazioni significative in questo senso tra gli anni di residenza nel quartiere e attaccamento ai luoghi. La relazione fra anni di residenza nel quartiere e attaccamento ai luoghi è meno forte e non raggiunge il

limite convenzionale di significatività. Questo dato conferma quanto descritto sopra: emerge infatti come sia la *casa* il luogo privilegiato degli affetti, del calore, della sicurezza e della protezione: vivere "tra le proprie mura" significa quindi continuità, legame all'ambiente familiare, autonomia e indipendenza. Poiché nella vecchiaia i riferimenti all'ambiente si concentrano sempre più nell'immediata circoscrizione e gli avvenimenti della vita si estendono nella cornice domestica, l'abitare nella propria casa diventa realmente un tema centrale della vita.

FIGURA 7.4
Anni di residenza nella casa e attaccamento ai luoghi



I soggetti che convivono ancora con il proprio partner hanno un attaccamento identitario ai luoghi inferiore ai soggetti che vivono soli. La fortuna di poter avere ancora il partner al proprio fianco rafforza nei soggetti il senso di identità, è la "coppia" che si rafforza, sostiene e aumenta il proprio sentimento identitario e conseguentemente il suo attaccamento identitario al luogo è minore. I soggetti che vivono soli e non hanno un partner, al contrario, esprimono un attaccamento identitario al luogo più forte, perché necessitano di un maggior senso di appartenenza e conseguentemente un bisogno di potersi identificare con il luogo nel quale hanno vissuto con le persone significative della propria vita.

I risultati non mostrano differenze statisticamente significative tra soggetti sicuri e insicuri rispetto all'attaccamento al luogo e non emerge una relazione

tra attaccamento interpersonale sicuro e minori anni di residenza nella stessa casa; nonostante questo dato, la scala dell'attaccamento relazionale, come visto in precedenza, indica un maggior bisogno, nei soggetti insicuri, ad avere la casa di proprietà con conseguente minore possibilità di cambiamento.

Un'analisi più accurata è stata fatta sul gruppo dei grandi vecchi (persone con ottant'anni e più), per indagare le relazioni tra attaccamento relazionale, attaccamento al luogo e attività quotidiane. Non è emersa alcuna differenza significativa tra i grandi vecchi sicuri e insicuri per quanto riguarda l'attaccamento ai luoghi e anche nel confronto tra attività quotidiane svolte e attaccamento relazionale, i soggetti classificati come "sicuri" svolgono un numero maggiore di attività quotidiane.

Inoltre, dalle analisi dei dati non emerge alcuna relazione significativa tra età e attaccamento ai luoghi; nello specifico, i grandi vecchi non mostrano un attaccamento ai luoghi maggiore del resto del campione.

7.3
Prospettive comparative

Le tematiche connesse all'importanza dell'ambiente per il benessere delle persone hanno assunto negli ultimi decenni una indiscutibile e crescente rilevanza e acquistano un peso maggiore nell'età anziana, come conseguenza della graduale perdita di autonomia dell'individuo e della sua maggiore dipendenza dalle strutture ambientali, comprendendo tra queste anche il supporto familiare e sociale. Si è voluto così indagare su altri studi riguardanti le stesse tematiche del nostro lavoro per offrire una più ampia visuale dell'argomento.

La ricerca di A. De Ryck, P. Dore e G. Onali[9] – pur non riguardando specificatamente la popolazione anziana – è attuale e presenta molti punti di rilevanza per la comparazione con il nostro studio:

> Uno studio di ricerca condotto nel Duemila da A. De Ryck, P. Dore e G.Onali si proponeva di misurare il grado di "soddisfazione residenziale e di attaccamento al luogo" degli abitanti della città di Cagliari (intervistate 240 persone) e della cittadina di Quartu Sant'Elena (120 persone) equamente suddivisi per fascia d'età e sesso. I risultati di questo lavoro hanno evidenziato che la soddisfazione residenziale si riferisce prevalentemente alla percezione di aspetti specifici di qualità dell'ambiente urbano e si basa su valutazioni percettivo-cognitive di aspetti specifici dell'ambiente residenziale; al contrario l'attaccamento al luogo si basa più su aspetti della relazione tra la persona e il suo ambiente e sulle relazioni affettive della persona con il suo luogo di vita.

Il lavoro di H. Walter[10] e lo studio di E. H. Erikson, J. M. Erikson e H. Q. Kivnick[11], anche se condotti molti anni prima, offrono ugualmente spunti interessanti nella comparazione di ricerca:

Dallo studio sulla situazione abitativa degli anziani condotto da H. Walter in Germania nel 1989, è emerso che la soddisfazione nei confronti della propria abitazione è uno dei presupposti per una vita soddisfacente nella vecchiaia. La maggioranza delle persone anziane di questo studio viveva in case private (ca. 96%) e prevalentemente in nuclei familiari di una o due persone. Tra i più anziani, che vivevano nelle abitazioni meno attrezzate, vi erano soprattutto donne, persone sole e persone bisognose di cure, le quali preferivano abitare lì, dove avevano sempre vissuto – nella abitazione e nell'ambiente da tempo familiare. Se era necessario un cambiamento di casa, spesso involontario, si preferiva la vicinanza alla vecchia cerchia di vita. Il radicamento emotivo nella terra natale era ancora molto forte e nonostante le persone anziane appartenevano al gruppo della popolazione con condizioni di abitazione relativamente sfavorevoli, la maggior parte di loro esprimeva una sorprendente "contentezza" per la propria situazione abitativa. Dai risultati di questo studio si evidenziò che la soddisfazione per la propria abitazione dipendeva solo in piccola parte dalle condizioni oggettive e in maggior parte dai fattori affettivi, emotivi e psicologici. Le persone anziane, che erano soddisfatte della loro situazione abitativa, reagivano con meno depressione ai problemi di salute, dimostravano un gran quantità di contatti extrafamiliari ed erano caratterizzate da aspettative e stati d'animo positivi.

Il lavoro di E. H. Erikson e J. M. Erikson iniziò nel 1928 e fu promosso dall'Università della California di Berkeley. Si tratta di uno studio longitudinale sulla salute e lo sviluppo del bambino, che coinvolgeva cinquanta bambini – ogni terzogenito nato a Berkeley lungo un periodo dal diciottesimo mese al diciottesimo anno di età. La parte che qui si presenta è inerente alle interviste fatte nel 1981 ai genitori dei bambini che allora rappresentavano i soggetti dello studio. Nel 1981 i figli avevano tutti superato i cinquant'anni, e l'età dei genitori sopravvissuti variava dai settantacinque ai novantacinque anni di età. Gli autori decisero di continuare questo studio sui ventinove genitori ancora viventi e reperibili del gruppo iniziale di bambini per ricavare delle informazioni concrete sulla famiglia e sulla loro storia personale. Gli Erikson avevano vissuto a Berkeley alla fine degli anni Trenta, quindi avevano conosciuto le vestigia delle caratteristiche più intime e particolari della città. Ripensando gli anni passati, gli anziani li ricordavano come un periodo splendido e vitale, "erano bei tempi non c'era traffico e pochi poliziotti, c'era tanto spazio, i terreni vuoti dove si giocava e dove crescevano tanti fiori. Le mucche pascolavano nei prati delle case, e il sorgere del sole era salutato dal canto di galli e galline". C'era speranza e spazio per l'iniziativa. I vecchi berkeleniani vivevano in quelle che sono diventate le strade cittadine e che allora ospitavano solo mucchi di letame. Quasi la metà del campione vive ancora non solo nei dintorni della stessa città, ma addirittura nella stessa casa in cui avevano vissuto fin da giovani. Le abitazioni sono per la maggior parte ordinate e pulite, gran parte

dell'arredamento non è mai stato sostituito né rinnovato, pare che gli anziani amino mantenere le loro vecchie cose così come sono sempre state. In molti casi le aggiunte più recenti sono rappresentate da foto di famiglia, che sono sempre a portata di mano quando si parla di nipotini. Laddove è l'uomo a vivere solo, le fotografie sono poche, e c'è in generale una minore decorazione della casa. Nelle case vissute da donne sole sono visibili oggettini eleganti, i colori della casa sono più chiari e brillanti, e l'arredamento più accogliente. Nelle maggior parte dei piccoli appartamenti occupati da donne si notava il loro desiderio di conservare tutte le vecchie cose anche in uno spazio molto ristretto. Tale continuità di sostegno che gli oggetti cari ci offrono quando invecchiamo può essere dunque un conforto e un piacere.

Si evince dalle conclusioni dei tre studi che i pensieri e i desideri dei soggetti intervistati e il loro attaccamento alla casa e al luogo non sono dissimili da quelli manifestati dal nostro campione. Siamo di fronte all'emergere di argomenti attuali e promettenti per futuri lavori: temi di rilevante interesse sui quali ulteriormente indagare, quali ad esempio lo studio dello stile di attaccamento relazionale nei soggetti anziani, il legame della condizione anziana a varie tematiche ambientali. Questioni aperte che coinvolgono anche altre discipline e che offrono diverse possibilità di approfondimento, anche con l'utilizzo di strumenti di partecipazione, comunicazione e saperi locali.

7.4
Sintesi conclusiva

Il legame di attaccamento si arricchisce e si trasforma nel corso della vita per motivi oggettivi, come la mobilità, e per motivi soggettivi legati allo sviluppo dei bisogni (fisici, affettivi, emotivi, materiali ecc.) e dei significati relativi alle esperienze di vita.

Nelle prime fasi della vita, l'attaccamento al luogo, inteso come attaccamento all'ambiente domestico, si instaura sulla base dell'attaccamento alla madre. Nell'età adulta e nella vecchiaia, si verifica in maniera più o meno consapevole l'identificazione con il luogo, cioè il radicamento sociale. Assumere un'identità di luogo significa assimilare usi, costumi e forme mentali del luogo, sentirsi cittadini di esso e condividerne i ritmi di vita. Pertanto l'attaccamento al luogo, specie nell'età avanzata, si polarizza intorno al vicinato, alle mura domestiche, ai possedimenti personali, alle istituzioni preposte all'assistenza ed ha come confine massimo il quartiere[12]. In questo contesto, si sviluppa così una situazione di interdipendenza fra individuo e ambiente.

I sentimenti che nutriamo verso certi luoghi e verso le comunità che i luoghi in qualche modo concorrono a definire e che da essi risultano definite (la *casa*, con i parenti e gli amici; il *luogo di lavoro*, con i colleghi; la *chiesa*, con i confratelli; il *quartiere*, con il vicinato) hanno sicuramente molte benefiche conseguenze nel definire la nostra identità, nel dare senso alla nostra vita, arricchendola di scopi, valori e significati[13].

Uno dei disagi maggiori dell'essere umano è quello di sentirsi "spaesato" nella concezione di "senza paese", cioè di essere privato non solo della casa, ma anche del paese, dei vicini, degli amici, della chiesa, delle ricorrenze, del paesaggio conosciuto, poiché il sentirsi bene è anche poter godere del paese, sentirsi parte attiva di una collettività, di una comunità. È tutto questo che rende vivi, soprattutto nella vecchiaia, che crea punti di riferimento in un'età densa di cambiamenti non sempre facili da accettare e gestire.

Note

1. J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, vol. 1, *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972; vol. 2, *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975; vol. 3, *La perdita dalla madre*, Boringhieri, Torino 1983.

2. J. A. Fenney *et al.*, *Attachment Style, Communication, and Satisfaction in the Early Years of Marriage*, in K. Barthomew, D. Perlman (eds.), *Advances in Personal Relationship: Vol. 5. Attachment Processes in Adulthood*, Jessica Kingsley, London 1994, pp. 269-308.

3. M. V. Giuliani, *Naming the Rooms: Implications of a Change in the Home Model*, in "Environment and Behavior", 19, 1987, pp. 180-203.

4. Differenza statisticamente significativa; $Chi^2 = 4{,}39$, $p = 0{,}04$.

5. Cfr. il questionario in A. Quadrio, L. Venini, *L'anziano e lo spazio. Utilizzo della casa, del quartiere, della città*, Unicopli, Milano 1986.

6. M. V. Giuliani, *Toward an Analysis of Mental Representation of Attachment to Home*, in "The Journal of Architectural and Planning Research", 8, 1991, pp. 133-46; Id., *Il ricordo dei luoghi nella memoria autobiografica*, in "Ricerche di Psicologia", 19, 2, 1995, pp. 35-49.

7. P. Reale, M. E. Molinari, *L'attaccamento al luogo di residenza: aspetti socio-affettivi*, in "Il Sagittario", 4, 1998, pp. 91-113; Giuliani, *Il ricordo dei luoghi nella memoria*, cit.

8. Cfr. il questionario in Quadrio, Venini, *L'anziano e lo spazio*, cit.

9. A. De Ryck, P. Dore, G. Onali, *Soddisfazione residenziale e attaccamento al luogo: una ricerca sulla città di Cagliari*, in A. M. Nenci (a cura di), *Profili di ricerca e intervento psicologico-sociale nella gestione ambientale*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 254-64.

10. H. Walter, *Vivere la vecchiaia: sfide e nuove qualità di vita*, Armando, Roma 1999, pp. 130-5.

11. E. H. Erikson, J. M. Erikson, H. Q. Kivnick, *Coinvolgimenti vitali nella terza età*, Armando, Roma 1997, pp. 13-25.

12. Cfr. M. V. Giuliani, *Theories of Attachment and Place Attachment*, in M. Bonnes *et al.* (eds.), *Psychological Theories Applied to Environmental Issue*, Ashgate, London 2002.

13. Giuliani, *Il ricordo dei luoghi nella memoria autobiografica*, cit.

Parte terza

Vivere in città.
La gestione degli spazi pubblici

8

Droit de cité des personnes âgées et aménagement de l'espace public en ville. Toulouse, Hanovre et Saragosse à l'épreuve de leurs citadins âgés

di *Alice Rouyer*

8.1
Introduction

Qu'est-ce qu'une personne âgée? Dès lors que la question ne se résout pas par la définition arbitraire d'un seuil fatidique constitué par un âge (plus de 60 ans, plus de 65 ans, etc.), il faut admettre que la notion de "personne âgée" renvoie à une réalité sociale complexe. Derrière l'usage banal du terme, se dissimulent autant de façons de vivre son propre vieillissement, que de figures ou de représentations de ce phénomène. Dès lors, appréhender la place des personnes âgées dans la cité, nous contraint à nous interroger sur la manière avec laquelle se construit à l'échelle locale une représentation de la vieillesse qui puisse être le fondement pratique de l'action publique et/ou de mobilisations collectives.

Notre recherche[1], réalisée pour le compte du Plan Urbain Construction Architecture du MEEDDAT[2], s'est focalisée sur la manière avec laquelle dans trois contextes de villes régionales à bien des égards comparables, par leur taille et leur inscription territoriale (Toulouse en France, Hanovre en Allemagne et Saragosse en Espagne), les acteurs locaux se saisissaient de la question de la présence d'un nombre croissant d'habitants âgés pour donner sens à un "problème public": celui de la vieillesse en ville[3]. En effet, l'interprétation d'un "droit de cité" des personnes âgées est tributaire de la compréhension des "problèmes" qu'ils constituent ou rencontrent, ce qui n'empêche pas, du reste, que les cadres de cette réflexion soit forgés au-delà de la scène locale.

L'écart des situations rencontrées dans nos trois contextes urbains fait la démonstration du poids des contextes sociopolitiques et culturels, dans la manière de prendre acte de questions propres aux citadins. Ils nous renvoient dès lors, tout à la fois, à des perceptions différentes de la solidarité intergénéra-

tionnelle et de la protection sociale, à des contextes différenciés en matière de compétences territoriales et à des interprétations divergentes de la démocratie locale et des pratiques civiques légitimes. Le Droit de cité des "Vieux" est d'abord affaire de conception de l'espace public de la cité. Ce n'est que dans un second temps qu'il est affaire d'expérience cumulative sur le processus de vieillissement, une expérience pouvant à terme irriguer banalement les pratiques des techniciens de la ville.

Nous souhaitons d'abord montrer comment les institutions locales contribuent à favoriser ou défavoriser la mise à l'agenda d'un problème public local de la vieillesse, qu'elles formatent amplement. Dès lors, nous nous interrogerons sur les relais possibles, auprès des décideurs locaux, d'une expérience collective du vieillissement, qui soit en capacité d'influer sur la fabrique urbaine. Enfin, nous verrons comment les urbanistes et les techniciens de la ville prennent en compte, dans trois contextes – à savoir Toulouse, Hanovre et Saragosse, la présence des citadins âgés et interprètent la notion d'accessibilité aux personnes âgées.

8.2
Institutions, territoires et échelles de compétences légitimes

Le poids des variations culturelles et institutionnelles dans l'art et la manière de construire localement un "problème public" de la vieillesse s'exprime par l'existence d'"écologies" différenciées, fonction des acteurs en présence autorisés à s'en soucier. Ces écologies sont tributaires en premier lieu des compétences allouées aux collectivités locales, mais fortement déterminées également par les modes de territorialisation des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires. Ce sont, en effet, ces secteurs de l'action publique qui dans les trois pays désignent les publics "âgés" comme relevant de leur champ d'intervention, historiquement en raison de leur situation courante de pauvreté, puis en raison du poids de leur prise en charge par les organismes de protection sociale et du nombre croissant de personnes âgées "dépendantes". Ces prérogatives sectorielles pèsent sur les configurations locales.

En Allemagne, il revient ainsi traditionnellement aux municipalités de s'occuper de l'aide aux personnes âgées pauvres et sans soutiens. Depuis la Loi fédérale sur l'aide sociale de 1962, les communes doivent en outre établir des "plan d'action pour les personnes âgées" (*Altenplan*), englobant politique générale, services et équipements concernant la population âgée. La refonte

de la protection sociale (1995-2000) a allégé le volet financier de cette mission, mais les *Länder* ont dû légiférer pour veiller à la cohérence des dispositifs médico-sociaux. La loi régionale de Basse-Saxe obligeait ainsi la région de Hanovre, nouvelle collectivité territoriale englobant la ville de Hanovre et les communes de son aire urbaine, à se charger de l'évaluation des besoins locaux en équipements et services et à coordonner l'offre, en concertation avec les organisations paritaires.

Le système de protection sociale allemand accorde en effet une place centrale aux "Organisations caritatives indépendantes" (*Freie Wohlfahrtspflege*)[4] qui sont d'origine confessionnelles (Caritas, Diakonie), ou encore, créées en lien avec le développement de l'action sociale ouvrière (Arbeiterwohlfahrt, Volkssolidarität, etc.). Malgré la montée en puissance des prestataires privés relevant du secteur marchand[5], ces organismes paritaires restent incontournables: soins ambulatoires, soins stationnaires, action sociale sous toutes ses formes, établissements médicosociaux spécifiques (centres palliatifs, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), foyers-logements, appartements communautaires thérapeutiques, etc. Ils interviennent à tous les niveaux, ayant à l'interne leurs propres pratiques de coopération interprofessionnelle. En outre, le code de l'action sociale, lui-même, leur impose de travailler en concertation et de négocier des référentiels communs, dans la conception et l'organisation de leur activité, afin de garantir une cohérence d'ensemble aux administrés allemands. Ceci permet de comprendre l'importance des réseaux maillant le dispositif médico-social local, et le fort degré d'interconnaissances entre professionnels. Il existe donc un terrain fertile à la production d'une réflexion locale et collective sur la prise en charge gérontologique. Ces débats débordent du reste largement le cadre médico-social. En effet, le Code de la protection sociale a une interprétation fort large des missions qui incombent à "l'aide sociale à la vieillesse" municipale[6]. Dès lors, les prérogatives municipales en matière de politiques vieillesses, interfèrent sur l'action sociale, l'action culturelle, l'urbanisme, l'habitat et les transports, et plus largement sur les modalités d'organisation de la vie politique locale. A Hanovre, le département des "Seniors" créé en 2003, n'a eu de cesse depuis de s'immiscer dans le travail des autres services pour imposer ses vues.

En France et en Espagne, l'évolution de la protection sociale et notamment la mise en œuvre des politiques d'assistance aux personnes dépendantes s'est accompagnée d'une découverte des vertus de la proximité territoriale, favorisant en principe une meilleure adéquation aux besoins des usagers et une

meilleure coopération et coordination des opérateurs. Cet objectif louable de la "territorialisation" devait contribuer à créer les cadres d'un échange de vue transversal entre professionnels[7].

En France, les conditions d'émergence d'un réseau d'acteurs locaux en situation de collaborer sont éloignées de cette perspective idyllique. A la suite du rapport Laroque de 1962, un certain nombre d'initiatives en matière d'action sociale à l'égard des publics âgés avait jeté les bases d'une politique de proximité, mais les différentes lois de décentralisation (1984 et 2004), confiant progressivement la gestion de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées aux départements, ont fini par inhiber l'action locale[8]. Le département de la Haute-Garonne, par exemple, soucieux de ses prérogatives, a particulièrement peiné à mettre en œuvre les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), qui devaient un temps jeter les bases d'une meilleure articulation entre opérateurs à l'échelle infra-départementale. A Toulouse, la concurrence entres échelles de collectivités territoriales a été redoublée d'antagonismes politiques, qui n'ont pas favorisé la volonté locale de s'impliquer plus avant dans les politiques vieillesse. Ce déficit de compétences institutionnelles et pragmatiques a eu pour conséquence de faire de l'action publique envers les personnes âgées un problème non pertinent à cette échelle. L'action municipale s'est en effet cantonnée à poursuivre une politique de développement de clubs de troisième âge, initiée dès les années 1970, et à la marge de l'action départementale.

Indépendamment de ce déficit de l'action municipale, le territoire local ne parvient pas à se faire le théâtre de coordinations des actions des opérateurs du champ gérontologique. Cette fragmentation s'explique par le défaut d'articulation entre le champ médico-social et l'action sociale, ainsi que par la libéralisation des services à domicile qui rend plus labile et fragile l'ancrage de petits opérateurs locaux. A l'inverse du contexte allemand, on ne trouvera pas en France ni de grands opérateurs prenant en charge l'ensemble des opérations qui apportent leur contribution à l'action gérontologique, ni de véritable volonté institutionnelle de vraiment favoriser la coordination. Malgré la "territorialisation" officielle de l'action sociale, c'est l'absence de partenariat, de réseaux durables, voire le défaut d'interconnaissances et de communication qui caractérise les liens entre de nombreux intervenants atomisés. En conséquence, il est difficile pour la commune, souffrant déjà d'un déficit de compétences pour se saisir légitimement des enjeux gérontologiques, de constituer le lieu adéquat de débat, même entre professionnels[9].

La conception d'une vieillesse déficitaire est largement devancée en Espagne par la représentation des aînés comme acteurs et participants à la vie sociale. La terminologie même traduit une prise en compte des personnes vieillissantes dans un parcours de vie: les "ancianos" désignent ceux et celles qui appartiennent à l'univers familial, qui reste central dans les préoccupations des citoyens espagnols et des pouvoirs publics. La municipalité de Saragosse met en scène, en visibilité, les vieux dans la famille, dans les relations intergénérationnelles (la grand-parentalité) mais veille aussi à revitaliser les mouvements associatifs et à développer la participation réelle des anciens à l'ensemble des espaces de décisions sociales.

La prise de conscience récente du manque de dispositifs pour le soutien à la vieillesse, dans un contexte paternaliste et de prise en charge familiale, la volonté d'un alignement sur les politiques européennes, l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes, a entraîné la promulgation d'un texte de loi sur la dépendance ("loi de promotion de l'autonomie personnelle et d'attention aux personnes en situation de dépendance", entrée en vigueur le 1er janvier 2007). A Saragosse, comme dans de nombreuses villes espagnoles, les structures publiques jouent un rôle important dans l'organisation du système médico-social. Néanmoins, les services à domicile et les équipements d'hébergement, propres à répondre à une nouvelle demande de prise en charge de la dépendance sont peu représentés et peu développés, notamment dans le secteur privé. La loi de 2002 et ses textes d'application de 2006 en Aragon invitent certes à un rapprochement entre différents secteurs de l'action sociale et médico-sociale. Mais cette exigence ne se focalise pas strictement sur les personnes âgées. En vérité, seule la politique de la petite enfance est exclue du cadre de ces lois en matière de développement des services à la personne. L'essentiel n'est pas de mobiliser localement les seuls acteurs de l'action sanitaire et de l'action sociale, mais tout autant ceux qui œuvrent dans le domaine de l'éducation, du travail, de l'habitat, des transports, de la justice, etc., pour parvenir à préserver aux générations âgées qualité de vie et citoyenneté. Pour autant, l'allongement de la longévité ne fonde pas l'existence d'un public homogène "à part". Ce sont, les structures d'action sociale majeures que constituent les "centres de convivialité" qui apparaissent les plus en mesure de définir les cadres d'une arène locale, où se rencontrent travailleurs sociaux et acteurs du secteur médico-social.

Finalement, les modalités de conception des politiques sociales et la distribution des compétences fondent des configurations de dispositifs d'action publique locale propres à favoriser ou inhiber un questionnement sur la si-

tuation des habitants âgés. Le fonctionnement paritaire de l'action sociale à Hanovre, se traduit par la multiplication des réseaux d'action publique et les prérogatives municipales induisent la contagion d'un questionnement public sur le vieillissement à des champs d'intervention nouveaux. De même, ce qui s'institue autour de l'action sociale à Saragosse, permet une mise à l'agenda des enjeux de l'allongement de la vie qui met à distance âgisme et figure déficitaire du citadin âgé. En revanche, les conditions d'un débat local public local ne sont pas réunies à Toulouse, du fait des difficultés à définir le local comme territoire d'action légitime.

8.3
Les conditions de la montée en généralité de l'expérience urbaine des citadins âgés: représentants et porte-parole

En Allemagne, le modèle démocratique valorise un "Etat en interaction"[10] la négociation entre lobbies, la multiplication des référents identitaires, mais aussi l'organisation dynamique de groupes d'intérêts. Les associations de représentations de personnes âgées ont fait florès, depuis les "panthères grises", revendiquant une entrée au Parlement fédéral (le parti des "Gris"), jusqu'aux représentations locales d'habitants âgés. Ces organisations définissent leurs intérêts propres et la spécificité de "l'âge" de façon multidimensionnelle (rapport à l'activité, grand-parentalité, inscription dans une génération historique, etc.).

Dans le cadre des plans d'action communaux en faveur des personnes âgées, la participation des personnes âgées tient une place importante. Les formes de participation sont diverses et vont de groupes d'entraide informels à de véritables commissions nouant d'étroites relations avec le monde politique et l'administration[11]. Au niveau fédéral, existent ainsi le Conseil représentatif fédéral des Seniors, le groupe de travail fédéral des associations de séniors (BAGSO), etc. A l'échelle des *Länder* et des communes, des "conseils représentatifs régionaux" de séniors se mettent en place progressivement. Celui de Basse-Saxe existe depuis 1983, celui de Hanovre depuis 1975.

Le Conseil des Seniors de Hanovre est composé de 13 membres, choisis par un collège de 200 délégués d'arrondissement élus par les habitants de plus de 60 ans. Il fait l'objet d'un scrutin tous les cinq ans. Même consultatif, ce conseil participe pleinement à la vie des instances municipales aux côtés des parlementaires. Présent dans toutes les commissions communales, il est de ce

fait susceptible de faire remonter un certain nombre d'exigences ou avis des électeurs d'arrondissement. Cette voix "officielle" se fait entendre, du reste, dans un contexte politique encourageant le lobbying et l'auto-organisation sous toutes ses formes, à la fois en vue de favoriser les initiatives solidaires, mais aussi de faire émerger des espaces de dialogue où se publicise une expérience collective. Ce qui, en outre, conforte la légitimité de cette parole des anciens est l'affirmation de leur "seconde carrière sociale", un bénévolat qui se développe notamment dans le cadre de l'action sociale, mobilisation publique et associative de plus en plus incontournable de leur expérience et de leur disponibilité. L'inconvénient de cette mise en visibilité de leur action, c'est qu'elle écarte les plus âgés, confrontés à de réelles difficultés à être "actifs"[12] A Saragosse, de telles institutions de représentation ne sont pas parvenues à s'imposer. Pourtant, l'Etat espagnol tente de favoriser la structuration d'associations de personnes âgées. En effet, le modèle familialiste de protection sociale arrive à ses limites: l'activité croissante des femmes remet en question la prise en charge traditionnelle par les proches et la substitution de ce soutien par des services à la personnes trop rares génère de forte inégalités sociales et géographiques dans les prises en charge. La régulation du système de protection sociale et la pression sur les dépenses publiques obligent à activer de nouveaux dispositifs d'accompagnement et de soins. Elles tendent à favoriser l'innovation organisationnelle et institutionnelle, et la mobilisation tout azimut des acteurs de l'action sociale et de la société civile[13]. La CEOMA (Confédération des organisations d'anciens) a ainsi été créée en 2000, afin de fédérer et coordonner les organisations de défense des intérêts des "mayores", sous l'égide du ministère des Affaires sociales. Cette incitation à l'auto-organisation vise explicitement à faire émerger des interlocuteurs lobbyistes informés et des partenaires porteurs d'initiatives solidaires. Dés lors, les discussions sur la vieillesse s'articulent autour de l'existence des centres de convivialité ("centros de conviviencia"), ces organismes multiformes coordinateurs de l'ensemble des actions intéressant les publics âgés, mais qui sont aussi largement pris en charge par les Aînés. Lieux d'information, lieux de frottement avec les professionnels de l'action social, ils sont également des lieux de prise d'initiatives et de publicisation de la vie sociale de groupes d'anciens très organisés.

A Toulouse, les lieux institués censés représenter et rendre compte du monde vécu des personnes âgées se situent au-delà de l'échelle locale (CNRPA, CORERPA, CODERPA)[14]. Ils sont de surcroît dominés par les opérateurs du champ gérontologique plus que par leurs usagers[15]. Il n'existe donc pas d'espace ayant pour vocation de porter une parole collective locale des personnes âgées. Mal-

gré l'abondance des associations, la culture de l'auto-organisation comme la pratique des groupes d'entraide ne sont pas le propre de la culture démocratique française, ce qui aboutit à un défaut criant d'espaces de rencontres et de débats où puissent se constituer un recueil d'expérience des générations les plus âgées, et où puissent mûrir un certain nombre de projets collectifs. L'exception à cette règle se limite à quelques initiatives de quartiers le plus souvent défavorisés, où des travailleurs sociaux ont précocement pris acte du vieillissement massif des habitants et tenté de prévenir les situations d'isolement social. La citoyenneté à la française, a en effet grand peur de l'auto-organisation et plus encore du "pouvoir gris" dont l'évocation éveille de spectre d'une guerre des générations[16]. Assimilée à la constitution de groupes d'intérêt à courte vue, l'existence d'organisation de personnes âgées en capacité de porter en généralité une expérience collective de la vieillesse est *ex ante* fortement discréditée. Il en résulte que le panorama des "relais" pouvant véhiculer une représentation des "épreuves" du vieillissement est en premier lieu professionnel, en second lieu familial. Or la fragmentation du champ des opérateurs de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes en perte d'autonomie, en France, est à ce point avancée et le milieu est si peu coopératif, qu'il serait difficile de lui attribuer une capacité de réflexivité collective à l'exemple des grands opérateurs d'outre-Rhin. Il en découle que le processus de vieillissement est perçu, faute de patrimonialisation et de publicisation des expériences, comme une processus individuel et rapidement confiné à la sphère privée.

8.4
Personnes âgées et espace urbain: l'accessibilité en question

Parmi les techniciens de la ville, la prise en compte des citadins âgés se comprend en premier lieu comme un enjeu d'accessibilité de l'espace urbain aux publics handicapés. Cette question a constitué il est vrai, en France, Allemagne et Espagne, une revendication publique forte des associations de personnes handicapées, initiant d'une part, la prise en compte d'un traitement social hors de la sphère privée et d'autre part, inversant la perspective traditionnelle de la "réadaptation" des handicapés, aux profit de l'exigence d'une "adaptation" de l'environnement bâti. L'"accessibilité généralisée" s'affirme comme un droit et le "handicap" comme une contrainte à compenser, au nom de l'égalité de traitement de tous les citoyens[17]. La prise de conscience des nouveaux défis induits par le vieillissement démographique dans le cadre

de l'aménagement urbain et de la conception de l'habitat a été l'opportunité de réactiver cette exigence. Depuis 1995, en Allemagne, les différents rapports fédéraux sur "les conditions de vie des personnes âgées" ont accompagné une mobilisation importante des professionnels de l'action sociale et médico-sociale, notamment à l'initiative du Curatoire pour l'aide aux personnes âgées[18]. Elle interpelait les professionnels de l'habitat, des transports et de l'urbanisme. Dans le même temps, le développement des lois handicaps[19] entrainait un renforcement des cadres normatifs fédéraux et régionaux. En France, la réflexion sur le handicap dont Marc Relieu et Louis Quéré ont analysé les composantes[20] ont aboutit à la loi du 11 février 2005, qui mobilisait les collectivités locales (plan d'accessibilité, chaines de déplacement, commissions communales). En Espagne, des lois comparables visaient à promouvoir l'accessibilité "universelle"[21].

Dans les trois pays cependant, le changement de paradigme souhaité, qui faisait de l'accessibilité un vecteur de l'égalité de traitement de citoyens "désavantagés", apparaissaient comme un chantier difficile, de longue haleine, impliquant une diffusion de bonnes pratiques, ainsi qu'une acculturation dans le cadre de la formation initiale des architectes, techniciens du bâtiment et du génie civil ou urbanistes. Malgré la richesse de la réflexion initiée à l'amont des décisions législatives, c'est essentiellement le carcan normatif et procédural qui a percolé à l'échelle locale. Ainsi, l'injonction à l'accessibilité universelle s'est principalement traduite par l'identification d'obstacles matériels à la circulation, dénommées "barrières" dans les trois pays.

A Toulouse, les personnes âgées ne constituent pas un public identifié des politiques d'accessibilité, elles s'effacent derrière une perception déficitaire et étroite du handicap. Les acteurs interrogés (Mission Ville-Habitat, service de la voirie) considéraient en effet que dans le cadre de leurs missions, les éventuels besoins supposés des personnes âgés pouvaient être satisfaits par les mesures mises en œuvre pour les handicapés les mieux représentées dans les commissions municipales. L'analyse des pratiques urbaines des vieux Toulousains, notamment dans le centre historique, montre pourtant les limites de l'application réglementaire exigée par la loi et d'autre part l'inadaptation de ces dispositifs compensatoires.

A Hanovre, la municipalité a mis à l'agenda la question de l'accessibilité des personnes âgées aux aménités urbaines dans le cadre de son plan d'action pour les séniors de 2003. Le contexte législatif a surtout rendu légitime l'irruption des professionnels et opérateurs de l'action sociale et médico-sociale dans le pré carré des aménageurs. A partir de 2003, une commission intitulée

"Vivre à l'âge de la vieillesse" réunissait ainsi les grands organismes paritaires d'action sociale et médico-sociale, les bailleurs du parc locatif et les sociétés de transports publics, obtenant des engagements de mise aux normes rapides des équipements et de suppression des barrières dans le cadre des constructions neuves et réhabilitations. En outre, la prise en compte pragmatique de la situation des personnes âgées a fait l'objet d'une négociation avec les organisations de personnes âgées, visant à définir des besoins courants récurrents, tel le respect des rythmes de marche (feux de circulation), des pauses (bancs) des modes de repérage (signalétique etc.). En 2007, enfin, une vaste enquête par questionnaire auprès des plus de 60 ans, s'est focalisée sur les conditions d'habitat et les barrières à l'accessibilité rencontrées par les habitants à l'échelle des différents quartiers.

En Espagne, la loi de 2002 se focalisait clairement sur la suppression des "barrières architecturales". Bien qu'en Aragon, le texte exécutoire, paru en juillet 2006, relègue les politiques urbaines au second plan, la sensibilisation aux "barrières" est importante à Saragosse. La protection des espaces piétonniers, le souci apporté à rendre les lieux praticables y compris aux personnes en fauteuil roulant jusque dans les équipements les plus modestes, montre que de très gros efforts ont été faits. Ils sont aussi le résultat d'une action inscrite dans la durée, de la puissante ONCE, fédération de soutien aux handicapés très active, tant à l'échelle nationale que locale, qui a contribué à porter, au-delà d'une dimension fonctionnelle, une représentation sociale et une valorisation publique du handicap.

La concentration du problème de l'accessibilité urbaine sur des règlements techniques est sans aucun doute liée à l'importance de cette dimension instrumentale et procédurale dans le champ de l'aménagement. Elle est cependant clairement sous le feu de la critique. Ainsi, le "guide d'accessibilité universelle dans les municipalités" publié par l'IMSERSO[22] met-il en garde les municipalités contre une conception "normative" des aménagements urbains[23], qui aboutit finalement au déni de la diversité des situations rencontrées par les personnes confrontées à une déficience ou une incapacité. Le changement de paradigme auquel invite le "plan national", s'il vise à faire émerger un environnement facilitateur, ne s'enferme pas dans la seule référence à des dispositifs compensatoires techniques, à l'exemple des "chaines de déplacements" françaises. Sans dénier les obstacles à la pratique urbaine générés par les aménagements, le rapport fédéral allemand *Habiter à l'âge de la vieillesse* mettait sur un plan analogue, des facteurs de l'environnement social (réseaux sociaux, ressources) et spatial (configuration du logement, accès aux transports, aménagements de

quartiers, équipements de santé etc.), susceptibles de limiter ou favoriser les difficultés. C'est la prise en compte globale d'un "monde vécu" qui pouvait dès lors autoriser l'expression durable des compétences et de l'autonomie des personnes âgées[24].

8.5
Conclusion

En octobre 2007, le *Guide mondial des villes amies des Aînés* définissait un code de bonne conduite à destination des collectivités locales, sur la base des contributions d'une trentaine de grandes villes dans le monde. Cette initiative est sans aucun doute la marque d'une prise de conscience, même si nous pouvons nous douter que ce premier programme a du être le lieu d'un exercice périlleux de traduction entre des contextes sociaux, culturels, et institutionnels fort éloignés, rendant de ce fait complexe l'exercice d'analyse comparative. Son grand mérite cependant est de mettre à l'agenda des institutions internationales, la question du "droit de cité" des personnes âgées dans toutes ses composantes: accès aux aménités urbaines et à l'espace public, reconnaissance sociale et intégration à la vie collective, participation à la décision publique.

Notre recherche s'est limitée à trois situations européennes, en France, Espagne et Allemagne. Elle a dès lors pris en compte des territoires confrontés à un processus global de convergence des systèmes de protection sociale, mais néanmoins ancrés dans des traditions institutionnelles et démocratiques différentes, qui constituent des cadres capitaux de compréhension des conditions d'interprétation locale d'un "droit de cité" des personnes âgées. En outre, nous constatons que les relations entre générations (pacifiées, complémentaires ou conflictuelles) et les interprétations du droit d'un groupe d'âge à affirmer sa singularité sur la scène publique, dans ces différents pays, sont surdéterminées par un statut social multidimensionnel et composite des "personnes âgées", mêlant référence à une "génération historique" ayant en partage une expérience collective contemporaine, à des "retraités" unis par leur statut au regard du monde du travail, ou encore à une "génération familiale", relative à la place des âges dans le cadre de la famille. Enfin, la revendication à un "droit de cité" des personnes âgées révèle plus largement la nécessité d'un travail d'acculturation des édiles et des techniciens de la fabrique urbaine à un "monde vécu" des anciens que seules des relais organisés, capables de constituer et de publiciser un patrimoine d'expériences collectives, peuvent véhiculer.

Notes

1. Cette recherche, coordonnée par l'auteure a été menée, dans sa phase d'enquête, en collaboration par des membres du LISST (UMR CNRS 5193): Serge Clément, Monique Membrado, Tristan Salord, ainsi que des membres de l'INSERM (unité 558) et de l'ORSMIP (Jean Mantovani, Cécile Souchois). Le Docteur en Sociologie et chercheur à l'Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES) de Hanovre et Madame Gracias Reyes Torres Sanchez, Docteur en sociologie de la santé et du vieillissement à l'Université de Saragosse, ont pris en charge respectivement les parties allemande et espagnole de la recherche documentaire préalable.

2. Ministère de l'Écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire.

3. D. Cefaï, *La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques*, in "Réseaux", 75, 1996, pp. 43-66; D. Cefaï, D. Trom, *Les formes de l'action collective, mobilisation dans des arènes publiques*, Éditions de l'EHESS, Paris 2001.

4. S. Kott, *L'État social allemand. Représentations et pratiques*, Belin, Paris 1995; G. Esping-Andersen, *Les trois mondes de l'Etat-providence*, Presses Universitaires de France, Paris 1990.

5. Entreprises de services à domicile, cabinets infirmiers privés, cliniques privées, etc.

6. Elle «doit pouvoir contribuer à aider les personnes âgées à se protéger, dépasser ou minorer les difficultés liées à l'avancée en âge, mais aussi leur conserver la possibilité de prendre part à la vie de la communauté» (SGB XII, § 71: BSHG, § 75).

7. P. Hassenteufel, *Think social, act local. La territorialisation comme réponse à la "crise de l'Etat-Providence"?*, in "Politiques et Management Publics", 16, 3, 1998, pp. 1-12.

8. A. M. Guillemard, *Le déclin du social*, Presses Universitaires de France, Paris 1986; D. Argoud, *Politiques de la vieillesse et décentralisation – Les enjeux d'une mutation*, Editions Erès, Toulouse 1998.

9. A. Rouyer, *Prendre soin des personnes âgées: le lieu, ferment de cohésion des opérateurs et de solidarités?*, in "Espaces et Sociétés", 127, 2006, pp. 47-61.

10. P. Hassenteufel, *Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne: le poids des configurations d'acteurs*, in "Revue Française d'Administration Publique", 76, 1995, pp. 549-60.

11. T. Klie, *Fur(s) Alte(r) planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung*, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung, Freiburg 2002, p. 102.

12. M. C. Hermann, R. Pitschas, *Jugendliche und Senioren in den Kommunen. Aktivbürgerschaft, Repräsentation, Partizipationsillusion?*, Kommunalforschung für die Praxis, Boorberg, Stuttgart 1998, Heft 36/37.

13. F. J. M. Fuentes, *Régulation et décentralisation du système sanitaire en Espagne dans une perspective comparatiste*, in "Pôle Sud", 28, 2008, pp. 55-85.

14. CNRPA: Comité national des retraités et personnes âgées; CORERPA: Conférence régionale des retraités et personnes agées; CODERPA: Comité départemental des retraités et personnes âgées.

15. C. Gucher, *Retraite et citoyenneté; Actualité d'une question paradoxale*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble 2001.

16. J. P. Viriot-Durandal, *Le pouvoir gris – Sociologie des groupes de pression de retraités*, Presses Universitaires de France, Paris 2003.

17. L. Quéré, M. Relieu, *Modes de locomotion et inscription spatiale des inégalités*, rapport de recherche pour le Plan Urbanisme Construction Architecture, avril 2001.

18. Le Curatoire pour l'aide à la vieillesse (KDA: Kuratorium Deutsche Altershilfe) est une fondation fédérale importante, fondée en 1962, pour l'aide sociale et médico-sociale aux personnes âgées.

19. La *Loi pour l'égalité de traitement des personnes handicapés* votée en 2002, (*Behindertengleichstellungsgesetz*); puis la *Loi anti-discrimination* (*Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz*) de 2006.

20. Quéré, Relieu, *Modes de locomotion*, cit.

21. *L'accessibilité Universelle dans les Municipalités: guide pour une politique intégrale de promotion et de gestion*, par E. S. Mozos et F. A. Lopez, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, secrétariat d'Etat aux Services sociaux, familles et incapacités, IMSERSO, Barcelona 2006.

22. L'Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO) dépend du ministère espagnol des affaires sociales. Il est chargé de coordonner les politiques vieillesse.

23. E. S. Mozos, F. A. Lopes, *La accesibilidad universal en los municipios - guia para una politica integral de promocion y gestion*, IMSERSO, Barcelona 2005.

24. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Zweiter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, *Wohnen im Alter*, Drucksache, 13/975, 1998.

9

Il modello delle *small towns* inglesi confrontate con l'invecchiamento demografico*

di *Elizabeth Brooks*

Questo contributo parte dal presupposto che in Inghilterra il processo di invecchiamento della popolazione sia più rapido e intenso nelle cittadine di piccole dimensioni rispetto alle città. La domanda che ci si è posti è se la risposta – o assenza di risposta – degli enti locali al fenomeno del cambiamento demografico abbia delle implicazioni per le città del futuro. In particolar modo, l'articolo si sofferma su due fra i tanti temi che riguardano l'adattamento delle cittadine di fronte all'invecchiamento della loro popolazione: da un lato l'adeguamento delle infrastrutture per consentirne la fruibilità alle persone anziane, dall'altro la risposta politica ai potenziali contributi degli anziani.

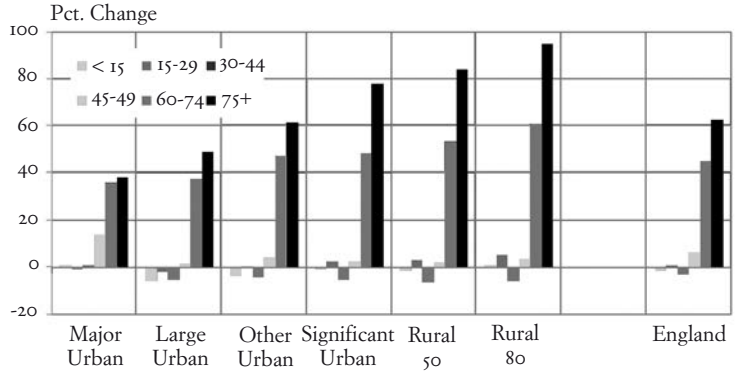
In Inghilterra sono considerate cittadine (le cosiddette *small towns*, *market towns*, *country towns* o *rural towns*) le località con una popolazione compresa tra i 2.000 e i 30.000 abitanti[1]. Nel 2004, si stima che in Inghilterra vi fossero 1.274 cittadine di questa taglia[2]. Quattrocentonovantanove di queste cittadine (circa il 40%) hanno sostanzialmente una funzione di "centro di servizi", in quanto ospitano un numero di negozi e di servizi superiore a quello che ci si aspetterebbe in base al numero di abitanti. La definizione qui utilizzata si basa su quella elaborata dalla Countryside Agency[3] che definisce "centro di servizi" le cittadine che contano più di dieci punti di vendita, vale a dire più del numero medio di negozi (cioè più di 2,4 negozi ogni 1.000 residenti), un medico generico, una banca, un istituto di credito immobiliare o un avvocato, e un supermercato di piccole o grandi dimensioni[4]. Naturalmente, le cittadine con una popolazione superiore a 30.000 abitanti potrebbero svolgere questa funzione anche per l'area rurale circostante, ma è meno probabile che si tratti di una funzione principale.

Questo studio si basa su un programma sperimentale e su tre casi di studio rappresentati da altrettante cittadine del Nord-East dell'Inghilterra, com-

* Traduzione a cura del Laboratorio di Storia delle Alpi (USI – Accademia di architettura, Mendrisio) e di Karen Ries.

prendenti pure l'area rurale circostante. Queste quattro cittadine hanno una popolazione compresa tra i 2.000 e gli 11.500 abitanti e ognuna di esse è retta da un'amministrazione locale inscritta nella categoria più rurale, ovvero quella in cui l'80% o più della popolazione vive in una zona definita rurale ("Rural 80"). In queste cittadine, come in gran parte degli insediamenti rurali inglesi, la quota della popolazione in età pensionabile è significativamente superiore alla media nazionale del 18,6%. Infatti, essa si situa tra il 22,0% nella cittadina di Tynedale (programma sperimentale) e il 27,3% nel caso del distretto di Berwick-upon-Tweed.

FIGURA 9.1
Invecchiamento in Inghilterra secondo il tipo di ente locale. Percentuale di cambiamento degli effettivi delle diverse fasce d'età, 2003-2028



Fonte: T. Champion, J. Shepherd, *Demographic Change in Rural England*, in P. Lowe, L. Speakman (eds.), *The Ageing Countryside: The Growing Older Population of Rural England*, Age Concern, London 2006, fig. 2.6, p. 41.

Le classificazioni del censimento in aree urbane e rurali, elaborate ad uso di tutti i dipartimenti di governo, sono basate sulla densità della popolazione e sul grado di perifericità. Secondo questa definizione, un'amministrazione locale che include una cittadina rurale può avere una popolazione rurale del 100%. In queste aree non solo il tasso di popolazione in età di pensionamento o in età più avanzata è maggiore, ma la popolazione invecchia a un ritmo maggiore rispetto alla popolazione residente nelle aree urbane. La FIG. 9.1 mostra le previsioni per sei tipi di aree che vanno da quelle a carattere specificatamen-

te rurale ("Rural 80") a quelle fortemente urbanizzate ("Major Urban"), dove la categoria chiamata "Significant Rural" conta una percentuale di abitanti in aree cosiddette rurali più elevata della media nazionale, il 26%, secondo le definizioni formulate dal Department for Food and Rural Affairs[5]. La figura indica che le aree urbane si muovono nella stessa direzione delle aree rurali, per le quali è stato tuttavia previsto l'aumento maggiore di popolazione anziana. Così, nell'arco dei 25 anni considerati, ad aumenti di oltre il 90% della popolazione ultrasettantacinquenne nelle cittadine definite come "Rural 80", corrispondono degli aumenti del 40-50% per la stessa fascia d'età nelle aree definite come "Major Urban" e "Large Urban".

In Inghilterra, il flusso netto di popolazione dalle aree urbane verso quelle rurali in atto da anni ha raggiunto l'apice nel 2003-04. Da allora, questo tipo di migrazione verso le aree rurali ha subito un graduale calo, dovuto probabilmente alla vitalità del mercato immobiliare[6]. Nell'attuale fase di contrazione economica globale, sembra che questa tendenza sia destinata a rafforzarsi. In tal caso, la previsione di una forte e continua discrepanza tra società rurale e urbana dovrà essere rivista, in quanto le persone di mezza età e in età avanzata tenderanno a "invecchiare sul posto" nelle città e nei sobborghi – motivo per cui vi è una maggiore probabilità che il quadro demografico appena tracciato per le cittadine rurali sia in futuro uguagliato nelle città.

9.1
Invecchiamento della popolazione nelle cittadine rurali

Abbiamo individuato cinque ragioni che spiegano l'invecchiamento demografico nelle aree rurali: l'afflusso di immigrati di mezza età o di età prossima al pensionamento provenienti dalle aree urbane in cerca di una migliore "qualità di vita"; la partenza di generazioni più giovani in cerca di lavoro e di alloggi a prezzi accessibili; l'aumento dell'aspettativa di vita e il calo dei tassi di natalità; il raggiungimento dell'età pensionabile da parte della generazione del baby boom del secondo dopoguerra; la diffusione in zone rurali come in aree urbane di un'immigrazione internazionale di persone in età adulta[7].

La presenza di immigrati internazionali è lungi dall'essere ugualmente diffusa nelle aree urbane e rurali inglesi: queste ultime registrano infatti una percentuale molto minore di persone appartenenti a minoranze etniche. Nelle cittadine considerate in questo studio, le percentuali di popolazione bianca sono del 98,1% in quella di Tynedale, del 97,8% in quella di Teesdale, del

98,2% nel distretto di Alnwick e del 98,3% in quello di Berwick; mentre la media inglese si assesta all'88,7%[8].

Le migrazioni verso le aree rurali sono perlopiù di tipo interno. Gli immigrati provenienti dalle città e gli anziani indigeni non sono però l'unica categoria di anziani fruitori delle cittadine rurali: vi sono anche i fruitori di servizi che provengono dall'entroterra rurale; inoltre è in aumento anche il numero di escursionisti e turisti in età avanzata; e infine vi è anche una piccola percentuale di anziani che migrano verso le cittadine quando la vita nell'entroterra rurale diventa insostenibile[9].

Complessivamente, abbiamo potuto definire cinque tipi di fruitori anziani delle cittadine rurali: gli immigrati in età pensionabile o prossimi al pensionamento provenienti dalle città; i residenti indigeni che invecchiano sul posto; gli escursionisti e turisti benestanti in età anziana; i visitatori giornalieri provenienti dall'entroterra rurale per delle commissioni; gli immigrati dall'entroterra rurale.

9.2
L'invecchiamento fisico

Se da un canto ci si può aspettare contributi diversi da parte di ciascuno di questi gruppi di anziani, d'altro canto è molto probabile che aumentino le esigenze di tutti i gruppi riguardo agli interventi sull'ambiente esterno, necessari per far fronte all'invecchiamento fisico e alla stabilizzazione o al calo del reddito. I seguenti dati empirici costituiscono un utile punto di riferimento per valutare l'adeguatezza dell'ambiente fisico rispetto alle esigenze delle persone anziane:

– un terzo delle persone di età compresa tra i 75 e gli 84 anni fruisce di un aiuto per la mobilità; la percentuale sale a oltre il 60% per le persone di oltre 85 anni[10];
– circa un terzo delle persone con più di 65 anni è vittima di una caduta almeno una volta all'anno;
– la proporzione aumenta a circa il 50% per le persone con più di 85 anni;
– le cadute costituiscono la causa più comune di morte e di lesione per le persone che hanno superato i 75 anni di età[11].

A ciò si aggiunge:

– il 98% delle persone con più di 65 anni ha problemi visivi e porta gli occhiali;
– gli ultrasessantenni necessitano da tre a cinque volte più luce rispetto ai ventenni per ottenere lo stesso livello di percezione visiva;
– il 90% delle persone non vedenti e ipovedenti ha più di 60 anni[12].

Nel dibattito sul fenomeno dell'invecchiamento demografico nei contesti urbani, tendono a dominare i criteri della mobilità e dell'indebolimento visivo, a scapito di altre problematiche, forse proprio perché è più facile partire da queste considerazioni per realizzare interventi concreti e efficaci. Per questo motivo, desideriamo qui analizzare alcune delle problematiche meno considerate correlate all'avanzare dell'età.

La perdita dell'udito è generalmente trascurata, nonostante essa abbia un grande impatto sulla capacità di accedere senza correre rischi ai luoghi in cui vi sono dei veicoli motorizzati. La perdita dell'udito si manifesta soprattutto in tarda età: il 71% delle persone ultrasettantenni accusa una perdita più o meno importante dell'udito e, complessivamente, il 55% delle persone con più di 60 anni sono sorde o hanno problemi uditivi[13].

La perdita di vigore, che si distingue dalla capacità motoria in quanto tale, è inevitabile in tarda età, anche se colpisce gli individui in modo diverso, a dipendenza del loro grado di forma fisica in età adulta. La perdita di vigore ha diverse cause, ma la più diffusa è la morte delle cellule motoneuronali, che non sono rinnovabili. Tra i 30 e gli 80 anni si assiste ad una riduzione delle capacità motorie che può raggiungere il 30%[14]. La demenza è in aumento a causa dell'accresciuta aspettativa di vita della popolazione e per via della sua elevata associazione con il fattore dell'età. Una persona su 20 fra gli ultrasessantenni e una persona su cinque fra gli ultraottantenni svilupperà una forma di demenza. Si stima che attualmente in Inghilterra le persone affette da una simile patologia siano 775.000 e che nel 2050 si conteranno 1,8 milioni di casi di demenza[15]. I ricercatori che studiano il legame tra l'invecchiamento e l'ambiente stanno iniziando a investigare sull'impatto di questo fenomeno[16]. Nella sua tesi di laurea Finlay Martin ha voluto verificare se nella pianificazione urbanistica inglese fosse stata considerata la questione della demenza. La sua indagine ha messo a nudo l'esistenza di una generale penuria di conoscenza, nella pianificazione, delle diverse esigenze connesse a simili patologie e una carenza gestionale da parte del governo centrale. Le autorità cittadine e i piccoli enti locali hanno affermato di essere in grande difficoltà nel rispondere al tema della diversità, in particolare per motivi di tempo e di risorse[17].

Un ulteriore aspetto molto trascurato dai responsabili delle politiche sociali riguarda il normale invecchiamento cognitivo. Indipendentemente dall'aumento del rischio di restare vittima di patologie neurologiche quali l'Alzheimer, la demenza vascolare o l'ictus, l'invecchiamento è accompagnato per tutti da un calo delle funzioni cognitive. Come il resto del corpo, anche il cervello è soggetto ad un graduale e progressivo deterioramento, ma esso influisce

sulle capacità mentali in modo differenziato e secondo modalità lontane dalla semplice intuizione. Così, la memoria verbale, che viene usata ad esempio per completare le parole crociate e i puzzle, è molto più duratura della memoria non verbale, quale la capacità di orientamento, che si deteriora rapidamente, facendo sì che le persone anziane si trovino sempre più a disagio quando devono orientarsi in nuovi ambienti.

Mentre la capacità di concentrazione subisce solo un lieve calo con l'avanzare dell'età, si riduce in modo massiccio la capacità di ignorare le "interferenze" di attività o oggetti di attenzione precedenti. Ciò significa che la capacità di concentrarsi sulle attività svolte si esaurisce sempre di più col passare delle ore e per questo motivo in età avanzata si tende a programmare la giornata attorno alle attività mattutine e del primo pomeriggio, riponendo meno aspettative sul tardo pomeriggio e sulla sera[18].

9.3
I contributi delle persone anziane

Mentre la letteratura sull'invecchiamento e sul declino fisico durante l'anzianità è molto copiosa, la politica ha iniziato solo di recente a raccogliere informazioni su questi fenomeni per integrarle nelle iniziative politiche. Un aumento molto più elevato del previsto dell'aspettativa di vita e la crescente consapevolezza del fatto che a questo aumento non corrisponde un aumento equivalente del numero di anni vissuti in buona salute, hanno provocato un'ondata di nuovi bisogni che hanno indotto le amministrazioni pubbliche ad intervenire senza tuttavia considerare le potenzialità di queste nuove schiere di anziani.

Eppure le persone anziane possono portare ancora un importante contributo alle comunità locali in cui vivono, non solo nel loro ruolo di consumatori e di beneficiari di redditi non generati sul posto (per esempio le pensioni), ma anche in quanto datori di lavoro o in qualità di lavoratori indipendenti, impiegati, fornitori di assistenza (che provvedono al proprio coniuge, a fratelli e sorelle, vicini, nipoti), fiduciari, consiglieri, attivisti di campagne politiche, mecenati di arte e musica, di pratiche comunitarie e religiose. Inoltre, in considerazione del potenziale "calo energetico" che subiranno in futuro, in veste di formatori che trasmettono le proprie esperienze e conoscenze alla comunità e diventano dei modelli di stili di vita sostenibili[19].

Da numerosi studi risulta che le persone in età di pensionamento o più anziane sono molto attive nel settore del volontariato[20]. Lo studio di Meadows

e ulteriori ricerche hanno inoltre appurato che le nuove attività commerciali avviate da persone anziane hanno maggiori possibilità di successo e che le persone anziane si rivelano essere dei dipendenti più affidabili e costanti[21]. In termini generali, sebbene le persone anziane facciano più fatica ad assimilare nuove informazioni se non le ripetono con regolarità, si può affermare che le loro capacità pratiche, fisiche e la loro competenza durano nel tempo. C'è però un limite di tempo entro il quale gli anziani possono dare il loro contributo alla società attraverso il lavoro indipendente, dipendente e il volontariato. A partire dall'ottava decade – quando aumenta il rischio che si manifestino svariate forme di disabilità e le complesse condizioni di salute peggiorino – le loro abilità subiscono un calo rapido e repentino. Tuttavia, anche quando si conclude la loro vita attiva, il contributo degli anziani, nel loro ruolo di consumatori e datori di lavoro, continua a svolgere una funzione importante nell'economia locale. Grazie, per esempio, agli investimenti che hanno effettuato nelle proprie pensioni individuali, le comunità locali godono di un flusso costante di redditi esterni che possono sostenere l'economia locale in tempi di gravi fluttuazioni[22].

Avendo considerato fin qui i principali bisogni e possibili contributi degli anziani, desidero ora brevemente elencare le principali informazioni acquisite riguardanti gli ambienti fisici e le misure politiche adottate dalle cittadine rurali analizzate in questo studio.

9.4
L'ambiente fisico nelle cittadine

9.4.1. I risultati dell'analisi

Nello studio delle infrastrutture presenti nelle cittadine prese in esame, sono state fatte osservazioni sistematiche e sono stati analizzati i bisogni generali e, rispettivamente, i bisogni specifici delle persone affette da disabilità fisiche, sensoriali e cognitive. Le caratteristiche delle cittadine rurali considerate sono in un certo senso molto favorevoli agli anziani con disabilità cognitive legate all'età, in quanto sono generalmente provviste di edifici e punti di riferimento distintivi, di gradini e strade irregolari che rendono loro più facile l'orientamento rispetto alle aree urbane che hanno un assetto urbanistico ripetitivo e regolare[23]. I prezzi più bassi dei terreni o degli affitti nel centro città fanno sì che gli alloggi specializzati per gli anziani e le case di cura possano essere situati molto vicino ai servizi e alle strutture più importanti della città.

Tuttavia, al di là di questi vantaggi, l'ambiente territoriale delle cittadine rurali risulta molto problematico per gli anziani. La combinazione di vari fattori, come l'incapacità da parte delle autorità locali di trovare i fondi per assumere un funzionario responsabile della mobilità e dell'accessibilità ai servizi pubblici, la penuria di fondi per assicurare le necessarie riparazioni o effettuare migliorie e l'imperativo economico di promuovere l'industria del turismo e quindi mantenere un'immagine storica e caratteristica della cittadina, fanno sì che si facciano pochi tentativi per eliminare le barriere architettoniche e facilitare la mobilità. Le strade strette e sinuose costruite per i carri e i cavalli, gli alti marciapiedi progettati per incanalare il percorso degli animali diretti al mercato e le acque di scarico sono senz'altro motivi di attrazione turistica ma sono di difficile accesso per le sedie a rotelle e per le persone con disabilità sensoriali e motorie. Queste strade strette, talvolta in forte pendenza e solcate da antichi canali di scolo, possono diventare particolarmente pericolose.

La nuova tendenza che favorisce la costruzione di supermercati in ampi spazi alla periferia delle città potrebbe facilitare gli acquisti alle persone disabili su sedia a rotelle, poiché lo spazio a disposizione permette di edificare aree commerciali con corridoi ampi e di facile accesso. Ma questi nuovi supermercati non sono però sempre ben inseriti nella rete dei trasporti pubblici (come nel caso della cittadina di Tynedale a Hexham), e le famiglie sono spesso avvantaggiate rispetto ai disabili in quanto i parcheggi delle prime sono collocati più vicino ai negozi. Quando, invece, il supermercato è situato nel centro città (come nella cittadina di Teesdale a Barnard Castle e nella cittadina di Berwick-upon-Tweed), gli ostacoli per le persone disabili sono costituiti da corridoi stretti e ingombri e da parcheggi troppo costosi.

I piccoli negozi e servizi (ovvero le strutture frequentate da un numero relativamente basso di persone) non dispongono generalmente delle risorse necessarie per assicurare l'accesso ai disabili. Di fatto nelle piccole cittadine, l'accesso agevolato ai disabili è limitato ad un numero ristretto di banche nazionali e di edifici pubblici come per esempio i centri artistici, mentre gli uffici postali, i cinema, i centri sportivi e le chiese sono raramente accessibili con la sedia a rotelle.

I servizi igienici pubblici di stampo vittoriano sono tradizionalmente ubicati, per motivi di discrezione, sotto le scalinate, ma risultano inadatti per i fruitori disabili o ipovedenti; negli ultimi anni sono inoltre diventati un luogo ad alto rischio di criminalità. I servizi igienici alternativi, in due delle tre cittadine prese in esame da questo studio (Barnard Castle e Berwick-upon-Tweed), sono gestiti da un supermercato locale e la loro frequentazione è soggetta agli

orari di apertura dei grandi magazzini. Di conseguenza, coloro che necessitano di usare con regolarità i bagni pubblici evitano di frequentare il centro città il sabato pomeriggio, la sera o nelle festività, proprio quando si moltiplicano i momenti di socializzazione, come festival o mercati speciali. Anche nella cittadina di Rothbury (il terzo caso analizzato), pur essendo diventato un modello di accessibilità interna, grazie al coinvolgimento del consiglio comunale, il bagno pubblico è collocato lungo una ripida salita raggiungibile attraverso una complicata serie di rampe e pendii angusti che possono costituire un ostacolo per le persone con poca forza muscolare o con una sedia a rotelle elettrica troppo larga.

Le panchine, che secondo le direttive di accessibilità prescritte dal Dipartimento dei trasporti (2002) dovrebbero essere collocate a intervalli di 50 metri, tendono ad essere raggruppate o addirittura in sovrannumero nelle zone centrali e pianeggianti, come ad esempio nelle piazze di mercato. Proprio nelle zone in cui sarebbero necessarie – ad esempio su pendii ripidi, alle fermate del bus, o nei percorsi di accesso alle stazioni dei trasporti pubblici – sono invece rare o persino assenti, come per esempio nella via commerciale di Barnard Castle, chiamata "The Bank", dove si affacciano numerosi ristoranti e negozi. Infine, in tutte e tre le cittadine considerate, le superfici stradali risultano deteriorate, anche quelle direttamente adiacenti alle case per anziani, a causa dell'estensione della rete stradale rurale la cui manutenzione è di competenza delle autorità locali, ma anche per via dell'aumento del traffico industriale e del clima sempre più rigoroso che rende le pavimentazioni vulnerabili ai danni.

9.4.2. La politica pubblica

Il *Disability Discrimination Act* del 1995 protegge i disabili dalle varie forme di discriminazione: dalla discriminazione riguardante l'impiego, l'educazione e l'accesso ai beni, alle infrastrutture e ai servizi, l'accesso e l'appartenenza a club privati, gli stabili in affitto e le migliorie di tali edifici. Nel 2005, la legge è stata migliorata e i diritti sono stati estesi, con l'introduzione del *Disability Equality Duty*, entrato in vigore nel dicembre del 2006, il quale obbliga le autorità pubbliche a promuovere le pari opportunità per le persone disabili.

In teoria, questa nuova condizione legale potrebbe essere utilizzata per promuovere l'accesso dei disabili al territorio urbano; tuttavia un'indagine condotta sulla giurisprudenza attuale indica che i casi finora analizzati in base

alla nuova legislazione si limitano all'accessibilità interna degli edifici e delle stazioni di trasporto.

Un'altra nota positiva nella politica urbanistica inglese (attualmente sotto la guida del Department of Communities and Local Government) riguarda il recente cambiamento del registro linguistico usato nei documenti di pianificazione, dove il concetto di *land use planning* è stato sostituito da *spatial planning*[24]. Con questa modifica si intende spostare l'attenzione della pianificazione dalla progettazione di singoli edifici alla considerazione del ruolo e dello sviluppo degli insediamenti nel loro complesso. Tuttavia, come nel caso della nuova giurisprudenza citata poc'anzi, gran parte delle normative pratiche fa riferimento agli edifici piuttosto che al contesto urbano e ai nuovi insediamenti piuttosto che ai panorami cittadini.

A titolo eccezionale, fra le direttive per la pianificazione destinate alle amministrazioni locali, la *Planning Policy Statement 6: Designing for Town Centres* raccomanda di effettuare controlli sull'accessibilità delle infrastrutture e dei sistemi di trasporto[25]. Ma le direttive più importanti per l'accessibilità rimangono relegate in documenti separati e mirati, ciascuno dei quali è emanato da un diverso dipartimento di governo. La guida del Dipartimento dei trasporti (2002) appare come la più progressista dei tre documenti in quanto include la problematica delle necessità infrastrutturali delle persone con disabilità di tipo cognitivo. Il testo fa però riferimento a persone disabili in età di apprendimento piuttosto che a persone anziane con problemi cognitivi.

L'anno successivo, l'ufficio del vice primo ministro ha emesso una guida in materia di "Pianificazione e accesso per persone disabili". Le linee guida appaiono all'avanguardia in quanto asseriscono che «molte persone rimangono inutilmente "disabili" a causa di ambienti fisici mal concepiti. Di conseguenza, molte persone non riescono ad essere completamente autosufficienti e non sono in grado di dare il loro contributo alla società»[26].

Nel corso dello studio è stata inoltre constatata la presenza di potenziali conflitti tra la volontà di sviluppare condizioni ambientali universali e altri programmi politici, inclusa la conservazione e la tutela degli edifici sotto la protezione delle belle arti (particolarmente importante nelle cittadine rurali), «sebbene nella maggioranza dei casi sia possibile trovare una soluzione di compromesso che osservi i requisiti della legge»[27].

La Commission for Architecture and the Built Environment (Commissione per l'architettura e l'ambiente costruito) ha affrontato la questione in un opuscolo illustrato su carta patinata riguardante il tema dell'*Inclusive Design* (progettazione universale) pubblicato nel 2006. I principi di progettazione

elencati alla fine del rapporto riconoscono perlomeno la necessità di adottare soluzioni multiple che rispondano a differenti bisogni. Vi è tuttavia ancora una visione ottimistica riguardo all'universalità, come suggerisce la seguente osservazione: «dovreste raggiungere uno sviluppo che sia […] realistico: offrendo più di una soluzione per aiutare a rispondere ai bisogni di ciascuno e riconoscendo che una soluzione possa comunque non funzionare per tutti»[28].

In queste tre guide non sono stati considerati molti fattori che ostacolano il miglioramento dell'accessibilità della popolazione anziana alle infrastrutture urbane, in particolare:

– nella maggioranza dei programmi politici queste linee guida si trovano solo nelle note a piè di pagina;
– vi sono tuttora delle frammentazioni e manca il dialogo tra gli enti responsabili della pianificazione urbana;
– nessuna autorità è stata incaricata di promuovere e avvalorare la pianificazione universale;
– non è previsto un budget supplementare per gli enti locali che devono intervenire in ambienti di forte rilievo storico;
– vi è incongruenza tra le linee guida riguardanti l'accessibilità delle infrastrutture e i principi etici di tutela dei beni storico-culturali;
– manca un coordinamento tra i diversi ambiti al fine di creare degli spazi idonei per un'ampia gamma di disabilità;
– non c'è consapevolezza dei potenziali conflitti che potrebbero sorgere tra i diversi fruitori degli spazi.

9.5
I contributi delle persone anziane

9.5.1. I risultati dell'analisi

I risultati emersi dallo studio di questi casi rivelano tre problematiche che impediscono agli anziani di contribuire attivamente alla vita pubblica cittadina:

– c'è indifferenza verso la vasta gamma di potenziali contributi che le persone anziane possono fornire;
– le persone anziane sono solitamente considerate una "fonte di problemi" all'interno della comunità;
– la politica locale non si è dotata di strategie adeguate alle esigenze dell'invecchiamento demografico (*age-proofing*).

Le interviste fatte agli specialisti nell'ambito di questo studio confermano che i potenziali contributi degli anziani sono trascurati non solo dai politici, ma anche dalla popolazione: «Se si considerano le capacità delle persone pensionate all'interno della comunità, ci sono tutti gli elementi per realizzare un progetto sociale fantastico. Ho provato a sollecitare il servizio aziendale locale a farlo, ma loro hanno già una programmazione propria» (studio di caso di Teesdale – attore principale – il partenariato locale strategico Teesdale Partnership).

Si registra una tendenza piuttosto diffusa a considerare le persone anziane un gruppo problematico per la società, piuttosto che per il loro potenziale apporto alla comunità: «Basta un piccolo numero di immigrati in età di pensionamento per influenzare una piccola comunità. Se ci sono solo venti case e tre dei nuclei familiari hanno più di 65 anni, allora questi influiscono in modo significativo sulla comunità in termini di servizi, di potere d'acquisto e così via. A mio modo di vedere, se le persone giovani non possono accedere all'acquisto di una casa è a causa dell'immigrazione di persone anziane» (programma sperimentale di Tynedale – attore principale – amministrazione locale).

Vi è inoltre una scarsa consapevolezza dell'impatto che le politiche economiche delle amministrazioni locali hanno sui cittadini più anziani. Lo smantellamento delle infrastrutture pubbliche, promosso nel tentativo di ridurre l'imposta locale (i tagli usuali includono piccoli lotti di terreno per il giardinaggio, parcheggi gratuiti, centri di salute e divertimento), si ripercuote pesantemente sulla popolazione più anziana in quanto le persone in età avanzata dispongono di una scelta ridotta di mezzi di trasporto e assistono ad un calo delle loro risorse finanziarie e capacità fisiche.

Per quanto riguarda la consapevolezza da parte delle persone anziane sulla possibilità di cambiare lo stato delle cose, c'è un senso di impotenza e una scarsa conoscenza della legislazione che potrebbe aiutarli a contrastare l'erosione dei servizi e delle infrastrutture locali, ovvero la *Local Communities Sustainability Act* (*Legge per la sostenibilità delle comunità locali*) divenuta legge nel 2007. La comprensione di questo tipo di strumenti sembra essere limitata sia tra gli anziani che tra gli specialisti che lavorano con loro, dimostrando che è necessario effettuare un'opera di sensibilizzazione e di educazione della comunità.

9.5.2. La prassi politica

In Gran Bretagna (diversamente dal Giappone, che nel 2005 ha adottato una legislazione basata sulla *Universal Design* – ovvero la progettazione di pro-

dotti e ambienti universali e utilizzabili da tutti) – la promozione di ambienti urbani maggiormente accessibili sta entrando solo ora a far parte della cultura progettuale urbana. Allo stesso modo anche il riconoscimento e l'integrazione del contributo degli anziani sono ancora in una fase primordiale e la questione appare a livello di politica pubblica solo nel libro bianco del 2005 denominato *Opportunity Age*[29] (*Età delle opportunità*).

Abbiamo condotto una ricerca elettronica sui più importanti documenti di politica pubblica, riguardanti la previdenza e l'impiego delle persone anziane, emanati da enti regionali, provinciali e distrettuali del Nord-Est dell'Inghilterra (TAB. 9.1).

TABELLA 9.1
Persone anziane (sottolineato); persone disabili (corsivo); famiglie e bambini (grassetto) nei documenti più importanti di politica pubblica locale per enti locali, provinciali e regionali

	Aln LA	Ber LA	Tee LA	Tyn LA	N'land LA	Newcastle/ T&W CC	Dur CC	NE RA
LDF	16 (2) **(14)**	14 (0) **(29)**	0 (1) **(0)**	3 (0) **(3)**	/	14 (3) **(44)**	/	/
LAA	/	/	/	/	57 (0) **(154)**	82 (40) **(207)**	16 (3) **(107)**	/
LTP	/	/	/	/	40 (72) **(157)**	17 (46) **(32)**	20 (61) **(69)**	/
SCP	paper	paper	10 (6) **45**	3 (4) **(113)**	33 (12) **(96)**	76 (22) **269**	in allestimento	/
ECP	/	/	/	6 (3) **(11)**	0 (0) **(30)**	/	3 (1) **(41)**	6 (7) **(24)**
Health Report	/	/	/	/	35 (20) **(20)**	34 (30) **(67)**	2 (3) **(4)**	11 (1) **(23)**

I documenti esaminati comprendono il *Local Development Framework* (LDF) ovvero il documento più importante di pianificazione rurale e urbana, il *Local Area Agreement* (LAA), che riguarda gli obiettivi più importanti da monitorare in ogni località, il *Local Transport Plan* (LTP), che riguarda la pianificazione dei trasporti locali, la *Sustainable Communities Policy* (SCP), politica pubblica per comunità sostenibili, la *Economic Policy* (ECP) e il rapporto annuale o la strategia regionale del Servizio sanitario o socio-sanitario (*Health Report*). La ricerca è stata condotta su tutti i casi che presentano condizioni simili a quelle degli anziani ed è stato effettuato un confronto con le menzioni di persone disabili, di bambini e categorie affini. Non sorprende la constatazione che la maggioranza dei riferimenti a età o periodi di vita riguardi giovani, bambini e famiglie (65%); nel 21% vi sono riferimenti a persone anziane; e solo nel 14% a persone con disabilità (incluse disabilità specifiche quali il deterioramento della vista e affini). Sebbene queste percentuali coincidano con la proporzione degli anziani rispetto alla popolazione complessiva, non rispecchiano la loro presenza rilevante nelle località rurali, alle quali questa politica pubblica vuole fare riferimento, né riflette le loro maggiori esigenze di intervento per partecipare pienamente alla vita sociale.

In 14 dei 23 documenti consultati (vale a dire più della metà), il numero di riferimenti a persone giovani, bambini e famiglie è di oltre due volte superiore ai riferimenti fatti a persone anziane. Solo in 2 dei 23 documenti si contano più riferimenti a persone anziane che a persone giovani o disabili. Si tratta del *Local Development Framework* di Alnwick e District Local Authority e del rapporto del servizio sanitario di Northumberland (un servizio di carattere sia sanitario che sociale).

In contrasto con la scarsità di riferimenti alla popolazione anziana nei documenti di politica pubblica locale, durante lo svolgimento dell'analisi abbiamo trovato un documento in fase di elaborazione dedicato unicamente alle persone anziane della regione di Northumberland. Il documento intitolato *Older People's Strategy for Northumberland*[30] era allestito dalla Northumberland Strategic Partnership (partenariato locale strategico di Northumberland). Il documento riconosce il contributo che le persone anziane forniscono nel mercato del lavoro e nel settore del volontariato, ma non mostra una consapevolezza del modo in cui la questione è marginalizzata in quanto viene trattata in documenti riguardanti "esigenze particolari" che non fanno parte della documentazione principale.

9.6
Cosa possono imparare le città dalle cittadine sulla questione dell'invecchiamento demografico?

Se è vero che le cittadine sono in una fase più avanzata nel generale processo di invecchiamento demografico, è legittimo chiedersi quale insegnamento possano fornire alle città che, a giudicare da quanto visto in precedenza (FIG. 9.2), possono prevedere il raggiungimento di quote simili di anziani nella loro popolazione a seguito del mutamento dell'attuale equilibrio demografico.

Il primo insegnamento è che se la politica si focalizza essenzialmente sui giovani e sulle famiglie rende ancora più inabili le persone anziane da un punto di vista sociale e fisico in quanto non considera il loro potenziale contributo e non mobilita neppure le varie agenzie che si adoperano per abbattere le barriere fisiche e organizzative che impediscono una piena partecipazione alla società.

Il secondo insegnamento riguarda la necessità di approfondire il dibattito sui conflitti attorno al modo di suddividere il territorio in aree funzionali alle diverse età e alle diverse esigenze spazio-temporali: dalla disposizione dei posti a sedere, ai bagni pubblici, ai corrimano, alle rampe, e così via. Ignorando queste divergenze (come nel caso delle cittadine studiate), può capitare che dei punti di sosta siano situati in posti inadeguati, in aree trafficate, rumorose e "giovani", poco congeniali alle persone anziane; d'altro canto una mancanza di strutture può relegare consciamente o inconsciamente gli anziani alla frequentazione di luoghi di minor valore commerciale e culturale, nelle ore diurne e ad una gamma limitata di attività e servizi.

Il terzo insegnamento riguarda l'importanza di mantenere viva la strada principale locale e di non permettere il continuo dislocamento di negozi e servizi in collocazioni periferiche che sono difficilmente raggiungibili senza auto. Una soluzione particolarmente adatta per le aree rurali o anche per le regioni suburbane, troppo poco frequentate per rendere proficua un'attività commerciale[31], potrebbe essere quella di usufruire delle competenze degli anziani per gestire piccoli servizi locali sul modello dell'impresa no profit. Ciottoli e irte salite amorevolmente preservate (o ripristinate), marciapiedi disegnati per rialzare il terreno, incanalare le acque di scolo e prevenire l'incursione del bestiame sull'area pedonale; panchine di pietra e vicoli stretti ecc. permettono di rafforzare l'identità di paesini e cittadine economicamente svantaggiati, attraendo visitatori di tutte le età. Come affermano Burton e Mitchell, è assolutamente possibile realizzare piccole modifiche che,

pur conservando lo stile storico, rendano accessibile lo spazio a un vasto numero di fruitori.

Le cittadine rurali più accessibili e sicure per gli utenti anziani potrebbero anche prendere atto che in questo modo diventano più attraenti anche per i visitatori in età avanzata oltre che per le famiglie con bambini. E più gli anziani sono visibili e attivi, maggiori sono le probabilità che il loro potenziale contributo alle comunità in cui vivono venga riconosciuto.

Note

1. Countryside Agency, *Market Towns Initiative: Operating Guidelines for Local Partnerships 2000/2001*, Yorkshire and Humber Region, Countryside Agency, Wetherby 2000.

2. Countryside Agency, *State of the Countryside*, Countryside Agency, Cheltenham 2004.

3. La Countryside Agency è un organo consultivo finanziato dal governo che promuove la conservazione delle aree rurali e la vita in queste aree.

4. Countryside Agency, *State of the Countryside*, cit.

5. DEFRA, *Rural Definition and Local Authority Classification*, 2002, in http://www.defra.gov.uk/rural/ruralstats/ruraldefinition.htm, 24 April 2008; Id., *The Rural Strategy 2004*, London 2004; Id., *Classification of Local Authority Districts and Unitary Authorities in England: An Introductory Guide*, 2005, in http://www.defra.gov.uk/rural/ruralstats/rural-defn/LAClassifications_introguide.pdf, 22 April 2007. T. Champion, *The Containment of Urban Britain: Retrospect and Prospect*, Franco Angeli, Milano 2002.

6. Commission for Rural Communities, *State of the Countryside*, 2008, p. 17.

7. T. Champion, J. Shepherd, *Demographic Change in Rural England*, in P. Lowe, L. Speakman (eds.), *The Ageing Countryside: The Growing Older Population of Rural England*, Age Concern, London 2006.

8. Office for National Statistics, *Neighbourhood Statistics*, June 2006, in http://neighbourhood.statistics.gov.uk/dissemination, 23 August 2008.

9. Champion, Shepherd, *Demographic Change*, cit., pp. 46-7.

10. A. Walker *et al*., *Living in Britain: Results from the 2001 General Household Survey*, The Stationary Office, London 2003, p. 165.

11. S. Campbell, *Deteriorating Vision, Falls and Older People: The Links*, Visibility, Glasgow 2005.

12. E. Burton, L. Mitchell, *Inclusive Urban Design: Streets for Life*, Architectural Press, Oxford 2006, pp. 25-6.

13. Royal National Institute for the Deaf, *Facts and Figures on Deafness and Tinnitus*, 2007, in http://www.rnid.org.uk/information_resources/factsheets/deaf_awareness/factsheets_ leaflets/?ciid=29033, 1 November 2006.

14. B. Davey, T. Halliday, *Human Biology and Health: An Evolutionary Approach*, Open University Press, Buckingham 1994, p. 179.

15. Alzheimer's Society, *Facts about Dementia: Statistics*, 2007, in http://www.alzheimers.org.uk/Facts_about_dementia/Statistics/index.htm, 3 February 2007.

16. Si veda, per esempio, L. Mitchell, E. Burton, S. Raman, *Dementia-Friendly Cities: Designing Intelligible Neighbourhoods for Life*, in "Journal of Urban Design", 9, 1, 2004, pp. 89-101.

17. F. Martin, *How Cities Plan for People with Cognitive Impairment*, MSC Newcastle University, School of Architecture, Planning and Landscape, Newcastle 2006, pp. 66-7.

18. D. Park, N. Schwarz (eds.), *Cognitive Ageing: A Primer*, Taylor & Francis, East Sussex 2000.

19. R. Hopkins, *The Transition Handbook: From Oil Dependency to Local Resilience*, Green Books, Totnes 2008.

20. T. Munton, A. Zurawan, *Active Communities: Headline Findings from the 2003 Home Office Citizenship Survey*, 2007, in http://www.monitoring-group.co.uk/News%20and%20Campaigns/research%20material/community%20cohension/citizenship_survey_2003.pdf, 12 November 2007; P. Meadows, Volterra Consulting, *The Economic Contribution of Older People*, Age Concern, London 2004.

21. A. Green, *Employment and the Older Person in the Countryside*, in Lowe, Speakman (eds.), *The Ageing Countryside*, cit., p. 94.

22. Si veda, per esempio, K. Bennett, J. Phillipson, *The Effects on Village, Business and Household Life in the Northern Fells*, in K. Bennett, T. Carroll, Ph. Lowe *et al.*, *Coping with Crisis in Cumbria. The Consequences of Foot and Mouth Disease*, Centre for Rural Economy, Newcastle 2002.

23. Burton, Mitchell, *Inclusive Urban Design*, cit.

24. Si veda, a titolo di esempio, Office of the Deputy Prime Minister, *PPS1 – Delivering Sustainable Development*, 2005, in http://www.communities.gov.uk/pub/806/PlanningPolicyStatement1DeliveringSustainableDevelopment_id1143806.pdf, 4 November 2006, pp. 11-2; Department of Communities and Local Government, *Planning Policy Statement 6: Town Centres*, 2008, in http://www.communities.gov.uk/planningandbuilding/planning/planningpolicyguidance/planningpolicystatements/planningpolicystatements/pps6, 5 August 2008.

25. ODPM, *PPS6 – Designing for Town Centres*, 2005, in http://www.communities.gov.uk/pub/821/PlanningPolicyStatement6PlanningforTownCentres_id1143821.pdf, 6 November 2006, p. 29.

26. ODPM, *Planning and Access for Disabled People: A Good Practice Guide*, ODPM, Wetherby 2003, p. 20.

27. Ivi, pp. 27-8.

28. The Commission for Architecture and the Built Environment, *The Principles of Inclusive Design (They include you)*, CABE, London 2006, p. 16.

29. Department of Work and Pensions, *White Paper: Opportunity Age: Meeting the Challenges of Ageing in the 21st Century*, London 2005.

30. Department for Transport, *Inclusive Mobility: A Guide to Best Practice on Access to Pedestrian and Transport Infrastructure*, 2002, in http://www.dft.gov.uk/transportforyou/access/peti/inclusivemobility, 2 September 2008; Northumberland Strategic Partnership, *Older People in Northumberland – A Longer Term View. Amended Draft Following Consultation*, March 2008, p. 5, in http://www.nsp.org.uk/page.asp?id=414, 27 October 2008.

31. New Economics Foundation, *Ghost Town Britain II*, 2007, in http://www.neweconomics.org/gen/uploads/2hkodtqtzvorun55afsofu45151220031143 09.pdf, 27 October 2008.

10

Criteri della città per gli anziani? Semplificare la complessità per agire concretamente

di *Marcello Martinoni*, *Alma Sartoris*

Due tendenze forti caratterizzano l'inizio del XXI secolo: l'accelerazione del processo di urbanizzazione e il crescente invecchiamento della popolazione. Nel 1950, meno di un terzo della popolazione mondiale viveva in città; attualmente la proporzione raggiunge il 50% circa e si stima che nel 2030 il tasso di urbanizzazione dovrebbe superare il 60%[1]. Contemporaneamente, nel 2050, per la prima volta nella storia dell'umanità, le persone con più di 60 anni saranno più numerose dei bambini tra 0 e 14 anni. Inoltre, coloro che in Europa raggiungono oggi i 65 anni hanno un'aspettativa di vita di circa 16 anni, quelli che raggiungono gli 80 un'aspettativa di altri 8 anni[2].

Questi scenari (e le molteplici specificità nazionali e regionali) alimentano non pochi interrogativi riguardanti le implicazioni sociologiche, economiche e culturali che le sottendono. La questione dell'invecchiamento e dell'anzianità, in particolare, non può essere ridotta a una mera questione anagrafica visto che l'età di una persona è del tutto insufficiente a coglierne i contenuti, se non in una prospettiva pensionistica. La tendenza di considerare l'"anziano" come sinonimo di "disabile" va contrastata e, alla luce dei vari indicatori sulla qualità di vita, valutata con un alto grado di sfumature. Formalmente si diventa anziani quando si compiono 65 anni. A tale età, nella maggioranza dei casi, si è pensionati da più o meno tempo e per sempre più persone significa potersi godere il tempo libero, magari con qualche hobby, preferibilmente insieme a parenti o amici[3]. Deve essere quindi sviluppata una nuova prospettiva, in cui le persone anziane possano essere considerate anche quali attori attivi della società, e non solo come un "problema"[4].

Il concetto di "invecchiamento in buona salute", da un punto di vista gerontologico, comprende tre componenti principali[5]: scarsa probabilità di malattie o disturbi legati alla disabilità, alte capacità funzionali sia cognitive che fisiche, e una vita attiva. La percezione di una buona "qualità della vita" è inoltre legata

ad una proficua interazione con l'ambiente nelle sue diverse forme, piuttosto che una mera questione legata all'assenza di malattie[6].

Anche gli studi legati alla città affrontano sfide nuove, legate alle continue e sempre più rapide trasformazioni dei tessuti socio-economici urbani connesse alla globalizzazione dei fenomeni migratori e ai mutamenti dei modelli urbanistici e relazionali. Congiuntamente allo sviluppo delle infrastrutture, l'inclusione sociale e la vivibilità saranno fattori chiave dello sviluppo urbano[7]. Un atteggiamento multidisciplinare è pertanto necessario per attuare politiche urbane sostenibili.

Per affrontare il tema dell'invecchiamento della popolazione, le nozioni di "fragilità" e "autonomia" sono le più idonee per l'urbanista e gli attori attivi nella gestione degli spazi urbani. Non contano tanto il numero di anni vissuti quanto le capacità di un individuo di agire nel proprio ambiente. In realtà, la "disabilità"[8] può essere intesa come una limitazione fisica o mentale di una persona in un determinato contesto sociale, o come un divario esistente tra la persona e le capacità richieste dall'ambiente circostante. In questo senso, essere anziani rappresenta qualcos'altro rispetto alla disabilità. Come indicato dal progetto dell'organizzazione mondiale della salute "Age-friendly city"[9], la qualità di vita delle persone anziane nel contesto urbano coinvolge molti altri aspetti come i contatti sociali, la qualità ambientale, l'accessibilità, la possibilità di partecipazione, l'autodeterminazione e il rispetto della dignità. Ciononostante, le idee progettuali promosse da urbanisti o altri attori della vita urbana devono tenere conto anche delle barriere architettoniche, prevenendo, per quanto possibile, le disparità nell'accessibilità dello spazio[10].

10.1
Il progetto di ricerca

Il progetto di ricerca "UrbAging – Pianificare e progettare lo spazio urbano per una società che invecchia"[11], condotto da un team interdisciplinare di geografi, architetti e urbanisti, ha indagato l'adeguatezza dell'ambiente costruito e dello spazio pubblico di due città svizzere rispetto alle esigenze delle persone anziane. Grazie al coinvolgimento diretto degli anziani e delle istituzioni sono stati individuati i criteri che rendono uno spazio pubblico a misura di anziani.

Valutare l'adeguatezza degli spazi urbani per i cittadini anziani e la relazione città-anziani richiede un approccio completo e sistemico, che, oltre allo studio dello spazio pubblico, includa anche l'analisi degli spazi residenziali e

commerciali, come pure la disponibilità dei servizi. La rilevanza della ricerca "UrbAging", che si è concentrata sullo spazio pubblico, risiede nella sua metodologia e nell'importanza attribuita allo spazio pubblico nella valutazione della capacità di una città di generare, mantenere e aumentare il benessere dei propri cittadini.

10.1.1. I due casi studio, caratteristiche demografiche

"UrbAging" ha preso in esame due città svizzere: Lugano[12], città del Cantone Ticino di circa 50.000 abitanti, e Uster, cittadina del Cantone di Zurigo che conta circa 30.000 abitanti. Lugano è la principale città del Ticino, cantone con i più alti tassi di invecchiamento della Svizzera. Uster, per contro, è un comune peri-urbano dell'area metropolitana di Zurigo caratterizzato da una maggior presenza di famiglie (e quindi maggiormente da giovani in età scolastica) e da un migliore equilibrio tra le classi d'età (cfr. TAB. 10.1).

TABELLA 10.1
Dati demografici dei casi studio e loro contesto territoriale (2005)

	< 15 anni	> = 65 anni	Totale	Indice anzianità
Svizzera	1.193.520	1.192.465	7.459.128	99,9
Canton Ticino	46.218	61.160	322.276	132,3
Distretto Lugano	19.600	24.559	134.989	125,3
Lugano	6.433	10.117	49.223	157,3
Canton Zurigo	191.299	198.763	1.264.141	103,9
Distretto di Uster	17.775	14.759	110.287	83,0
Uster	4.751	3.997	29.730	84,1

Fonte: popolazione residente permanente al 31 dicembre 2005 per classe d'età (Ticino) e popolazione civile per classi d'età (Zurigo).

Dal profilo generale risulta che Uster ha un profilo relativamente "giovane", mentre Lugano risulta più "anziana". Nel 2000, l'indice di anzianità[13] era di 78,2 a Uster e di 136,6 a Lugano, a fronte di una media nazionale di 95,3. La progressione dell'invecchiamento appare anche molto diversa tra i due comuni in esame: a fine 2005 Lugano presentava un indice di 157,3 (con un aumento di oltre 20 punti rispetto al 2000), mentre Uster di 84,1 (progressione inferiore a 7 punti).

Le FIGG. 10.1 e 10.2 indicano la distribuzione della popolazione anziana nei vari quartieri delle due città. La percentuale media della popolazione anziana di Lugano è del 18,9%. La popolazione anziana (> di 64 anni) risulta abbastanza ben distribuita; tuttavia ritroviamo maggiori percentuali nei quartieri di Centro, Cassarate e Castagnola (sopra il 23%), Loreto e Molino Nuovo (tra 21 e 22%), a cui si aggiungono i quartieri meno popolati di Brè (26,9%) e Gandria. Besso e Viganello possiedono un tasso vicino alla media (18,9%), mentre negli altri quartieri la percentuale di persone anziane scende al di sotto del 15%.

La percentuale media della popolazione anziana di Uster è del 12,8%. La piccola frazione di Freudwil ha la più alta percentuale di persone anziane. A Riedikon l'elevato tasso di popolazione anziana è da ricondurre alla presenza della casa per anziani Dietenrain.

10.1.2. Gradi di accessibilità con il trasporto pubblico

Con il supporto di un sistema di informazione geografica, sono stati calcolati il grado di accessibilità al trasporto pubblico della popolazione anziana residente. La sovrapposizione con i dati della popolazione anziana residente ha permesso di calcolare la percentuale di popolazione anziana residente nel raggio di 100, 250 e 500 metri dalle fermate del trasporto pubblico. Le FIGG. 10.3 e 10.4 presentano la copertura del territorio con fermate del trasporto pubblico per i tre raggi di distanza di percorrenza a piedi.

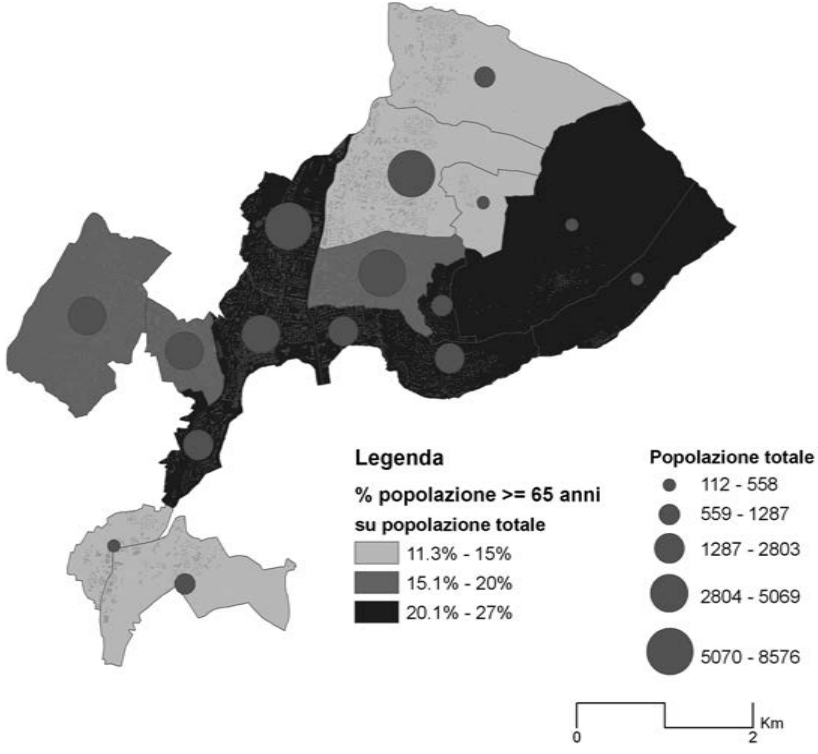
TABELLA 10.2
Accessibilità delle persone anziane (≥ 65 anni) alle fermate dei trasporti pubblici

	0-100 m	100-250 m	250-500 m	> 500 m
Lugano	10,9%	50,4% (cum: 61,3%)	31,7% (cum: 93%)	7% (cum: 100%)
Uster	9,0%	57,3% (cum: 66,3%)	29,9% (cum: 96,2%)	3,8% (cum: 100%)

Il 61,3% della popolazione anziana a Lugano e il 66,3% a Uster hanno una fermata dei trasporti pubblici ad una distanza inferiore a 250 metri a piedi. Per Lugano va comunque tenuto conto che in certi quartieri vanno superati dei dislivelli importanti.

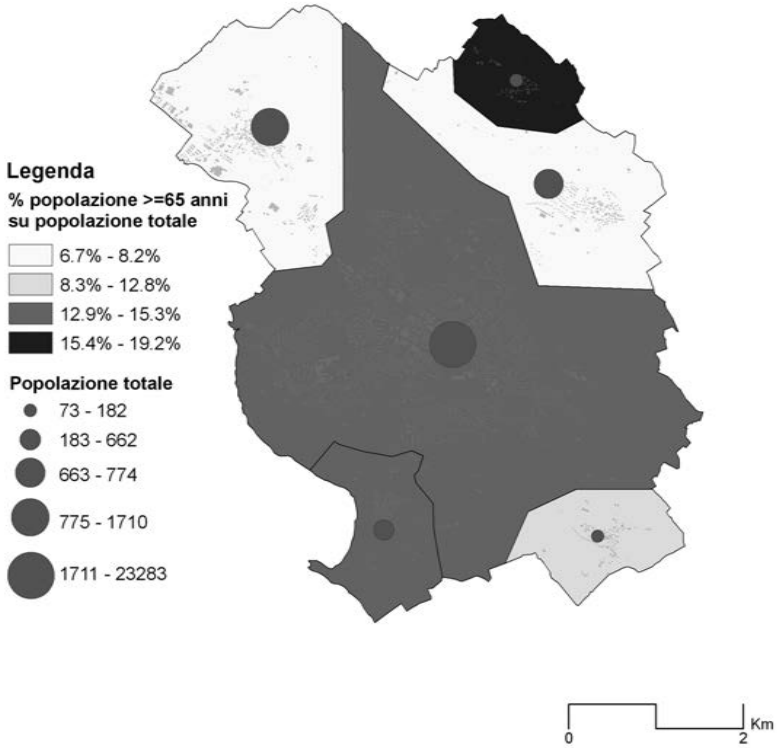
Se per la popolazione totale l'accesso alle fermate dei trasporti pubblici nelle due città è buono (93% a Lugano e 96,2% a Uster considerando la di-

FIGURA 10.1
Percentuale popolazione anziana su popolazione totale a Lugano (2000)



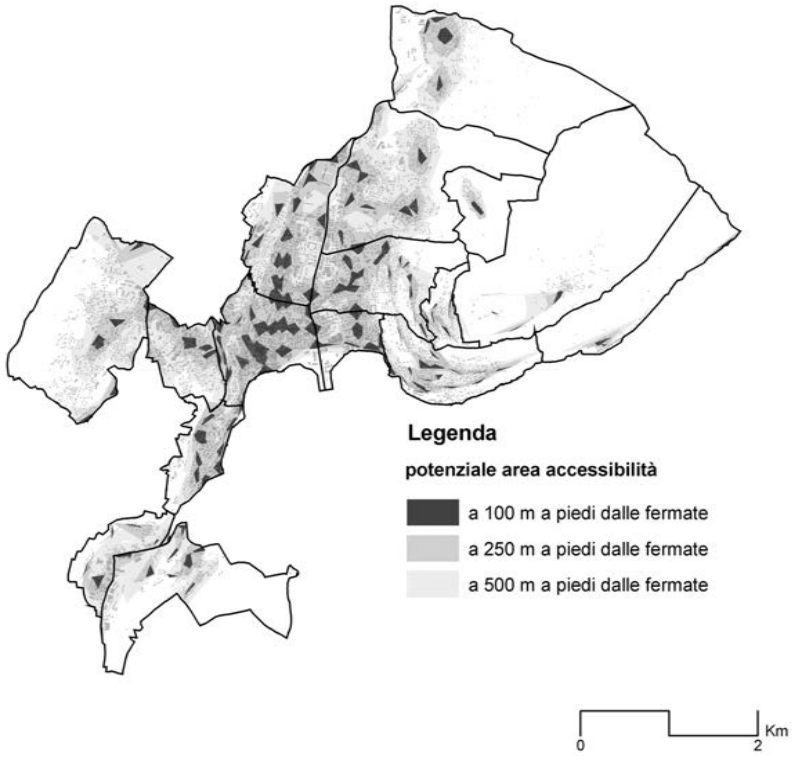
Fonte: censimento della popolazione 2000 © OFS, Vector25 © swisstopo (DV063943), Quartieri © Città Lugano.

FIGURA 10.2
Percentuale popolazione anziana su popolazione totale a Uster (2000)



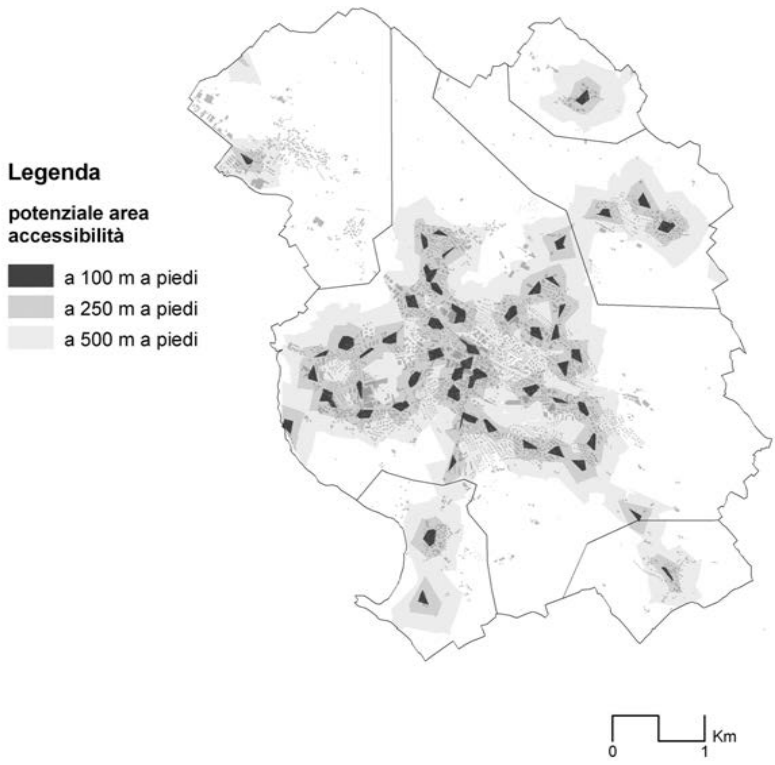
Fonte: censimento della popolazione 2000 © UFS, Vector25 © swisstopo.

FIGURA 10.3
Potenziale accessibilità ai trasporti pubblici, Lugano



Fonte: censimento della popolazione 2000 © OFS, Vector25 © swisstopo (DV063943), Quartieri © Città Lugano.

FIGURA 10.4
Potenziale accessibilità ai trasporti pubblici, Uster



Fonte: censimento della popolazione 2000 © OFS, Fermate trasporti pubblici © Kanton Zürich, Vector25 © swisstopo.

stanza massima di 500 metri), va tenuto conto che per la popolazione anziana una distanza di 500 metri può rappresentare un ostacolo.

10.1.3. Indagine presso gli anziani sull'utilizzo degli spazi pubblici

Attraverso un'indagine svolta con un campione rappresentativo di anziani sono state raccolte informazioni sull'uso effettivo, sulle qualità e sui problemi degli spazi pubblici[14].

Nei due casi studio si sono utilizzate procedure di distribuzione del questionario appropriate al contesto e alla rete di collaborazioni sviluppate. A Lugano il questionario è stato distribuito a un campione di 600 abitanti e a 350 membri dell'Associazione ticinese terza età (ATTE) residenti in città. La campionatura degli intervistati si basa sul metodo per quote (*quota sampling)* che consiste nell'identificare alcune variabili pertinenti per caratterizzare la popolazione presa in esame e nel calcolare il numero di questionari necessario per raggiungere la quota adeguata al campionamento, basato su due classi di età (65-79, 80 e più) e il sesso. La quota di ritorno è stata del 29%.

A Uster i questionari sono stati distribuiti grazie all'aiuto di associazioni e enti che lavorano per o con le persone anziane. In questo caso non si è potuto influenzare la campionatura, se non cercando di utilizzare il maggior numero di canali di distribuzione possibili. Sono stati distribuiti 590 questionari con una quota di ritorno pari al 27%. In entrambi i casi studio si è potuto raggiungere l'obiettivo di una quota di 3% della popolazione con più di 65 anni.

L'indagine ha permesso di identificare i luoghi che nelle due città sono maggiormente frequentati o evitati dalle persone anziane. Di seguito riportiamo i risultati più importanti per la città di Lugano.

I luoghi preferiti e più frequentati dalle persone intervistate sono il Parco Ciani, il centro città, il lungolago e la piazza della Riforma. Questi luoghi sono frequentati più volte alla settimana e da una buona parte di persone anche tutti i giorni. Al Parco Ciani ci si reca meno spesso, più della metà delle persone intervistate lo visita una volta o meno alla settimana.

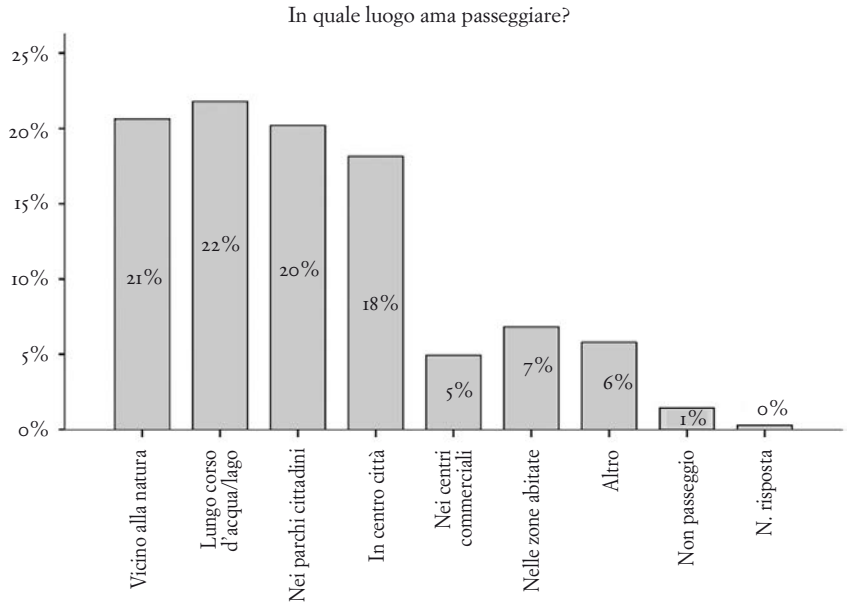
I luoghi preferiti esercitano la loro attrazione in particolare perché ben accessibili, perché offrono una bella vista, per la presenza di vegetazione e di tranquillità. Alcune differenze si notano per tipologia di spazio: al Parco Ciani, per esempio, si cerca la bella vista, la tranquillità, il verde e la possibilità di una sosta su una panchina, mentre in centro si vuole l'ambiente vivace, il movimento, le attività di animazione e se ne apprezza la facile accessibilità. Gli elementi che vanno migliorati in questi luoghi sono la vigilanza, la presenza di

fontane e panchine e il fatto che i cani dovrebbero essere tenuti al guinzaglio. La possibilità di sedersi è ritenuta importante non solo nei luoghi all'aperto ma anche nei negozi.

Si frequentano gli spazi pubblici soprattutto per passeggiare, attività che, a seconda dei luoghi, si accompagna a incontri con conoscenti (in piazza Riforma), la fruizione di servizi (in città, in piazza della Riforma), l'osservazione e l'ascolto di quel che succede (in città, sul lungolago) e lo stare seduti su una panchina (in particolare al Parco Ciani).

In generale le persone intervistate amano passeggiare nei luoghi vicino alla natura, lungo i corsi d'acqua, nei parchi e nel centro città. Le zone abitate, il proprio quartiere e i centri commerciali sono invece meno o poco importanti per quest'attività (FIG. 10.5). Per le persone con condizioni di salute precarie, i parchi cittadini e le zone abitate risultano invece più importanti come luoghi per passeggiare rispetto alle preferenze delle persone in buona salute.

FIGURA 10.5
Luoghi per passeggiare, Lugano

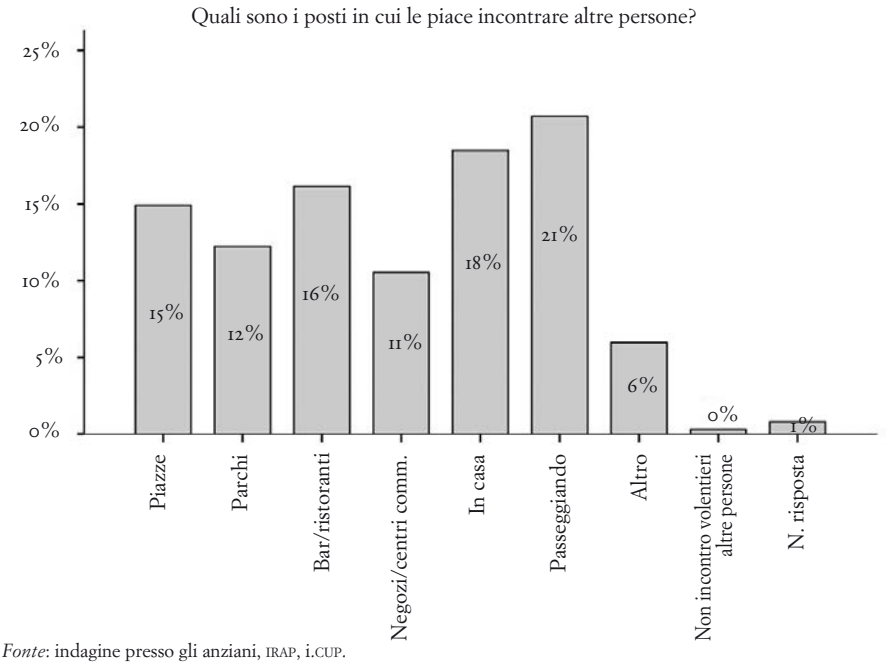


Fonte: indagine presso gli anziani, IRAP, i.CUP.

Il 35% delle persone anziane dice di spostarsi prevalentemente a piedi, il 26% con un veicolo privato, mentre il 25% utilizza maggiormente i trasporti pubblici.

A Lugano si incontrano altre persone sia in luoghi all'aperto sia al chiuso. In generale le occasioni più importanti per gli incontri avvengono durante una passeggiata e in casa propria o di conoscenti. Seguono i bar e ristoranti, e le piazze. Per le persone che dicono di avere una salute meno buona queste preferenze rimangono invariate, ma in particolare i parchi e le piazze assumono un'importanza maggiore come luogo d'incontro. Per le persone sole, gli incontri a casa sono meno importanti, mentre frequentano maggiormente a questo scopo i negozi, così come i bar e ristoranti. Tra i luoghi con una funzione aggregativa non si trovano invece i centri commerciali. Solo il 7% degli intervistati dice infatti di frequentare i centri commerciali per incontrare amici o parenti e il 12% per vedere altre persone o movimento.

FIGURA 10.6
Luoghi d'incontro, Lugano



Fonte: indagine presso gli anziani, IRAP, i.CUP.

Il 62% delle persone intervistate non evita nessun luogo in particolare. Il 7% dice di evitare il Parco Ciani, il 3% evita i sottopassaggi e l'autosilo. Le persone che evitano il Parco Ciani hanno soprattutto paura della microcriminalità o si sentono disturbati dalla presenza di tossicodipendenti o dei giovani. Alcune persone si sentono insicure e disturbate dalle biciclette che circolano nel parco, altre non lo frequentano semplicemente per abitudine. I sottopassaggi e l'autosilo sono evitati a causa della scarsa illuminazione e per paura della microcriminalità, ma anche a causa della sporcizia e dei cattivi odori. Gli spazi pubblici che si frequentano volentieri durante il giorno sono invece evitati la sera, quando è buio, dalla maggior parte delle persone.

10.1.4. Dall'analisi alla progettazione condivisa

Dopo l'analisi dei risultati, sono stati selezionati alcuni spazi pubblici nei quali proporre dei progetti concreti da discutere con i potenziali beneficiari. Nelle discussioni di gruppo, predisposte ispirandosi dalla tecnica del focus group[15], sono stati approfonditi alcuni temi emersi dall'indagine scritta e dalle proposte progettuali. Con le informazioni raccolte, attraverso metodi diversi[16], è stato così possibile identificare le esigenze delle persone anziane riguardo agli spazi pubblici, in particolare rispetto alle aree verdi, alle piazze e alle vie pedonali.

Sulla base dei bisogni espressi dalle persone anziane e considerando i fattori chiave emersi, sono state proposte alcune idee di progetto, poi discusse grazie a confronti diretti con i loro utenti. Nel quadro degli ultimi incontri organizzati con la popolazione anziana, sono stati effettuati dei sopraluoghi sulle aree oggetto di potenziale intervento, basandosi sulle metodologie proposte da Sanoff[17].

L'approccio interdisciplinare usato nella ricerca, che ha visto convergere l'architettura e l'urbanistica con la geografia urbana e le scienze sociali, ha imposto di articolare continuamente la visione sistemica, che considera il contesto nel suo insieme e l'interazione tra approcci, con quella settoriale, che applica strumenti disciplinari ai diversi temi trattati. L'interazione tra discipline, infatti, non si è limitata alla dimensione teorica, ma ha determinato concretamente anche il lavoro fatto sulle proposte progettuali e la partecipazione degli abitanti.

Tutte le informazioni raccolte ed elaborate hanno contributo alla definizione di una lista di criteri e raccomandazioni per uno spazio pubblico adeguato ai bisogni degli anziani. Questi elementi sono stati riassunti e raccolti nel *Manife-*

sto per spazi pubblici a misura di anziani (cfr. FIG. 10.7) e nel sistema di supporto alla decisione "UrbAging" (cfr. www.urbaging.ch). Questi strumenti sono stati sviluppati per fornire ai partner di progetto (amministrazioni comunali, associazioni, istituzioni) una sintesi utile nel lavoro quotidiano sul terreno e rappresentano, nel contempo, un'applicazione concreta del progetto di ricerca.

10.2
Raccomandazioni strategiche per spazi pubblici a misura di anziani

Descriviamo di seguito nel dettaglio i criteri che stanno alla base del *Manifesto*.

10.2.1. Gestione-*Governance*: la città per gli anziani è una città per tutti

Il progetto "UrbAging" è incentrato sui bisogni e le esigenze degli anziani nello spazio pubblico, ma la città per gli anziani deve rimanere una città per tutti. Considerare le esigenze specifiche degli anziani nella loro eterogeneità, tenendo in particolare considerazione le esigenze della fascia dei più deboli, va a beneficio di molti altri cittadini: dei bambini, delle famiglie, dei giovani. La traduzione in progetti delle esigenze degli anziani può migliorare la qualità di vita offerta da un territorio e allo stesso modo non deve portare alla creazione di forme di ghettizzazione o di esclusione. Nessuno vuole spazi pubblici o parchi frequentati solo dalle persone anziane, ma le loro caratteristiche devono favorire la frequentazione di diversi gruppi di popolazione, anche per favorire incontri intergenerazionali. La fascia d'età delle persone anziane, inoltre, comprende trent'anni di vita e anche più e ogni individuo porta con sé una storia ed esigenze diverse: stereotipi, semplificazioni, e conseguenti soluzioni unificate sono quindi da evitare.

Nella progettazione concreta, tenere conto dei diversi bisogni significa individuare le categorie di persone particolarmente rilevanti e sensibili per il tipo di progetto (bambini, famiglie, giovani, lavoratori, imprenditori, giovani pensionati, anziani) e valutare i potenziali benefici per le diverse categorie. Si raccomanda, inoltre, di analizzare se nella situazione presente si riscontrano segregazioni spaziali di gruppi di persone o se sono presenti sentimenti di esclusione (sociale e/o territoriale). Vanno anche valutati i potenziali benefici che possono svilupparsi attraverso un progetto o una nuova modalità di uso dello spazio.

FIGURA 10.7
Manifesto per spazi pubblici a misura di anziani

Nota: per le versioni in francese, tedesco e inglese del *Manifesto* si veda www.urbaging.ch

10.2.2. Partecipazione: la città per gli anziani si costruisce con gli anziani

Gli anziani frequentatori dello spazio pubblico, ma anche le persone che per determinati motivi si sentono escluse, sono coloro che al meglio possono esprimere i propri bisogni e soprattutto conoscono gli ostacoli e le difficoltà che si presentano loro quotidianamente nel territorio. Un coinvolgimento degli anziani nella definizione dei bisogni, e di conseguenza degli obiettivi di un progetto, è indispensabile. La città per gli anziani si costruisce con gli anziani e i beneficiari devono essere parte attiva della definizione delle priorità e dei progetti.

Concretamente, sono possibili diversi livelli di coinvolgimento dei diretti interessati nelle diverse fasi di un progetto, in particolare durante la fase di analisi, e poi nella fase di progettazione e pianificazione[18]. All'inizio va definito il grado di coinvolgimento realmente utile, auspicabile e praticabile. Per quanto riguarda l'analisi, si va da una semplice raccolta dei bisogni ad un approfondimento, condivisione e discussione degli stessi con gli anziani. A livello progettuale e pianificatorio, si possono prevedere forme di codecisione e di creazione dei progetti o forme di consultazione sulla base di proposte concrete. Va inoltre deciso il momento adatto della partecipazione nel corso del progetto e quali sono gli attori da coinvolgere: tutti gli interessati oppure le associazioni e gli enti pubblici responsabili quali rappresentanti degli anziani e garanti dei loro interessi. Anche nel caso della partecipazione, la pluralità dei bisogni e delle esigenze (di socializzazione, di mobilità, di disponibilità di tempo libero) va considerata, prestando particolarmente attenzione a coloro che hanno maggiori esigenze.

10.2.3. Trasversalità

I fattori che rendono una città, o uno spazio pubblico, conformi alle esigenze degli anziani sono molto numerosi: un'offerta adeguata di abitazioni e di beni e servizi di uso quotidiano nei quartieri, l'accesso a prestazioni di cura, luoghi di incontro appropriati sia all'aperto sia al coperto, la possibilità di muoversi indipendentemente e in particolare una solida rete sociale[19]. Laddove le premesse sul territorio non soddisfano le esigenze delle persone anziane o non garantiscono una qualità di vita sufficiente, risultano importanti interventi sostitutivi, come ad esempio i servizi a domicilio nell'ambito dei trasporti, delle prestazioni di cura e di sostegno. Per soddisfare queste esigenze i modi di in-

tervenire sono numerosi e riguardano in maniera trasversale settori diversi degli enti pubblici: l'urbanistica, l'edilizia, i servizi sociali e quelli della sanità.

Considerare in maniera attiva la trasversalità del tema "anziani" comporta la definizione di:

– modalità di collaborazione in seno ai diversi livelli dell'amministrazione pubblica;
– contratti di prestazione tra pubblico, privato e mondo associativo (per esempio trasporti);
– modalità innovative di creazione e/o gestione di parchi e spazi pubblici;
– incentivi (per esempio costruzione e aumento indici per servizi al pian terreno o appartamenti protetti in prossimità di uno spazio pubblico).

10.3
Contesto

10.3.1. Accessibilità

Uno spazio pubblico per essere attrattivo deve essere facilmente accessibile sia a livello di quartiere, grazie a percorsi pedonali sicuri e piacevoli, sia da altre zone della città, in particolare grazie al trasporto pubblico e a fermate nelle vicinanze. Il percorso ideale dalla fermata del trasporto pubblico è diretto e il più breve possibile. I pericoli sui percorsi principali e sugli accessi agli spazi pubblici vanno valutati e, se possibile, mitigati. I passaggi pedonali regolati da semafori devono inoltre tenere in considerazione i tempi più lunghi di attraversamento delle persone anziane.

L'accesso diretto allo spazio deve inoltre essere caratterizzato dall'assenza di barriere architettoniche. Concentrare l'attenzione solo sui grandi progetti di ridisegno urbano non è sufficiente: ogni lavoro edilizio può e deve essere l'occasione per eliminare piccoli ostacoli, per esempio a una rampa di marciapiede o a un accesso pubblico. La costruzione o il rifacimento di spazi pubblici all'aperto e di edifici, oltre alle esigenze delle persone a mobilità ridotta – per esempio rispetto alla qualità dei marciapiedi, alle pendenze, alla presenza di rampe, al tipo di pavimentazione, ai corrimano, agli attraversamenti pedonali –, integrano tra i parametri anche le esigenze delle persone con capacità sensoriali ridotte (aiuti all'orientamento tramite materiali, colori, segnaletica per ipovedenti ecc.). Infine, un'informazione adeguata sui problemi e le barriere architettoniche esistenti, rispettivamente su percorsi adatti alle persone con mobilità ridotta, permette di prevedere le difficoltà e di supplire a queste

organizzandosi con mezzi propri o con l'aiuto di altre persone (famigliari, volontari, servizi pubblici).

10.3.2. Connettività

La città va pensata come un reticolo di qualità che collega gli spazi pubblici piuttosto che la somma di luoghi adeguati ai differenti bisogni. Una buona connettività tra gli spazi pubblici di una città permette di valorizzare i singoli spazi e di rispondere in modo adeguato al desiderio di passeggiare. I percorsi pedonali risultano attrattivi se sono sicuri, se non sono interrotti da barriere che infondono insicurezza e difficili da superare (come scale, sottopassaggi e vicoli bui o poco illuminati). Nella progettazione, per garantire la continuità dei percorsi, si può lavorare sulla qualità e la dimensione dello spazio, sulla riconoscibilità, sulla segnaletica e sui materiali. Ideale è la creazione di piccole oasi lungo i percorsi, luoghi piacevoli, accoglienti e di qualità che invitano alla sosta. L'oasi è composta da un numero prestabilito di elementi che si ripetono lungo la rete dei percorsi pedonali (panchine, acqua, vegetazione, illuminazione adeguata, cestino, ripari contro sole, pioggia, vento e servizi igienici). Gli elementi di arredo non sono necessariamente sempre gli stessi e possono esprimere le specificità dei singoli luoghi. Una rete di percorsi attrattiva ne favorisce la frequentazione non solo a scopo di svago, ma anche per sbrigare le attività quotidiane. Più i diversi spazi e percorsi sono frequentati, maggiore è la possibilità d'incontri, casuali o meno. Anche il sentimento di sicurezza, a determinate condizioni, aumenta nel caso di un'intensa frequentazione.

10.3.3. Intensità

Gli spazi urbani e le piazze in particolare devono essere spazi vivi, legati alla presenza di persone e attività di consumo e commercio. La presenza di servizi come bar o sportelli di utilità pubblica favorisce la frequentazione delle piazze[20]. Non tutti gli spazi pubblici devono avere lo stesso grado di intensità di uso, che risulta dalla sua posizione nel tessuto urbano e dalla diversità delle sue funzioni. Alcuni spazi pubblici possono essere adeguati ai bisogni dei propri utenti offrendo per esempio tranquillità, il che non significa però spazi deserti[21]. Nel caso particolare delle piazze e di certe strade, si tratta di incrementare l'intensità degli usi urbani introducendo attività commerciali al piano terreno (bar e piccoli negozi), aumentando la mescolanza funzionale

(abitazioni, attrezzature, servizi), migliorando la qualità fisica e la connettività dello spazio.

10.4
Qualità dello spazio

10.4.1. Convivialità

Al carattere conviviale di uno spazio pubblico contribuiscono diversi elementi, che riguardano per esempio la distribuzione e la qualità dell'arredo urbano (cfr. PAR. 10.4.4), il sentimento di sicurezza percepita, la diversità di usi e di utenti ecc. Partendo dalla prospettiva delle persone anziane, è importante che lo spazio pubblico favorisca la frequentazione da parte di più generazioni. La possibilità di socializzazione, in parte legata a un uso intenso dello spazio pubblico, è il segno di un luogo conviviale. Lo spazio pubblico deve essere intergenerazionale e favorire le attività che promuovono gli incontri. L'inclusione di spazi destinati al gioco per bambini e per gli adulti possono essere i riflessi materiali di una volontà di favorire questa funzione dello spazio pubblico. La disposizione di panchine per gruppi e non per unità separate, per esempio, può facilitare la socializzazione. La progettazione delle strade e degli spazi pubblici deve porre l'accento su spazi visti come luoghi di incontro, riqualificando i percorsi pedonali esistenti o progettandone di nuovi con uno spazio di migliore qualità (ad esempio piccole oasi).

10.4.2. Flessibilità

Gli spazi pubblici e i loro arredi sono da progettare in modo da permettere una flessibilità nel loro uso, permettendo anche la realizzazione di eventi temporanei (mercati, bancarelle, schermi per riproduzioni audio-visive, concerti, spettacoli e manifestazioni varie). L'attenzione alla flessibilità deve essere equilibrata con altre esigenze esistenti circa lo spazio pubblico. Questo comporta l'istallazione di infrastrutture tecniche (acqua, elettricità) e la presenza di spazi sufficienti e accessi che permettano l'allestimento delle stesse.

10.4.3. Sicurezza

L'uso dello spazio pubblico è fortemente influenzato dal sentimento di sicurezza[22]. Questo sentimento dipende dalla percezione soggettiva dei pericoli,

dalla presenza di misure preventive e dalla situazione effettiva per quel che riguarda gli atti di microcriminalità o i rischi di caduta e incidenti.

La presenza di biciclette sui percorsi pedonali rende insicuri i pedoni. La promiscuità tra percorsi pedonali e ciclabili va ridotta separando i percorsi. Dove possibile vanno create zone d'incontro (20 km/h) o zone pedonali negli spazi pubblici significativi. La qualità della pavimentazione è importante per evitare i rischi di cadute; il selciato e l'acciottolato creano difficoltà alle persone anziane aumentando il rischio di inciampare. In vicoli bui, stretti e nei sottopassaggi è importante assicurare un'illuminazione adeguata e lungo i percorsi principali garantire un'illuminazione omogenea, evitando l'alternanza di ombra e luce e luci abbaglianti. In taluni casi, l'inserimento di vetrine o decorazioni nei sottopassaggi può contribuire a una maggiore frequentazione. La dimensione soggettiva d'insicurezza è molto rilevante sugli usi concreti dello spazio pubblico, ed è quindi utile realizzare indagini tra la popolazione (luoghi, momenti della giornata, motivi di inquietudine ecc.). Parallelamente a questa raccolta d'informazioni, può risultare utile raccogliere e fornire informazioni precise sui reali pericoli esistenti.

10.4.4. Comfort

La nozione di comfort riguarda le qualità materiali dello spazio, ma è influenzata anche dalle condizioni ambientali e dagli usi previsti per un determinato spazio[23]. L'uso appropriato, sicuro e piacevole degli spazi pubblici è influenzato da diversi fattori che vanno considerati nella progettazione:

– la presenza di ombra in particolare con alberi ad alto fusto e la possibilità di ripararsi in caso di pioggia (coperture, pensiline, pergole, "vele");
– nicchie con condizioni ambientali differenti, grazie all'utilizzo mirato di vegetazione, per soddisfare le esigenze di più utenti;
– schermi visivi e acustici che separino lo spazio pubblico da strade a forte traffico, mantenendone comunque la facile accessibilità e visibilità ed evitando la creazione di luoghi appartati;
– panchine con schienale e braccioli e una seduta non troppo inclinata (difficoltà nel rialzarsi);
– panchine preferibilmente in legno con verniciatura che permetta l'asciugatura rapida, evitando panchine metalliche che sono troppo fredde o troppo calde;
– acqua potabile e getti d'acqua a un'altezza adeguata ai bisogni dei bambini e dei cani;
– utilizzo dell'acqua come elemento di gioco e d'atmosfera;

– la presenza negli spazi pubblici di servizi igienici pubblici, privilegiando modelli autopulenti o realizzati con materiali facilmente lavabili;
– informazioni sulla localizzazione dei servizi igienici pubblici;
– evitare i servizi igienici sotterranei (difficilmente accessibili e ritenuti insicuri).

10.5
Conclusioni

Lo spazio urbano deve affrontare numerose sfide. La rapida crescita delle "città", che generano l'espansione urbana incontrollata, l'evoluzione demografica e la continua ricerca di un miglioramento della qualità della vita sono collegate tra loro.

"UrbAging", pur concentrandosi sullo spazio pubblico, ha permesso di affrontare un più ampio discorso sul rapporto tra lo spazio urbano e la società che invecchia. Il progressivo invecchiamento della popolazione riguarda la società e il territorio nella sua interezza. Nel contesto urbano (peri-urbano e sub-urbano incluso), la densità della popolazione da un lato, e le possibilità di intervento sul costruito dall'altro, influenzano la qualità della vita e permettono di affrontare la questione dell'invecchiamento da una particolare prospettiva.

In conclusione vogliamo delineare tre considerazioni sollevate dalla ricerca: quella riguardante la sostenibilità in una società in via di invecchiamento; quella inerente la gestione interdisciplinare dello spazio urbano, e infine quella che tocca lo spazio pubblico e le sue connessioni onde favorire la vivibilità di una città.

10.5.1. Valutazione della sostenibilità

I risultati emersi dalla ricerca "UrbAging" possono essere riassunti e valutati attraverso la chiave di lettura fornita dallo sviluppo sostenibile, che ricordiamo rappresenta l'ambizioso progetto politico promosso nell'ambito del Vertice della Terra tenutosi a Rio de Janeiro nel 1992. Secondo quanto indicato dal Rapporto Brundtland[24], esso è «lo sviluppo che risponde ai bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di rispondere ai loro». Il principio di fondo stabilisce quindi la responsabilità di chi vive oggi per il bene comune di tutti, anche per chi vivrà domani. Il potenziale insito nel concetto di sviluppo sostenibile, benché le manipolazioni ideologiche e politiche siano numerose, risiede nel fatto di considerare contemporaneamente tre dimensioni che congiuntamente caratterizzano l'evoluzione di una società, che per essere in equilibrio deve essere ambientalmente

compatibile, socialmente solidale, economicamente efficiente. L'aspetto da rilevare quando si parla di sviluppo sostenibile, come fa peraltro anche la Confederazione elvetica[25], è di considerare le implicazioni pratiche, ossia l'influenza che questo modo di considerare il mondo ha sul metodo di lavoro. L'importanza dello sviluppo sostenibile è di favorire una visione sistemica, olistica o trasversale, della realtà. Nel nostro caso, questa analisi comporta le seguenti considerazioni:

a) *Società* – Una città attenta ai bisogni delle persone anziane comporta:
– occasioni di incontro che favoriscono le relazioni intergenerazionali;
– il rafforzamento della rete sociale (aiuto e socializzazione);
– la partecipazione attiva, l'incremento del senso di responsabilità, la condivisione e la codecisione;
– la lotta all'isolamento e al sentimento di solitudine;
– uno stimolo alla coesione sociale attraverso relazioni adeguate tra spazio pubblico e privato (mantenere luogo residenza senza cambiare quartiere ecc.);
– uno stimolo per un rafforzato senso di appartenenza alla comunità;
– il potenziale ruolo della società civile nella gestione della territorio;
– una società che favorisce l'indipendenza degli anziani;
– una società che sa valorizzare l'anziano come persona attiva;
– una città con condizioni di sicurezza (sia nella percezione che in maniera effettiva);
– una città che sa mitigare le barriere architettoniche e i loro effetti sulle persone a mobilità ridotta;
– una città che migliora l'uguaglianza dello spazio urbano promuovendo la libertà di movimento e la libera scelta del luogo di residenza per tutti i cittadini.

b) *Ambiente* – Una città attenta ai bisogni delle persone anziane rappresenta:
– un miglioramento dei carichi ambientali grazie agli sforzi per assicurare comfort attraverso il loro controllo e/o mitigazione;
– un aumento della quantità e della qualità del verde urbano per assicurare uno spazio pubblico adeguato attraverso la creazione di nuovi spazi o il ripristino e la valorizzazione di comparti naturalistici;
– una città integrata che permette percorsi brevi grazie ai servizi di prossimità;
– uno spazio facilmente percorribile a piedi o in bici grazie a una fitta rete di percorsi pedonali attrattivi;
– nuove costruzioni con usi misti e integrate nel tessuto urbano che riducono la polarizzazione del territorio e il conseguente traffico privato indotto;
– un miglioramento dell'accessibilità dei servizi, dello spazio pubblico e della residenza senza dover ricorrere al trasporto privato.

c) *Economia* – Una città attenta ai bisogni delle persone anziane rappresenta:
– un'accresciuta collaborazione tra settore privato e pubblico in modo da rispondere in maniera efficiente alle esigenze di cura, ai bisogni residenziali e ai servizi legati;
– una maggior interconnessione tra spazi e una conseguente maggiore intensità che comporta minori costi di urbanizzazione;
– le premesse per una miglior qualità di vita e un invecchiamento attivo in buona salute con minori spese sanitarie;
– una maggiore efficienza dello spazio residenziale attraverso una migliore connettività e un uso appropriato degli spazi (dimensione media appartamenti, adeguatezza degli spazi o dei quartieri per le diverse fasi della vita);
– un contesto sociale in cui si riconosce e valorizza il potenziale valore e le risorse rappresentate dagli anziani in termini di competenza, saggezza e tempo a disposizione;
– un uso efficiente degli spazi (pubblici e privati) con conseguente sostenibilità accresciuta degli investimenti (lotta al problema dei quartieri di ville convertiti in nuove zone urbane dimesse);
– capacità di dare risposte adeguate alle diverse disponibilità finanziarie assicurando la diversità del tessuto economico e la sua solidità.

10.5.2. Significato e rilevanza del lavoro interdisciplinare

La ricerca urbanistica è fondamentalmente una scienza interdisciplinare, anche se le tendenze a isolare approcci disciplinari scientifici specifici è sempre presente. Considerare l'esigenza di una nuova interazione tra discipline richiama l'importanza di ripensare l'approccio culturale, nonché la capacità dei diversi professionisti e/o ricercatori a entrare in dialogo. Semplificando, si tratta di una questione di attitudini: gli architetti producano architettura, i ricercatori in scienze sociali studino la società; e i cittadini assumano il ruolo di spina dorsale della città, indipendentemente dalla loro età. Shakespeare, nel *Coriolano*, fa chiedere a Sicinio: "Cos'è la città se non la gente?". Il che significa che senza gli abitanti non è possibile costruire e gestire una città. Ogni spazio urbano è determinato dal costante apporto dei suoi abitanti, in parallelo alle autorità che, nella migliore delle ipotesi, li rappresentano. Tecnici e scienziati hanno certamente un ruolo da svolgere nella valutazione e nella consulenza tecnica, ma l'attenzione da attribuire alle esigenze dei "clienti/utenti/cittadini" è sempre più importante. Tra i vari professionisti è necessaria una crescente volontà di cooperazione, in particolare tra coloro che sono attivi

nella costruzione dello spazio fisico. Progetti architettonici in grado di portare soluzioni a problemi tecnici o sociologici rappresentano quindi una questione chiave per rafforzare la qualità dello spazio pubblico e, alla fine, la qualità della città nel suo insieme.

10.5.3. Una città in rete: vivibile e connessa

Lo spazio pubblico svolge un ruolo determinante nella qualità di una città o di uno spazio urbano, tuttavia la qualità di vita di una persona dipende anche da molti altri fattori. Dal punto di vista territoriale, della pianificazione e della progettazione, gli spazi pubblici all'aperto devono essere presi maggiormente in considerazione[26]. Nel frattempo, dovrebbe essere rafforzato un senso più ampio di "spazio pubblico", in grado di includere negozi e servizi, aree residenziali e spazi privati o semi-privati, attrezzature come i ristoranti e punti di incontro per gli anziani.

Il modo in cui la zona residenziale e gli spazi pubblici sono collegati tra loro è quindi importante. Nei prossimi decenni, le città avranno bisogno di parametri precisi per migliorare la qualità dello spazio pubblico e di riflesso l'efficienza del sistema urbano.

Il mercato immobiliare residenziale svolge un ruolo importante nell'idoneità di uno spazio urbano: come è costruito il sistema urbano e dove sono situate le varie funzioni? Riflettere in termini urbanistici rispetto ad una società che invecchia impone anche di individuare modalità di risposta adeguata ai crescenti bisogni sociali e ai servizi di assistenza. Se le premesse di un territorio non rispondono alle esigenze degli anziani, possono intervenire i servizi personalizzati, oppure i contributi coordinati di vari settori, quali per esempio la pianificazione urbanistica, l'edilizia abitativa, i servizi sociali e quelli sanitari.

Concentrarsi sulla qualità del costruito vuol dire anche essere consapevoli dell'importanza dei rapporti intergenerazionali, che possono favorire una società più forte e socialmente più equilibrata. Lo spazio costruito secondo determinate condizioni può incoraggiare le relazioni tra generazioni. Un adeguato mix funzionale, l'accessibilità agli stessi luoghi da parte di gruppi sociali e generazioni diverse sono i criteri chiave per uno spazio costruito che può contribuire all'equilibrio sociale di una società.

Una città a misura d'anziano è una città per tutti, una città universale che deriva dalla diversità umana che la abita e la costituisce. Una città nella quale il miglioramento portato ad un segmento della società può essere di beneficio per tutti gli altri.

Note

1. UN, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, United Nations, New York 2004.

2. UN, *World Population Ageing 2007*, United Nations, New York 2007.

3. P. Wanner, *Ages et générations: la vie après 50 ans en Suisse*, Office Fédéral de la Statistique, Neuchâtel 2005.

4. Consiglio Federale, *Strategia in materia di politica della vecchiaia*, Bern 2007.

5. J. W. Rowe, R. L. Kahn, *Successful Aging*, in "Gerontologist", 37, 4, 1997, pp. 433-40.

6. H. Barton, C. Tsourou, *Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable*, World Health Organization (WHO), des Hauts de Vilaine, Rennes 2004; R. J. Lawrence, *Wanted: Designs for Health in the Urban Environment*, World Health Forum (WHO), Geneva 1996, vol. 17 (issue 4), pp. 363-6; World Health Organization, *City Health Development Planning*, WHO-Center for Urban Health, Copenhagen 2001.

7. A. Creedy *et al.*, *Verso città vivibili – Guida alla gestione urbana sostenibile*, Eurocities, Bruxelles 2007.

8. WHO, ICF-CY, *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version*, Geneva 2007.

9. WHO, *Global Age-Friendly Cities: A Guide – Ageing and Life Course, Family and Community Health*, Geneva 2007.

10. Association suisse des invalides, *La costruzione adatta agli andicappati, norma SN 521 500 con manuale*, Olten 1989; INREST, J. Yerpez, *La ville des vieux: recherche sur une cité à humaniser*, Ed. de l'Aube, La Tour d'Aigues 1998. Cfr., inoltre, J. Acebillo, *UrbAging: Designing Urban Space for an Ageing Society*, Final Scientific Report to the Swiss National Science Foundation, Mendrisio, 12 February 2009; J. Acebillo, *Gli anziani e la città*, in *2050 un'Insubria di anziani. Una sfida per i nostri valori*, Atti del Convegno (Bellinzona, 23 gennaio 2009), Coscienza Svizzera, Bellinzona 2009, pp. 45-56.

11. M. Martinoni *et al.*, *UrbAging: Designing Urban Space for an Aging Society*, in www.arch.unisi.ch/index/icup/pdf_urbaging. Progetto del Fondo nazionale svizzero finanziato nel quadro del PNR 54. Cfr. SN Schweizerischer Nationalfonds, *Nachhaltige Siedlungs- und Infrastrukturentwicklung. Porträt des Nationalen Forschungsprogramms NFP 54 – Supplement*, 2007, p. 7, in www.nfp54.ch/, retrieved 30 April, 2009.

12. J. Acebillo *et al.*, *La nuova Lugano, visions, challenges and territory of the city*, Università della Svizzera italiana, Accademia di architettura, Mendrisio 2008.

13. Persone di 65 anni e più per 100 giovani con meno di 15 anni.

14. A. Sartoris, M. Martinoni, *Urbaging NFP 54: Indagine presso la popolazione anziana di Lugano sull'utilizzo degli spazi pubblici all'aperto*, IRAP Rapperswil-i.CUP, Mendrisio, giugno 2008, in http://www.irap.ch/Siedlungsentwicklung-und-Staed.3769.0.html, retrieved 14 May 2009; Idd., *Urbaging NFP 54: Schriftliche Befragung der älteren Bevölkerung zur Nutzung von städtischen Freiräumen und Grünanlagen in Uster*, IRAP Rapperswil-i.CUP, Mendrisio, Juni 2008, in http://www.irap.ch/Siedlungsentwicklung-und-Staed.3769.0.html, retrieved 14 May 2009.

15. L. Migliorini, N. Rania, *I focus group – Uno strumento per la ricerca qualitativa*, in "Animazione sociale", 2, 2001, pp. 82-8.

16. Indagine quantitativa: cartografia (demografia e qualità ambiente costruito); indagine qualitativa: pratiche e bisogni, discussioni di gruppo, descrizione architettonica; descrizione degli oggetti selezionati, rilievo fotografico.

17. H. Sanoff, *Community Participation Methods in Design and Planning*, John Wiley, New York 2000.

18. M. Di Giovine *et al.*, *Manuel européen de la participation, Réseau Partecipando*, URBACT, Roma 2006; S. M. Arnstein, *A Ladder of Citizen Participation*, in "Journal of the American Institute of Planners", 35, 4, 1969, pp. 216-24.

19. V. Kreuzer, *Altengerechte Wohnquartiere – Stadtplanerische Empfehlungen für den Umgang mit der demographischen Alterung auf kommunaler Ebene*, Dortmunder Beiträge zur Raumplanung 125, Blaue Reihe, IRPUD Institut für Raumplanung Universität Dortmund, Dortmund 2006; G. Steffen *et al.*, *Weeber und Partner: Attraktive Stadtquartiere für das Leben im Alter. Bauforschung für die Praxis*, Bd. 82, Fraunhofer IRB Verlag, Stuttgart 2007. Cfr., inoltre, V. Kreuzer *et al.* (Hrsg.), *Zukunft Alter Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung*, Dortmunder Beiträge zur Raumplanung 130, Blaue Reihe, IRPUD, Dortmund 2008; Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, *Stadtquartiere für Jung und Alt*, Berlin 2007.

20. U. Paravicini *et al.*, *Neukonzeption städtischer öffentlicher Räume im europäischen Vergleich – Forschungsbericht*, Wissenschaftliche Reihe NFFG, Hannover 2002, Bd. 3.

21. J. Borja, Z. Muxí, *El espacio público ciudad y ciudadanía*, Electa, Barcelona 2003; A. Di Franco, *Città e spazio pubblico*, CLUP, Milano 2005; J. Gehl, J. Koch, *Life between Buildings Using Public Space*, Danish Architectural Press, Copenhagen 2001; J. Jacobs, *The Death and Life of Great American Cities the Failure of Town Planning*, Penguin-Jonathan Cape, Harmondsworth 1964.

22. C. Boisteau (éd.), *Sécurité, dynamiques urbaines et privatisation de l'espace à Johannesburg*, Cahiers du LaSUR no 7, LaSUR, Lausanne 2005; A. Flückiger *et al.*, *Vidéosurveillance et risques dans l'espace à usage public: représentations des risques, régulation sociale et liberté de mouvement*, Centre d'étude de technique et d'évaluation législatives, Université de Genève, Genève 2006; B. Zani, *Sentirsi in/sicuri in città*, il Mulino, Bologna 2003.

23. A. Rogora, V. Dessì, *Il comfort ambientale negli spazi aperti*, Edicom Edizioni, Monfalcone 2005.

24. World Commission on Environment and Development (WCED), *Our Common Future*, Oxford University Press, Oxford 1987.

25. Strategia sullo sviluppo sostenibile del Consiglio Federale, 2002.

26. M. Martinoni, A. Casabianca, *Les déterminants urbains de la santé: pour une réhabilitation de l'espace construit*, in *Actes des Journées d'échange international: Accessibilité urbaine pour les personnes à mobilité réduite*, Genève 2009; WHO, *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*, Giunta della Provincia Autonoma di Trento, Trento 2003.

Parte quarta
Le sfide della mobilità nelle città contemporanee

II

Pour une conception de l'espace public pour et avec les personnes âgées

di *Igor Moro*

L'espace public doit pouvoir être le théâtre de l'expression de la diversité des usages et des besoins des membres d'une collectivité. Ainsi, bien plus qu'un simple réseau de cheminements, il constitue une des principales interfaces au sein de laquelle un individu peut entretenir des relations et développer les liens sociaux. Le besoin de participer à la vie de la communauté, de partager et de communiquer avec les autres doit pouvoir aussi s'exprimer dans ce cadre, faute de quoi, l'individu peut se sentir isolé et exclu.

S'il est bien conçu, l'espace public joue donc un rôle important en termes de promotion de la santé. Premièrement, par le développement d'espaces propices à la socialisation, il peut contribuer à combattre la marginalisation et l'isolement dont sont victimes de nombreuses personnes âgées. Deuxièmement, à travers son accessibilité, il favorise la pratique de la marche et participe à la lutte contre la sédentarité[1].

II.1
De nombreux obstacles de l'espace public entravent la mobilité piétonne

La réalité ne correspond pas toujours à l'idéal d'un espace public accessible et intégrateur. Trottoirs non abaissés ne facilitant pas l'accès des personnes en fauteuil roulant ou avec un déambulateur à la chaussée; chemins étroits ou au revêtement irrégulier défavorables aux personnes à l'équilibre précaire; escaliers sans main courante privant les piétons manquant de force, d'équilibre ou d'endurance d'un soutien; absence de rampes ne permettant pas de contourner des marches par un accès de plain-pied; ou encore, traversées piétonnes avec feux de signalisation trop courts pour des personnes âgées à la vitesse de marche réduite, sont autant d'exemples d'un espace public inadapté.

Cette mauvaise accessibilité et ce manque de sécurité et de confort des réseaux piétonniers ne représentent pas seulement un frein à la mobilité piétonne en général, mais aussi une menace pour l'autonomie de déplacement de certaines personnes à mobilité réduite (PMR)[2] dont les ressources motrices, sensorielles ou cognitives sont défaillantes. Ces personnes doivent alors parfois renoncer à des cheminements ou être accompagnées d'une tierce personne afin de pouvoir surmonter des obstacles ou éviter des situations dangereuses dont l'origine est souvent due à une planification qui a privilégié les besoins du trafic motorisé[3]. Il en résulte que le piéton est aujourd'hui l'usager de la route le plus sujet aux accidents et que le tiers des piétons grièvement blessés ou tués ont plus de 64 ans. «Pour un kilomètre parcouru à pied, les blessures graves ou mortelles sont bien plus fréquentes chez les seniors que chez les adultes plus jeunes: environ deux fois plus à partir de 70 ans et plus que cinq fois plus à partir de 85 ans»[4].

Une planification approximative n'engendre pas seulement des obstacles difficilement franchissables (inaccessibilité) ou impliquant un risque d'accident (insécurité). Comme l'ont montré les résultats d'une enquête sur la mobilité piétonne des personnes de 75 ans et plus menée dans une commune du canton de Genève en 2006[5], un autre type de barrière, plus étroitement lié au confort de déplacement, contribue à l'inadéquation de l'espace public et décourage certains piétons. Les deux principaux freins aux déplacements des personnes ayant répondu au questionnaire étaient le nombre insuffisant de toilettes et de bancs publics[6]. Leur présence à des intervalles réguliers rassure en effet le piéton fragilisé et l'encourage à se déplacer.

Les résultats de cette enquête se dressent comme à un avertissement adressé aux professionnels de l'aménagement urbain: la simple suppression des obstacles physiques à la mobilité piétonne des personnes âgées et autres PMR ne suffit pas à rendre la ville adaptée à leur besoins. Toilettes et bancs publics ne sont que des exemples de mobilier et d'infrastructures dont la mise en place doit faire l'objet d'une véritable planification pour que tout individu puisse "habiter" le territoire et s'y intégrer. En plus des toilettes et des bancs publics, les collectivités doivent aussi s'intéresser à la qualité de l'éclairage, au bruit, ou encore à la densité du trafic, autant de facteurs qui, par leur impact sur le sentiment de sécurité, sur la pratique d'une activité physique régulière et sur la participation à la vie de la communauté, peuvent influencer l'état de santé des personnes âgées[7] et d'autres groupes de PMR.

11.2
Les planificateurs doivent s'intéresser davantage aux besoins des piétons

Pour expliquer l'inadéquation fréquente de l'espace public, il faut se tourner vers le processus qui conduit à son aménagement. On s'aperçoit que les piétons sont souvent négligés dans la planification urbaine, d'autant plus lorsqu'il s'agit de populations peu représentées dans les processus décisionnels comme le sont les personnes âgées. Si on considère qu'un tiers environ de tous les trajets s'effectuent à pied, que la part de la marche s'accroît au fur et à mesure que l'on vieillit[8] et que le nombre de personnes âgées est en constante augmentation, cette négligence est paradoxale. Inévitablement, ce peu d'attention accordé à la place du piéton dans la ville se traduit par une mauvaise qualité de l'accessibilité, du confort et de la sécurité des réseaux piétonniers.

Pour que la ville ne soit pas source de discrimination pour les PMR, une meilleure compréhension et prise en compte de leurs besoins et de leurs difficultés dans la conception de l'espace public s'impose, notamment en termes de mobilité piétonne. La consultation des piétons les plus menacés par l'inadéquation de l'espace public représente un moyen efficace à disposition des planificateurs pour y parvenir car rien n'est plus pertinent que leurs témoignages.

11.3
La marche est un exercice exigeant

D'une manière générale, la consultation des PMR apprend au professionnel de l'aménagement urbain que, contrairement aux apparences, la marche est un exercice exigeant, et cela tout particulièrement lorsque l'aménagement urbain n'est pas adapté aux besoins des différents groupes de piétons.

Pour faire face à la diversité des situations auxquelles un piéton peut être confronté, un individu fait appel, sans toujours s'en rendre compte, à de nombreuses ressources. Équilibre, force musculaire, vitesse de marche, endurance, réflexes, souplesse, vue, ouïe, capacité d'orientation, de concentration et de discernement peuvent être mobilisés lors d'un déplacement piéton. Lorsqu'une ou plusieurs de ces ressources sont diminuées ou absentes, la mobilité piétonne peut devenir difficile.

Le handicap de mobilité de la plupart des groupes de PMR est dû à la diminution ou à l'absence d'une ou de plusieurs ressources, comme l'indique

le TAB. 11.1[9]. La mobilité d'une femme enceinte sera par exemple diminuée uniquement au niveau des ressources motrices, ses capacités sensorielles et cognitives nécessaires à la marche n'étant pas entravées par sa grossesse.

Ce qui distingue la personne âgée de la femme enceinte et de tous les autres groupes de PMR, c'est le processus de vieillissement qui implique une diminution – progressive mais pas nécessairement simultanée ou liée à un âge précis – de l'ensemble des ressources de mobilité listées plus haut. Dans ce sens, la personne âgée, lorsqu'elle atteint le stade avancé de la fragilisation[10], représente la parfaite synthèse des différents groupes de PMR. Pourtant, les difficultés de déplacement rencontrées par les piétons âgés sont souvent sous-estimées par les responsables de l'aménagement urbain, probablement à cause du fait qu'il n'est pas aisé de les associer à une défaillance particulière, comme c'est le cas pour les personnes aveugles ou en fauteuil roulant.

C'est uniquement lorsque la personne âgée fait appel à un moyen auxiliaire pour marcher (canne ou déambulateur) que ses difficultés de déplacement sont reconnues. Pourtant, pour identifier les inadéquations de l'espace public et l'adapter aux besoins des PMR, la personne âgée représente une excellente référence.

11.4
"Bien vivre dans sa ville", exemple d'un diagnostic participatif de l'espace public

Le projet "Bien vivre dans sa ville" est un exemple de processus participatif qui s'est appuyé sur la consultation des personnes âgées en voie de fragilisation pour élaborer un diagnostic de l'accessibilité de l'espace public et aboutir à une meilleure compréhension des besoins et difficultés que ces personnes rencontrent dans leurs déplacements quotidiens. Réalisé entre 2004 et 2007 par l'association *equiterre* sur mandat de l'Etat de Genève, le projet s'est déroulé dans trois communes genevoises. Dans chacune, une personne de référence issue du service en charge de l'aménagement urbain communal a été choisie pour accompagner *equiterre* tout au long du processus.

Des liens avec des acteurs institutionnels ou associatifs au contact avec les personnes âgées se sont établis dès le début du projet. Dans la commune où le service social et de santé était le plus proche du public cible, la tâche des personnes en charge du projet s'est avérée plus facile: grâce au partage de compétences, l'analyse préliminaire de la situation des personnes âgées de la commune en matière de mobilité piétonne, a été plus détaillée et la

TABLEAU 11.1

Ressources défaillantes selon les groupes de personnes à mobilité réduite

Groupe de PMR	Equilibre	Force musculaire	Endurance	Vitesse de marche	Souplesse	Réflexes	Vue	Ouïe	Capacité d'orientation	Capacité de concentration	Capacité de discernement
Personnes aveugles ou malvoyantes									*		*
Personnes sourdes au malentendantes											*
Personnes en fauteuil roulant											
Personnes âgées avec déambulateur											
Personnes âgées avec canne anglaise											
Personnes accidentées (avec béquilles, attelle, …)		**	**	**							
Accompagnants de personnes pas ou peu autonomes											
Enfants (jusqu'à 12 ans)											
Personnes de petite taille (≤ 1,50m)											
Femmes enceintes											
Parents avec poussette											
Parents portant un enfant	**									**	
Personnes portant des commissions ou des bagages											
Personnes utilisant un baladeur ou un téléphone portable											

* La ressource diminuée est partiellement compensée par un niveau de concentration supérieur ou par le développement d'autres stratégies.
** La ressource est diminuée dans certaines circonstances uniquement.

mise en place d'une consultation facilitée par le rapport de confiance que les professionnels du social ou de la santé avaient avec la population visée. Le rôle d'intermédiaire assuré par ces derniers a été déterminant, en particulier lorsqu'il a fallu mobiliser des personnes marginalisées ou peu habituées à s'exprimer en public.

Avant les consultations, *equiterre* a parcouru le territoire d'étude pour identifier tous les obstacles potentiels à la mobilité des personnes âgées. Cette connaissance fine du territoire est indispensable pour dialoguer avec le public cible. Lors de la première rencontre avec les personnes âgées, les groupes ont été limités à cinq ou six participants pour profiter pleinement du témoignage de chacun. Ceux-ci ont été interrogés sur leurs habitudes piétonnes, les difficultés qu'ils rencontrent, leur utilisation de bancs, de toilettes et de transports publics, et leur souhait concernant l'évolution de ces derniers afin de favoriser leur déplacement. A l'aide d'un plan, les détails de leurs témoignages ont été transcrits. Comme la suppression des obstacles à la mobilité des personnes âgées ne représente pas une condition suffisante pour qu'elles décident de changer de comportement et marcher davantage, une présentation des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé et des conseils de prévention des accidents leur ont été donnés afin de les sensibiliser aux bienfaits de la marche.

La deuxième consultation a consisté en l'accompagnement individuel de trois ou quatre personnes âgées lors d'un de leurs déplacements habituels pendant lequel elles ont montré les endroits où elles rencontrent des difficultés, se sentent en danger ou voient leur confort de déplacement diminué. Le professionnel a pu ainsi observer de près de quoi est fait le déplacement d'un piéton aux ressources de mobilité réduites.

La dernière étape a été consacrée à la synthèse des informations récoltées. Les obstacles ont été analysés et des propositions visant leur suppression élaborées. L'établissement d'un ordre de priorité dans leur suppression a été établi en fonction de la possibilité de contourner l'obstacle. Lorsqu'aucun cheminement alternatif accessible ne permettait son contournement, l'obstacle était jugé menaçant pour le maintien de l'autonomie de certains piétons et sa suppression était estimée indispensable. Ces informations ont été traduites en fiches techniques à l'intention du service en charge de l'aménagement urbain de la commune. Cette forme de restitution, détaillée, factuelle et utilisant un langage technique, est adaptée aux besoins du professionnel de l'aménagement urbain et répond aux objectifs du projet: en explicitant le problème que chaque obstacle pose à la mobilité piétonne des personnes âgées, un travail

de sensibilisation a été effectué; en proposant des mesures d'aménagement basées sur des normes techniques, tous les éléments nécessaires à la réalisation ont été mis à disposition du professionnel.

Selon les termes d'un protocole de collaboration défini avant le début du projet, la commune est tenue de réaliser l'ensemble ou du moins une partie des mesures d'aménagement proposées. Toutefois, aucun délai de réalisation ne lui a été imposé. La commune est libre de planifier la suppression des obstacles selon les ressources à disposition, en profitant souvent de la concomitance d'autres travaux prévus sur son territoire.

11.5
Enseignements tirés de la consultation

La méthode utilisée dans le projet "Bien vivre dans sa ville" pour prendre en compte les besoins des personnes âgées en matière de mobilité piétonne et les intégrer dans la planification urbaine peut servir d'exemple pour tirer quelques enseignements issus de ce type de démarche.

– *La méthode participative doit être adaptée aux informations recherchées* afin que celles-ci soient utilisables par le professionnel de l'aménagement urbain dans l'élaboration des réponses (mesures). Dans le projet décrit plus haut, il a été important que les personnes consultées en petits groupes aient pu préciser, sur un plan de la commune, ce qui posait problème à leurs déplacements. Un questionnaire rempli à domicile ne leur aurait pas permis d'apporter un témoignage aussi détaillé.

– *La méthode choisie doit être adaptée aux ressources* (sensorielles et cognitives) *des participants*. Ainsi, par exemple, on ne se sert pas des mêmes outils pour récolter le témoignage d'une personne malentendante ou aveugle et l'on sait qu'il faudra accorder beaucoup d'attention à une personne âgée et la canaliser lorsqu'elle aura tendance à se disperser dans ses réponses.

– *Il n'est pas toujours évident de mobiliser les personnes dont le témoignage serait le plus pertinent*. Lorsqu'on s'intéresse à l'accessibilité de l'environnement construit, il est par exemple difficile d'atteindre des personnes âgées qui ne quittent plus leur domicile à cause des obstacles de l'espace public. Se rendre à une consultation ou poster un questionnaire sont des actions impossibles pour elles. Pour qu'elles puissent participer au projet, il est alors nécessaire qu'un service d'accompagnement leur soit proposé, comme la mise à disposition d'un bus pour les conduire au lieu de la consultation ou

la visite à domicile d'un professionnel qui les aidera à retranscrire leur témoignage.

– *Il n'est pas indispensable de consulter de nombreuses personnes âgées habitant le même territoire pour identifier les obstacles à leurs déplacements piétons.* Pour chaque groupe de PMR, le témoignage de quelques représentants est en principe suffisant, car très représentatif des difficultés que les autres personnes au même profil de mobilité réduite rencontrent. A travers le récit d'une personne aveugle il est par exemple possible de répertorier les freins auxquels l'ensemble des personnes aveugles se déplaçant sur le même territoire est confronté. Il convient néanmoins de s'adresser à plus d'un représentant par groupe de PMR car le handicap de mobilité peut être plus ou moins prononcé d'une personne à l'autre et donner lieu à un témoignage légèrement différent.

– *Les personnes en charge de la consultation doivent encourager les participants à s'exprimer et savoir interpréter leurs témoignages.* Confrontées à la personne âgée, elles doivent savoir que celle-ci, même lorsqu'elle a atteint le stade de la fragilisation, a souvent de la peine à reconnaître ses (premières) difficultés piétonnes, attitude qui peut s'expliquer par un refus d'accepter les diminutions dues au vieillissement. Ainsi, il n'est pas rare qu'une personne âgée omette de dire à son entourage qu'elle a fait une chute.

Parfois, au contraire, tout en reconnaissant que certains éléments de l'espace public lui posent des problèmes, elle préfère ne pas les considérer comme des obstacles et assume ses difficultés comme une conséquence logique du vieillissement. Ce fut le cas – révélé lors d'une consultation dans le cadre du projet "Bien vivre dans sa ville" – d'une personne de plus de 80 ans qui, estimant inopportun de solliciter la mise en place d'un banc supplémentaire exprès pour elle, se servait systématiquement d'un muret pour se reposer.

Ces deux attitudes, très courantes, démontrent que pour la consultation des personnes âgées il est préférable d'organiser des séances par petits groupes afin qu'un échange étroit et personnalisé soit possible.

– *Une impression d'enrichissement réciproque se dégage souvent des collaborations interdisciplinaires et devient un moteur de la démarche.* Malgré cela, force est de constater que dans le fonctionnement de nos institutions, les collaborations entre professionnels de l'aménagement urbain et autres spécialistes ne représentent pas encore la règle. Une certaine méfiance peut alors se ressentir au début du processus. Par une délimitation claire des rôles des différents intervenants, ce sentiment disparaît progressivement lorsque ces derniers prennent conscience que chacun a des compétences

spécifiques dont la mise en commun permet d'aboutir à de meilleurs résultats.

– *Il s'avère important de faire un compte rendu des consultations pour montrer aux participants que leurs témoignages ont été entendus*. Cette restitution peut aussi servir aux responsables de la consultation afin d'expliquer pourquoi certaines remarques n'ont pas pu être prises en compte. Pour le professionnel de l'aménagement urbain c'est aussi l'occasion d'apporter des rectifications à des mesures d'aménagement qu'il aurait déjà imaginées.

– *La mise en place d'une consultation peut s'avérer coûteuse en termes de temps, de ressources humaines et financières.* Toutefois, si celle-ci a bien été préparée, cet investissement finira par récompenser le professionnel de l'aménagement dans son travail. Le diagnostic offert par le processus participatif l'aidera à développer des mesures adaptées aux besoins de l'ensemble des piétons.

La lecture de ces enseignements laisse transparaître que la consultation nécessite de la pratique et qu'il pourrait s'avérer utile – voire indispensable – de mandater un spécialiste en matière de consultations pour accompagner le professionnel de l'aménagement urbain dans ses premières expériences participatives.

11.6
De la compréhension des besoins des PMR à l'élaboration de mesures adaptées

Si la consultation sert à mieux comprendre les difficultés des PMR et à identifier les obstacles à leurs déplacements piétons, elle ne donne pas forcément des indications fiables sur les mesures d'aménagement urbain à adopter pour leur suppression. Le développement de solutions adaptées à une mobilité pour tous doit être étudié par le professionnel dans un deuxième temps et requiert une connaissance approfondie des besoins de mobilité des différents groupes de PMR. Sans quoi, la suppression d'un obstacle répondant aux besoins d'un groupe de PMR particulier peut se transformer en un nouvel obstacle pour un autre groupe de piétons aux ressources de mobilité réduites.

Certaines techniques d'abaissement de trottoir réfléchies pour le confort de déplacement des personnes en fauteuil roulant ou avec déambulateur représentent par exemple un obstacle pour les personnes aveugles dont les exigences de détection podotactile ne sont pas toujours compatibles avec la suppression de ressauts souhaitée par les premiers. Trop souvent des projets

visant une démocratisation de l'accessibilité de l'espace public se focalisent sur un public cible particulier, comme les personnes en fauteuil roulant, et finissent par améliorer leurs conditions de déplacement au détriment de celles d'autres publics cibles. Or, l'accessibilité pour tous est un domaine qui doit satisfaire les besoins de l'ensemble des piétons, sans privilégier un groupe parce qu'il est très nombreux ou un autre pour la gravité de son handicap de mobilité.

Grâce à l'intérêt croissant porté par la société aux besoins des différents groupes de PMR, aujourd'hui, les normes de construction[11] en vigueur permettent de prévenir de nombreuses situations conflictuelles similaires à celle de l'exemple mentionné plus haut. Pour intégrer de nouvelles connaissances dans la conception des normes et satisfaire les besoins de l'ensemble des usagers, les organisations spécialisées en charge de leur élaboration consultent de plus en plus fréquemment des représentants des différentes populations cibles. Ceux-ci, parfois intégrés dans le groupe de travail chargé de concevoir la norme, peuvent faire part de leurs compétences spécifiques, défendre les intérêts des usagers qu'ils représentent et éviter que les indications techniques contenues dans la future norme puissent nuire à la mobilité d'un groupe de piétons[12].

Malgré cette évolution positive dans le travail de normalisation, des progrès restent à faire et des solutions plus adaptées à inventer. C'est pourquoi, une fois que le professionnel a imaginé des mesures d'aménagement urbain issues de la consultation, il est indiqué de les soumettre aux usagers pour apporter d'éventuelles modifications.

11.7
Un changement de mentalité au niveau institutionnel doit se produire

Afin de généraliser des pratiques similaires à celles mises en place dans le projet "Bien vivre dans sa ville" présenté plus haut, il serait bienvenu que chaque collectivité publique définisse une charte de l'aménagement urbain dans laquelle l'obligation de consulter des groupes de PMR (ou des associations spécialisées qui les représentent) en amont de toute réalisation soit inclue.

Ce décloisonnement des logiques institutionnelles – résultant de la consultation de différents groupes d'usagers et des collaborations entre les responsables de l'aménagement des espaces publics et les professionnels d'autres disciplines – non seulement serait une démonstration d'ouverture,

mais aussi une preuve de modestie face à la complexité des réalités sur lesquelles ingénieurs et urbanistes sont appelés à intervenir. Pour l'administration et le fonctionnement de ses services, cela se traduirait par un nouveau partage du pouvoir, plus transversal et interdisciplinaire, tournant le dos à une vision sectorielle des champs de compétences.

Cette nouvelle manière de "faire la chose publique" nécessite évidemment une volonté politique forte. Il appartient en effet aux décideurs d'insister sur le besoin d'un élargissement du nombre d'intervenants dont la complémentarité des compétences serait plus adaptée pour répondre aux défis auxquels les villes sont confrontées. Pour l'heure, force est de constater que ce tournant n'a pas encore eu lieu, ou du moins, ne s'est pas encore généralisé. Bien que les potentialités des approches transversales semblent être de plus en plus reconnues, un assouplissement des logiques institutionnelles peine encore à se produire.

11.8
Le professionnel de l'aménagement urbain est un acteur de la promotion de la santé

L'approche multidisciplinaire requise pour adapter le visage de nos villes au vieillissement de la population et, d'une manière plus générale, aux difficultés de déplacement de l'ensemble des PMR, est destinée à élargir le champ de compétences du professionnel de l'aménagement urbain. En observant attentivement les implications de son travail, celui-ci peut prendre pleinement conscience de l'étendue de sa fonction: à travers son action visant à favoriser tant les déplacements que les relations, il contribue à lutter contre la sédentarité, l'isolement et la perte d'autonomie dont sont fréquemment victimes certains groupes de PMR. Dans ce sens, ingénieurs et urbanistes sont des acteurs de la promotion de la santé.

En mettant le piéton au centre de sa réflexion, le professionnel de l'aménagement urbain rend service aux besoins présents et à venir de l'ensemble de la population. Cette évidence semble parfois faire défaut aux débats concernant le développement urbain. Trop souvent les discours sur les usages et usagers de l'espace public ignorent le fait que nous sommes tous des piétons car chaque individu, indépendamment du mode de déplacement qu'il privilégie, commence et termine toujours son déplacement à pied. De manière similaire, dans ces discours, on oublie trop souvent de souligner que nous sommes tous destinés à vieillir et donc à devenir des PMR à plein temps, ayant besoin d'un espace public adapté.

Pour conclure, concevoir l'espace public de nos villes pour et avec les personnes âgées et autres PMR signifie ne pas considérer leur éventuel isolement comme inexorable. Intégrer leurs besoins dans toute réalisation signifie répondre à un défi sociétal beaucoup plus grand, consistant à accepter que la différence soit une composante essentielle à la vie d'une communauté. Sans leur participation, nos sociétés ne sauraient pas évoluer et tendre vers l'avenir.

Notes

1. Comme le révèle l'*Enquête suisse sur la santé* (2002), en Suisse la sédentarité entraîne chaque année au moins 2900 décès prématurés, 2,1 millions de cas de maladies et des frais de traitement directs d'un montant de 2,4 milliards de francs.

2. Les personnes à mobilité réduite (PMR) sont des personnes qui rencontrent occasionnellement ou durablement des difficultés lors de leurs déplacements piétons. Tout individu est donc susceptible d'être une PMR. Sous la dénomination de "PMR" se réunissent des groupes divers comme les personnes aveugles ou malvoyantes, sourdes ou malentendantes, en fauteuil roulant, en déambulateur, se déplaçant avec une canne anglaise ou des béquilles, les enfants, les femmes enceintes, les parents avec poussettes ou portant un enfant dans les bras, ou encore les personnes munies de bagages ou de sacs à commissions.

3. «Si l'infrastructure routière est dangereuse pour les piétons, c'est surtout parce qu'elle est essentiellement axée sur le trafic motorisé. Une planification globale du réseau incluant également les besoins du trafic piéton fait souvent défaut. Conséquences: un réseau piétonnier lacunaire et un manque d'informations sur les zones de conflits potentielles», Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU, Fonds für Verkehrssicherheit FVS, *Fussverkehr: Unfallgeschehen, Risikofaktoren und Prävention*, in "Sicherheitsdossier", 3, Bern 2007.

4. *Ibid.*

5. *Bien vivre dans sa ville*, étude réalisée par *equiterre* dans la commune d'Onex sur mandat de l'Etat de Genève, Département de l'Économie et de la santé, 2006.

6. Le 58% des personnes ayant répondu au questionnaire estimaient parfois difficile de se déplacer à pied sur le territoire communal.

7. J. L. Balfour, G. A. Kaplan, *Neighborhood Environement and Loss of Physical Function in Older Adults: Evidence from the Alameda County Study*, in "American Journal of Epidemiology", 155, 6, 2002, pp. 507-15.

8. *Personnes âgées dans la circulation routière*, in *Manuel du Bureau de prévention des accidents (BPA)*, Berne 2003.

9. Parmi les catégories de PMR listées dans le tableau, se mélangent des PMR "occasionnelles" (par ex. un parent avec une poussette) et des PMR "permanentes" (par ex. une personne aveugle). Une distinction supplémentaire entre ces dernières et des personnes dont les ressources nécessaires à la marche sont réduites par des activités de loisirs (par ex. une personne utilisant un baladeur) peut également être observée. Considérer ces deux catégories de piétons au même titre, peut déplaire à certains professionnels qui s'occupent de personnes dont le handicap de mobilité est fixe et donc "involontaire". Toutefois, lorsqu'on parle d'accessibilité, de sécurité et de confort de l'espace public, il est indispensable d'inclure des nouveaux comportements

piétons, tel l'usage d'un baladeur, qui de fait diminuent l'aptitude de l'usager à prévenir certains dangers liés aux déplacements piétons.

10. La fragilité «est un phénomène multidimensionnel, renvoyant aux domaines neuro-locomoteur, sensoriel, cognitif et du métabolisme énergétique, comme aussi aux pathologies dont peut souffrir la personne». Elle est définie comme «la diminution des réserves physiologiques et sensori-motrices, diminution qui affecte la capacité d'une personne à préserver un équilibre avec son environnement et plus encore à le rétablir à la suite de perturbations. Pour utiliser un terme à la mode, la fragilisation affecte la résilience de la personne. […] Plus l'on avance en âge, plus l'on connaîtra quasi-inéluctablement une étape de vie fragile». *Leçon d'adieu de Christian Lalive d'Epinay*, in Id. (dir.), *La retraite et aprés? Vieillesse entre science et conscience* (*Question d'âge*, vol. 2), Centre Interfacultaire de Gérontologie et Département de Sociologie, Université de Genève, 2003.

11. En Suisse, les normes de construction éditées par l'Association suisse de normatisation (ASN) sont le fruit d'un travail de normalisation assuré par des organisations spécialisées.

12. Le communiqué de presse paru sur le site de la Société suisse des ingénieurs et des architectes (SIA) le 13 décembre 2006, concernant la mise en consultation de la (future) norme SIA 500 *Constructions sans obstacles*, destinée à remplacer la norme SN 521 500 *Construction adaptée aux personnes handicapées*, témoigne de comment, de pair avec l'évolution des connaissances, les mentalités ont changé et le domaine de la construction doit s'y adapter: «La révision de cette norme a été rendue nécessaire en raison des développements dans les domaines de la médecine, des techniques de réhabilitation et des moyens d'assistance, ainsi que de l'évolution sociale et politique qui ont modifié les conditions d'intégration des personnes handicapées. De ce point de vue la norme actuellement en vigueur présente des manques. Son contenu ne correspond plus aux nouvelles connaissances et certaines exigences sont formulées de façon imprécise, voire inexacte» (http://www.sia.ch/f/actuel/news/20061213_500.cfm).

12

La mobilité des personnes âgées dans le système urbain français contemporain

di *Dominique Mathieu-Huber*

Les sociétés contemporaines connaissent différentes évolutions démographiques qui transforment leurs populations et engendrent des problèmes spécifiques. Dans certains Etats du monde c'est la population jeune qui représente le groupe le plus nombreux, dans d'autres, comme c'est le cas dans les pays occidentaux développés, on assiste à un rapide vieillissement démographique, responsable de l'accroissement de la part des personnes âgées parmi la population. La population française connaît cette tendance tant en chiffres absolus qu'en relatifs. Ainsi, d'après l'INSEE[1] la part de la population âgée de plus de 60 ans par rapport à la population métropolitaine française totale est passée de 16,7% en 1960 à 20,6% en 2000. Qui plus est, des projections démographiques indiquent que cette proportion de personnes âgées de plus de 65 ans augmentera encore sensiblement dans de nombreux pays d'Europe d'ici à 2050 ce qui justifie des études spécifiques sur cette catégorie de la population[2].

A coté de catégories statistiques communément établies, il existe des typologies sociologiques dont l'acception parfois implicite n'est pas toujours univoque, il en va ainsi pour le qualificatif de "personnes âgées". Cette nomenclature n'est pas universelle, et peut même être fluctuante selon les circonstances dans lesquelles elle est employée. Il est malgré tout couramment admis de relier âge et santé, ou dans le cas que nous retiendrons, âge et capacité à exercer un emploi, sous entendant ainsi que lorsqu'un individu n'a plus la capacité physique de travailler il est soit handicapé soit devenu vieux. Seront donc considérées comme âgées les personnes retraitées, celles qui n'exercent plus d'emploi rémunéré. Compte-tenu qu'en France l'âge minimal légal du départ à la retraite est, en 2008 encore, fixé à 60 ans[3], les personnes âgées dont il sera fait mention dans ce texte seront donc au moins sexagénaires et/ou retraitées.

Les espaces périurbains sont par bien des aspects (morphologiques, ou démographiques notamment) des composants spécifiques de l'organisation

urbaine contemporaine. Ce sont des lieux qui ne relèvent à proprement parler ni de la ville ni de la campagne, mais empruntent à chacun des modèles urbain ou rural pour devenir une alternative originale à chacun d'eux.

Bien que les populations présentes dans ces espaces périurbains soient plutôt des actifs en milieu de vie professionnelle, parents de jeunes enfants[4], des personnes plus âgées habitent également dans ces lieux. Ce sont d'abord les individus arrivés dès les débuts de la périurbanisation en France, ceux qui ont contribué à créer ces espaces, qui y sont restés et qui maintenant ont vieilli et continuent à y vivre. Ce sont aussi des personnes qui ont choisi, sur le tard, de s'installer dans ces lieux pour y passer leur retraite.

Quelques soient les raisons de leur installation, il est important de rappeler que ces individus âgés vivent dans des espaces aux marges de l'agglomération francilienne, dont la monofonctionnalité est très marquée. Ces espaces périurbains se présentent en effet comme des lieux où les possibilités d'emploi sont peu présentes[5], et où les ressources ou services aux populations sont à la fois concentrés dans des zones spécialisées mais souvent éloignées des espaces de résidence. Ainsi pour pouvoir tant profiter des aménités urbaines de la ville centre (par exemple les activités culturelles ou de loisirs) qu'accéder aux ressources nécessaires à la vie quotidienne, les habitants périurbains doivent se déplacer, être mobiles. Cette compétence de mobilité devient donc une condition *sine qua non* pour pouvoir vivre pleinement en périurbain et non y vivre relégué.

Dès lors, se pose une question: dans ce type d'espace particulier, quelles solutions sont-elles mises en œuvre par les personnes âgées pour faire face aux contraintes et aux limites qui les caractérisent? Quelles sont les formes de leur mobilité? Existe-t-il une différence avec celle des adultes actifs, et donc une spécificité de la mobilité des personnes âgées.

12.1
L'enquête et le terrain

Les résultats qui sont ici présentés se fondent sur une enquête qualitative ayant pris la forme d'entretiens menés auprès de cinquante ménages vivant dans les espaces périurbains. Ce dispositif d'enquête a permis d'entendre quatre-vingt deux individus dont dix-sept personnes étaient âgées de soixante ans et plus[6]. Si le nombre d'entretiens réalisés peut sembler limité, il convient de rappeler que cela tient à la mise en œuvre d'une démarche compréhensive fondée sur l'exemplarité, plutôt que sur la représentativité, impliquant un protocole d'enquête relativement lourd. En effet, les entretiens ont été menés de façon

semi-directive, leur durée (de une à trois heures) a permis d'explorer les pratiques et comportements de façon approfondie et d'obtenir des informations précises. Cependant, les enquêtés n'ont pas été laissés totalement maîtres de la forme ni du contenu de leur discours. Si certaines informations ponctuelles et précises n'étaient pas données spontanément par les enquêtés, elles leur étaient demandées plus directement.

En ce qui concerne le choix des enquêtés, il est nécessaire de rappeler que le thème général de la recherche tenait à la mobilité des individus et que donc les personnes entendues étaient toutes en mesure de se déplacer de façon autonome tout en n'étant pas captives d'un seul mode de transport (privé ou public) donc en situation de choix, tout au moins potentiel. Par ailleurs, le tri par les variables descriptives de positionnement couramment employées dans les enquêtes sociologiques (sexe, statut socioprofessionnel, voire statut à l'égard de l'habitat) n'est pas apparu pertinent pour déterminer quelles populations enquêter puisqu'on ne s'intéressait pas à un groupe sociologique spécifique.

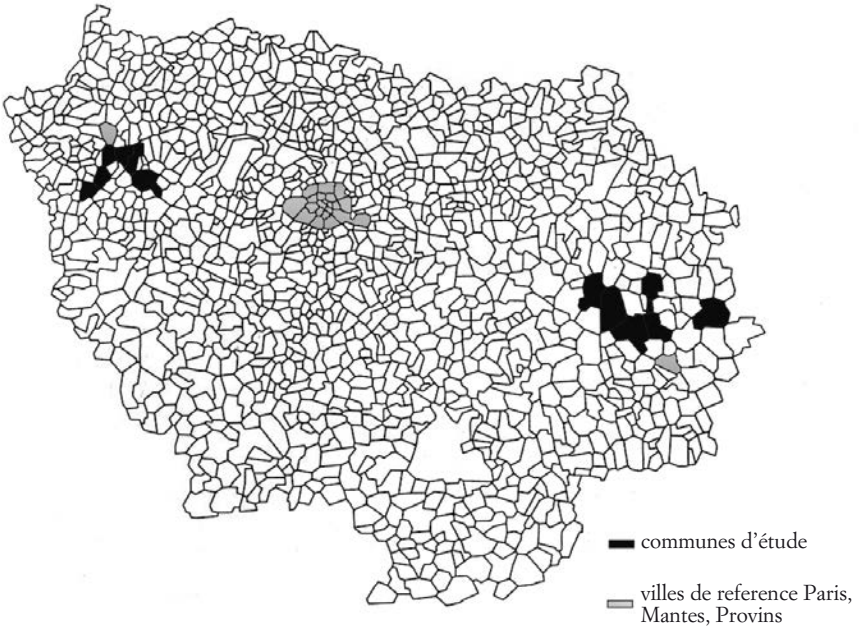
Les terrains dans lesquels l'enquête a été effectuée sont situés en Île-de-France, région qui est par bien des aspects exceptionnelle et atypique dans le paysage urbain français[7].

C'est bien sûr Paris, ville capitale qui a d'abord été étudiée[8], puis le regard s'est porté sur l'urbanisation de l'agglomération dans son ensemble, ainsi les espaces périurbains sont-ils devenus un objet d'étude à part entière. Les travaux de Martine Berger ont été pionniers en la matière et demeurent une référence essentielle[9]. Ils ont permis de comprendre comment cette périurbanisation s'est développée en mettant notamment l'accent sur la mesure des phénomènes. L'orientation de nos recherches qui portent également sur les espaces périurbains était plus dirigée vers les habitants, leurs comportements et pratiques dans ce type d'espace particulier. Notre attention s'est donc fixée sur les espaces à la marge de l'agglomération qui pour autant ne peuvent pas être qualifiés d'espaces marginaux.

Le choix précis des terrains dans lesquels a été réalisé notre travail a été conditionné par toute une série de critères démographiques et morphologiques, couramment admis en géographie-aménagement[10], l'application de ces critères concorde avec la classification faite par l'INSEE[11] qui conclut positivement quant à la nature périurbaine de ces communes. Cependant, la caractéristique essentielle à retenir est que tout en continuant d'entretenir des relations plus ou moins étroites avec la ville centre, ces espaces sont organisés et fonctionnent aussi de façon parallèle à celle-ci. C'est ainsi que des zones d'emploi attractives (par exemple Marne-la-Vallée ou Saint-Quentin-en-Yvelines) se localisent à l'extérieur du pôle urbain dans ces espaces périurbains.

Ont ainsi été retenues deux zones dans la région Île-de-France (FIG. 12.1): l'une à l'ouest appelée le Mantois (dans les Yvelines) et l'autre à l'est le Provinois (en Seine-et-Marne), la variété des localisations géographiques ayant pour objectif de nous confronter à des situations *a priori* différentes.

FIGURE 12.1
Localisation des terrains d'étude dans la région Île-de-France



Enfin, afin de réaliser une enquête approfondie, une commune en particulier a été choisie dans chaque groupe sélectionné. Il s'agit donc de Mareil-sur-Mauldre dans les Yvelines et de Chenoise en Seine-et-Marne.

12.2
Les caractéristiques de la mobilité des périurbains âgés

Il est devenu banal de considérer la mobilité comme une capacité fondamentale et stratégique[12] de nos modes de vie contemporains. Cependant plus qu'une

ressource en elle-même, la mobilité est analysée comme une manière d'accéder à différents ressources[13]. Il ne s'agit donc plus d'une capacité à posséder ni à exercer pour elle-même mais plutôt d'une capacité permettant de réaliser une (ou des) activité(s). Cependant, il est indéniable que cette mobilité n'est pas exercée de la même manière en tout lieu et par tout le monde. Il existe, par exemple, des catégories de personnes qui, pour des raisons économiques ou culturelles notamment, ne disposent pas ou peu de compétences permettant la mobilité. Ces individus courent alors le risque de vivre comme relégués, en marge du système urbain contemporain[14].

Tel n'est pas le cas *a priori* des individus âgés que nous avons observés dans notre enquête. Ces habitants périurbains disposent tous de ressources permettant leur mobilité, que ces ressources soient matérielles comme la possession d'une automobile ou physiques, c'est-à-dire qu'ils sont en mesure de marcher, voire d'utiliser des transports publics.

Les développements qui vont suivre présenteront la mobilité des personnes âgées vivant dans les espaces périurbains selon des portraits d'individus réels effectivement rencontrés. Ce parti a été préféré à celui consistant à exposer des types emblématiques reconstruits d'après un amalgame choisi de traits particuliers pris chez plusieurs individus. Ce choix méthodologique présente l'avantage d'être fidèle à la réalité et de ne pas façonner un modèle abstrait mais il peut avoir l'inconvénient de ne pas tout relever et de passer sous silence certains aspects de la mobilité. Enfin, les individus dont la situation est détaillée, ont été choisis car leur discours, certes personnel, reflète celui de beaucoup d'autres enquêtés[15], ce ne sont donc pas des portraits particuliers qu'il faut lire, mais des typologies de portée générale.

12.2.1. Type introverti

Alphonse et Thérèse sont mariés, ils sont âgés respectivement de 76 et 72 ans lors de l'entretien. Ils vivent à Chenoise (Seine-et-Marne) depuis seize ans et ont décidé de s'y installer quand Alphonse sut qu'il allait arrêter de travailler. Auparavant ils habitaient à une vingtaine de kilomètres de Paris, dans la première couronne. Il s'agit là d'un cas d'installation périurbaine liée à un changement de situation professionnelle. En l'espèce, le lieu est perçu comme propice au nouveau moment dans la vie du couple, comme le dit Thérèse: «l'heure de sa retraite approchant […] mon mari voulait venir à la campagne, un vieux rêve […] parce qu'il était d'origine rurale».

En termes de mobilité physique et personnelle la situation actuelle du couple est hétérogène dans la mesure où l'époux se déplace facilement, il marche sans trop de difficulté et conduit sa voiture pour effectuer les principaux déplacements nécessaires à la vie quotidienne. Par contre, l'épouse étant atteinte de graves problèmes de santé se déplace en fauteuil roulant et, compte tenu de son état, ne conduit pas. C'est donc Alphonse qui se déplace seul mais il faut remarquer que, s'il conduit sa voiture, il utilise aussi parfois les transports en commun. Il dit ainsi: «ça m'arrive d'aller [à Paris] par le train […] je vais en voiture jusqu'à Nangis et de Nangis je prends le train». Cet usage des transports publics est encore possible car lorsqu'il travaillait, Alphonse utilisait le train de banlieue et le métro, «je connais tout ça comme ma poche» dit-il. On peut donc en déduire que s'il s'autorise parfois à utiliser les transports en commun c'est à cause d'une pratique et d'une connaissance antérieures des réseaux. Il n'a pas dû découvrir ni apprendre à se familiariser avec de nouveaux modes de transport, il reproduit des façons de faire acquises avant le changement de résidence et de type d'espace de vie. Cependant, même s'il utilise parfois les transports en commun, son mode de déplacement privilégié reste l'automobile dont il se sert pour sortir de sa commune mais aussi à l'intérieur du village parce qu'il est plus à l'aise en voiture qu'à pied, dit-il.

Bien que pratiquant une mobilité diminuée, Alphonse n'est pas immobile pour autant. Il explique que tous ses achats notamment alimentaires sont faits à Provins, ville distante de 10 km de son domicile. A la question de savoir combien de fois par mois il s'y rend, il répond: «je dirai plutôt par semaine», ce qui atteste bien d'une pratique régulière de déplacements faits au rythme hebdomadaire de deux à trois fois. Si l'on ajoute des déplacements plus exceptionnels mais effectués au moins une fois par an (ceux pour rendre visite à ses enfants) dont la portée est de l'ordre de 80 km, on constate que la mobilité d'Alphonse est certes limitée mais toujours bien réelle. Les territoires qu'il pratique sont assez peu étendus, ce sont surtout de lieux bien connus et familiers, sa vie est plutôt centrée sur le local. Ce type de mobilité peut alors être qualifié d'introverti.

12.2.2. Type contenu

Marcel et Renée sont également mariés et d'âge comparable au couple précédent puisqu'ils ont respectivement 76 et 74 ans. Cependant ils sont installés depuis dix-huit ans à Mareil-sur-Mauldre (Yvelines) lors de l'entretien et les circonstances de leur installation, bien que présentant des points communs,

diffèrent quelque peu. En effet lorsque Marcel et Renée sont arrivés dans cette commune périurbaine de l'ouest parisien l'époux ne travaillait déjà plus alors que l'épouse a continué à travailler. Pour des raisons de santé Marcel avait dû arrêter de travailler et vendre son commerce. Par contre Renée, qui avait été salariée de ce même commerce, avait changé d'emploi. Elle se rendait sur son nouveau lieu de travail en voiture, ce qui fait que l'époux restant au domicile n'avait pas de voiture à sa disposition puisque comme le dit Renée «je ne voyais pas la nécessité d'acheter une deuxième voiture». Actuellement d'ailleurs, ils ont toujours une seule voiture et la conduisent l'un et l'autre. Le plus régulier de leurs déplacements est réalisé pour trouver des commerces alimentaires dans la commune voisine. Renée explique ainsi qu'entre elle et son mari, ils se rendent «à Maule […] ça fait 3 km […] pratiquement tous les jours […] c'est agréable, ça vous sort un peu». Ce déplacement de très courte portée mais très fréquent, démontre une habitude certaine à effectuer des trajets en voiture. S'y rajoutent des déplacements bimensuels vers d'autres sites d'approvisionnement un peu plus éloignés mais toujours situés dans un rayon d'une dizaine de kilomètres autour de leur domicile. Il est à noter que si les époux se déplacent séparément pour les trajets de proximité, ils sont toujours ensemble lorsqu'ils se rendent dans les plus grands centres commerciaux. Enfin, ils se déplacent une à deux fois par an en Normandie et parcourent une soixantaine de kilomètres pour rendre visite à un de leurs enfants. Un dernier type de déplacement est à signaler, celui-ci est mixte puisque pour se rendre à Paris Renée dit: «je vais à Saint-Nom-la-Bretèche et puis je prends le train, ça emmène à la gare saint-Lazare» et Marcel de rajouter que «le problème à Paris c'est le stationnement».

Il apparaît donc que Marcel et Renée se déplacent facilement, et presque exclusivement en voiture. On peut donc mettre en avant une certaine dépendance automobile[16] dans ces espaces périurbains, ce que Renée a bien perçu puisqu'elle explique «si je perds ma mobilité […] si je perds mon autonomie, ça faut changer de vie tout de suite. Ah oui, on pourra pas rester ici». De l'ensemble des ces propos, il ressort que ces septuagénaires ont encore une vie en mouvement, et que leurs déplacements sont réguliers s'inscrivant dans des espaces assez peu éloignés de leur domicile. Si leur mobilité est bien réelle, elle n'en n'est pas moins maîtrisée, contenue.

12.2.3. Type extraverti

Etienne (74 ans) et Marthe (65 ans) sont mariés, lors de l'entretien ils sont installés à Mareil-sur-Mauldre (Yvelines) depuis vingt-quatre ans. Ils sont l'un

et l'autre retraités mais lorsqu'ils ont emménagé dans leur maison, ils travaillaient tous les deux. L'époux a continué pendant quatorze ans à faire des navettes journalières de l'ordre de trente kilomètres, et l'épouse, qui a cessé son activité professionnelle l'année précédant l'entretien, se déplaçait aussi chaque jour. Avant même de s'installer à Mareil-sur-Mauldre, le couple possédait deux voitures personnelles, ils continuent maintenant, même retraités, à avoir chacun leur véhicule.

Leurs déplacements ordinaires pour les courses se font une fois par semaine vers un centre commercial distant d'une dizaine de kilomètres, à ceux-ci s'ajoutent des déplacements mixtes (achat/visite familiale) au rythme de deux à trois fois par semaine vers une ville située à vingt kilomètres de leur domicile. Enfin du fait de l'installation de deux de leurs enfants à Paris Marthe explique qu'elle y va «au moins tous les quinze jours» en utilisant l'autoroute. Questionnée sur les transports en commun elle ajoute: «pour aller à Paris on pourrait éventuellement prendre le train, mais je vous dis la ligne qui passe ici, moi, je ne suis pas tranquille». Ces trajets vers Paris représentent environ cinquante kilomètres et sont les plus longs que le couple effectue régulièrement. Enfin d'autres trajets moins fréquents (de l'ordre d'une fois par trimestre) sont à signaler comme par exemple quand le couple se rend à l'aéroport d'Orly pour y prendre l'avion afin de rendre visite à un de leurs enfants. La mobilité ordinaire de ce couple est donc intense, quasi exclusivement automobile, les territoires parcourus sont étendus et variés, les réseaux routiers empruntés sont de tout type de l'autoroute, à la route départementale de campagne en passant par la rue parisienne. On pourrait qualifier leur type de mobilité d'ouvert voire d'extraverti.

Les époux ont bien conscience de leur dépendance automobile Etienne assure que «quand on a acheté ici, on savait qu'il fallait deux voitures» et il rappelle que quand un de leurs véhicules a été immobilisé ils ont pu «assurer le principal» avec une seule mais que «le cas du sans voiture du tout serait plus difficile à traiter», à tel point qu'il finit par reconnaitre que «quand on ne sera plus en état de conduire […] comment fera-t-on? Je sais pas, j'ai pas réfléchi». Cette dernière remarque (tout comme les propos de Renée cités plus haut) démontre bien que la mobilité autonome est ressentie par ces périurbains vieillissant comme une dimension essentielle de leur vie qui pourrait à terme se dégrader et leur poser problème. Néanmoins, l'éventualité d'un immobilisme forcé est repoussée, cette situation étant trop problématique les individus refusent de la considérer, en ce sens ils ne font pas pleinement face aux conséquences plausibles de leur choix de vie.

12.3
Des comportements communs aux différents types de mobilité des périurbains âgés

Après avoir détaillé des pratiques de mobilité, on s'attachera maintenant à caractériser les comportements lors des déplacements. Tout d'abord il faut noter que le contrôle des comportements est particulièrement important voire strict, ce qui concorde avec ce que Coutty[17] signalait en expliquant que les conducteurs âgés compensaient en partie leurs déficits physiques (par exemple la réduction de leur acuité visuelle) par plus de précaution lorsqu'ils conduisent.

Dans les discours des individus interrogés la prudence est manifeste, nombreux sont ceux qui ont employé des expressions comme "faire attention". Cette attention renforcée se traduit de deux manières dans leurs comportements. Tout d'abord ils disent réduire leur vitesse; ainsi Renée explique qu'elle ne «dépasse pas la limitation de vitesse» à certains endroits particuliers qu'elle ressent comme dangereux.

Ensuite, et parfois combiné à la réduction des vitesses, les conducteurs périurbains âgés disent pouvoir faire des choix particuliers d'itinéraires afin d'être plus à l'aise dans leurs déplacements. C'est ainsi qu'Alphonse explique qu'ayant le choix entre deux itinéraires pour se rendre à Provins, il préfère une route moins fréquentée «par la campagne» car «ça va beaucoup moins vite, on peut rouler à son rythme sans être embêté». Ce que certains dans ce comportement pourraient voire comme une forme d'autocensure est plutôt à comprendre comme une forme d'adaptation raisonnée des comportements.

Un autre point majeur à signaler est que les périurbains plus âgés disent adapter également leurs horaires de circulation. En fait, ils décalent leurs déplacements afin de ne pas se trouver pris dans un trafic automobile trop intense ce qu'ils ressentent comme une situation de conduite les mettant potentiellement en danger. Les remarques de Marthe sont tout à fait explicites: elle dit emprunter une certaine route départementale, très passante, mais «à des heures qui sont prenables […] à des heures où elle est tout à fait fréquentable […] je m'arrange […] je ne pars jamais de la maison avant 9h et demi le matin».

De tous les comportements d'adaptation mis en pratique par les automobilistes périurbains âgés, c'est bien celui du décalage des heures de déplacement qui est le plus employé. Ce choix est d'autant plus possible que ces retraités ont un temps moins contraint que les actifs ou les mères

de famille notamment. Cependant, c'est une spécificité car cela correspond à une autre forme d'organisation de leur mobilité qu'ils finissent pas s'imposer assez systématiquement. On constate donc, et c'est un point essentiel, que les personnes plus âgées ne renoncent pas à leurs déplacements, mais qu'elles adaptent leurs pratiques et comportements afin de pouvoir maintenir un bon niveau de mobilité.

12.4
Comparaison entre les âgés et les actifs

La mobilité des habitants périurbains est un phénomène complexe et ne peut se résumer ni généraliser sans commettre trop d'approximations. Les traits saillants que nous allons mettre en avant maintenant sont à relier au travail précis sur les espaces périurbains lointains du pôle urbain central. Ainsi est-il apparu que les périurbains montrent un certain désintérêt pour les transports collectifs quand bien même ceux-ci existent et desservent les lieux qu'ils pratiquent. Quelque soit l'âge des individus, le même type de critiques est avancé: inconfort des transports collectifs, inadaptation aux besoins personnels particulièrement en termes d'horaire et manque de flexibilité.

De ce fait, les périurbains qu'ils soient âgés ou non connaissent peu et n'utilisent donc les transports en commun que dans des cas particuliers et restreints. Ils les empruntent parfois lorsqu'ils se rendent à Paris mais c'est plutôt pour des raisons indépendantes des avantages réels ou supposés des transports en commun sur la voiture personnelle. Ils signalent ainsi que le stationnement sur place est problématique et que la conduite dans cette ville ne leur est pas familière (plan de circulation complexe et changeant ou bien intensité du trafic trop importante). Pour cette raison, ils préfèrent se rendre avec leur voiture aux abords de la capitale puis prendre le métro pour circuler en ville.

En ce qui concerne les itinéraires et les réseaux que les automobilistes empruntent, les différences sont ténues entre les périurbains actifs et les plus âgés. Si on a pu noter quelques pratiques différentes dues à des contraintes moins fortes dans la gestion du temps des âgés, ce sont le plus souvent les mêmes routes qui sont empruntées notamment car les habitudes prises avant le passage à la retraite, sont le plus souvent maintenues. Il y a une sorte de permanence des comportements et des pratiques de mobilité qui persistent d'autant plus que les personnes âgées n'acceptent pas facilement de renoncer à leurs déplacements autonomes.

Un autre point à mentionner est que l'incidence du risque routier dans les choix d'itinéraires et dans les pratiques de déplacement, est très faible quelque soient les groupes d'âge considérés. Nos recherches ont démontré que la prise en compte du risque dans l'activité de déplacement était très peu marquée car le risque routier est perçu comme inséparable de la conduite automobile, peu réductible et donc d'une certaine manière peu évitable.

On peut donc conclure de tous les développements précédents que la mobilité des personnes âgées dans les espaces périurbains lointains du pôle urbain ressemble fortement à celle des actifs tout en étant, malgré tout, moins intense et un peu moins conditionnée par des obligations (notamment professionnelles) contraignantes. Il ne faut pas non plus manquer de rappeler que ce constat s'applique à de personnes physiquement valides et disposant de ressources économiques suffisantes pour développer une mobilité réelle, cependant ces deux conditions ne sont pas spécifiquement liées à l'âge.

Ainsi il apparaît que plus que de l'âge de l'individu, la mobilité serait dépendante de ressources techniques et des caractéristiques de l'espace dans lequel il vit. Il convient de souligner à nouveau l'importance et l'intérêt de disposer d'une voiture en bon état de fonctionnement dans les espaces périurbains lointains. Dans ce type d'espaces en particulier, la mobilité est très étroitement liée aux moyens (surtout mécaniques et monétaires) que les individus peuvent mettre en œuvre. Enfin, A. Páez[18] avait conclu que les comportements de mobilité des personnes âgées ne sont pas homogènes selon le type d'espaces dans lequel ils se développent. Nous partageons ce point de vue et souhaitons en renforcer la portée: dans les espaces périurbains notamment les individus adaptent leur comportements aux conditions matérielles qu'ils rencontrent. Ils ne peuvent pas modifier les réseaux routiers ou faire évoluer l'offre de transport, mais ils s'accommodent de ce qu'ils trouvent en tentant d'en tirer le plus longtemps le meilleur parti possible.

Notes

1. Cfr. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02107.

2. D. Blanchet *et al.*, *Santé, vieillissement et retraite en Europe*, in "INSEE Économie et statistique", 403-404, 2007.

3. Cfr. loi n. 83-430 du 1er avril 1983.

4. T. Le Jeannic, *Radiographie d'un fait de société: la périurbanisation*, in " INSEE Première", 535, 1997.

5. Compte tenu de leur âge les individus dont il sera question dans cette contribution ne sont que peu concernés par cette possibilité.

6. On constate donc que la proportion de personnes âgées enquêtées correspond à la part des personnes âgées dans la population française totale.

7. D'après les chiffres de l'INSEE la région francilienne ne représente que 2% du territoire métropolitain français mais regroupe 19% de la population, en 2005 le revenu brut disponible des ménages y était de 21% supérieur à celui de l'ensemble de la métropole, c'était aussi le plus fort de France.

8. Voir notamment J. Brun, J. Fagnani, *Paris ou la banlieue, le choix d'un mode de vie*, in "Les Annales de la recherche urbaine", 50, 1991, pp. 92-100.

9. M. Berger, *Les périurbains de Paris. De la ville dense à la métropole éclatée*, Éditions du CNRS, Paris 2004.

10. Pour plus de précisions sur les critères de sélection des communes où l'enquête a été réalisée voir D. Mathieu-Huber, *La mobilité des périurbains lointains d'Île-de-France, usage des réseaux et sécurité des déplacements*, Thèse de Doctorat en Géographie, aménagement, Université Paris I, Paris 2007.

11. M. E. Hassan, *99% des franciliens vivent dans l'aire urbaine de Paris*, in "INSEE Île-de-France à la page", 196, 2001.

12. J. P. Orfeuil, *La mobilité urbaine, son coût, ses modalités de financement*, in D. Pumain, F. Godard (sous la dir. de), *Données urbaines*, Anthropos, Paris 1996, tome I, pp. 187-97.

13. O. Crevoisier, *Les effets économiques de la mobilité spatiale sur l'organisation du territoire*, in L. Vodoz *et al.*, *Les territoires de la mobilité, l'aire du temps*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne 2004, pp. 105-25.

14. J. Rémy, *Culture de la mobilité et nouvelles formes de territorialité*, in Vodoz *et al.*, *Les territoires*, cit., pp. 13-42.

15. Pour plus de précisions sur les critères de sélection des communes où l'enquête a été réalisée voir Mathieu-Huber, *La mobilité*, cit.

16. G. Dupuy, *La dépendance à l'égard de l'automobile*, La Documentation française, Paris 2006.

17. M. Coutty, *Au volant les conducteurs âgés ne sont pas forcément les plus dangereux*, in "Le Monde", 16 janvier 2004.

18. A. Páez *et al.*, *Elderly Mobility: Demographic and Spatial Analysis of Trip Making in the Hamilton CMA, Canada*, in "Urban Studies", 44, 1, 2007, pp. 123-46.

13

L'impatto del mutamento demografico sul comportamento nel traffico. Il comportamento nel traffico degli anziani di oggi e di domani

di *Davide Marconi*

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che si osserva già da diversi decenni ed è destinato ad acuirsi ulteriormente nei prossimi anni. Oltre a produrre effetti socio-demografici, come ad esempio l'aumento dei costi della sanità e i problemi legati al sostentamento delle assicurazioni sociali, questa evoluzione influisce anche sul volume del traffico e sul comportamento nel traffico della popolazione svizzera. Per la pianificazione dei trasporti e del territorio, il mutamento demografico rappresenta quindi una sfida importante. Si tratta di riconoscere le esigenze di mobilità e il comportamento specifico nel traffico di un gruppo in costante crescita, quello dei pensionati, e di individuare soluzioni a lungo termine.

Il presente studio esamina il comportamento nel traffico attuale e futuro delle persone anziane[1] in base alle valutazioni del microcensimento sul traffico dell'Ufficio federale di statistica e dell'Ufficio federale dello sviluppo territoriale[2], nonché ad altre fonti. L'obiettivo è quello di illustrare le caratteristiche della mobilità della popolazione anziana e i problemi cui è confrontata, come pure le sfide che incombono sulla pianificazione del territorio e dei trasporti alla luce dell'invecchiamento demografico e della crescente domanda di mobilità da parte degli anziani.

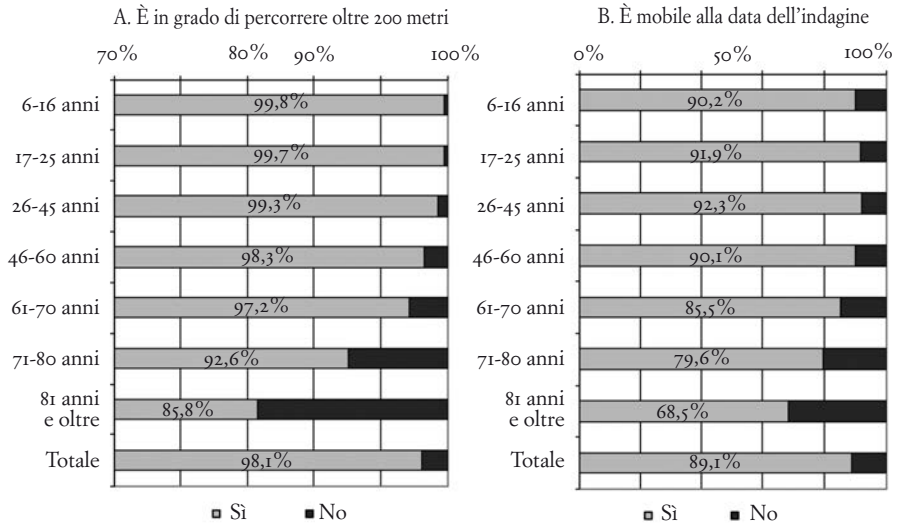
13.1 Situazione iniziale

Nel 2005, in Svizzera le persone di età superiore ai 65 anni costituivano il 16% circa della popolazione residente. Secondo gli scenari dell'evoluzione demografica elaborati dall'Ufficio federale di statistica, questa percentuale aumenterà fino a superare il 24% nel 2030 e il 28% nel 2050[3].

Quello dei pensionati non è un gruppo omogeneo. Occorre distinguere tra gli "anziani giovani" (ovvero gli anziani di età compresa tra i 65 e i 74

anni), che godono di ottima salute e mostrano un elevato grado di mobilità, e gli anziani della cosiddetta "quarta età", sovente di salute cagionevole e che denotano limitazioni a livello motorio e della mobilità. Secondo il microcensimento sul comportamento nel traffico, nel 2005 solo poco meno del 3% degli individui di età compresa tra i 61 e i 70 anni e il 7% di quelli nella fascia 71-80 anni non era in grado di percorrere oltre 200 metri a piedi, mentre tra gli ultraottantenni questa quota sale al 14%. La media svizzera si situa al 2% (FIG. 13.1/A). Lo stato di salute incide direttamente sulla mobilità: al momento dell'indagine oltre il 31% delle persone di età superiore agli 81 anni non è mobile, mentre nella fascia di età 61-70 anni questa quota si attesta al 14% (FIG. 13.1/B). In virtù dei previsti progressi della medicina e del conseguente allungamento della speranza di vita – nel 2007 si situava a 84 anni per le donne e 79 per gli uomini –, è lecito supporre che il passaggio dalla categoria degli "anziani giovani" a quella dei "grandi anziani" si sposterà ulteriormente.

FIGURA 13.1
Stato di salute e grado di mobilità dei pensionati (2005)



Fonte: Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, Microcensimento 2005 sul comportamento nel traffico. © ARE.

13.1.1. Giovani molto mobili, anziani mobili

Nel 2005, le persone residenti in Svizzera di età superiore ai 6 anni hanno compiuto mediamente degli spostamenti giornalieri sul territorio nazionale pari a 37 chilometri. Come evidenzia il nuovo microcensimento[4], il comportamento nel traffico varia sensibilmente a dipendenza del gruppo di età. Nel 2005, con una distanza giornaliera percorsa di oltre 20 chilometri, i giovani fino ai 17 anni e i pensionati di oltre 65 anni risultavano avere lo stesso grado di mobilità. Tale distanza, tuttavia, è nettamente inferiore a quella percorsa dai giovani altamente mobili di età compresa tra i 18 e i 25 anni (53 chilometri) o a quella delle persone dei gruppi di età intermedi, ossia tra i 26 e i 65 anni (42 chilometri). Inoltre, con una media di 2,4 tragitti al giorno, i pensionati compiono un tragitto in meno rispetto alle generazioni più giovani. Infine, la quota di persone di età superiore ai 65 anni che non compiono alcuno spostamento giornaliero (21%) è nettamente superiore alla media svizzera la quale si assesta all'11%.

13.1.2. Grado di motorizzazione in aumento tra gli anziani

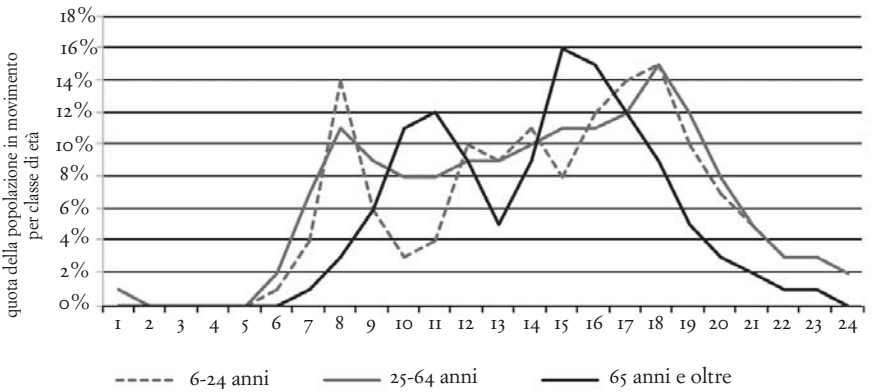
Nonostante quest'ultimo dato, la mobilità dei pensionati è tutt'altro che irrilevante, come dimostra la tendenza in atto negli ultimi anni. Tra il 2000 e il 2005, le distanze giornaliere percorse dagli anziani si sono allungate, passando da 20,8 chilometri a 21,2 chilometri, mentre la mobilità media della popolazione si è in generale stabilizzata. Questo cambiamento va ascritto, non da ultimo, al crescente grado di motorizzazione dei pensionati. Nel corso degli ultimi trent'anni, infatti, il numero di persone di età superiore ai 65 anni in possesso del permesso di guida è pressoché triplicato, salendo dal 20% nel 1974 al 58% nel 2005. L'aumento risulta superiore alla media soprattutto tra le donne pensionate: dall'8% nel 1974 al 44% nel 2005[5]. Questa evoluzione incide sulla scelta dei mezzi di trasporto, favorendo l'utilizzo dell'automobile a scapito dei trasporti pubblici. Comunque, con una quota di traffico attualmente pari al 27%, le donne più anziane continuano a servirsi dei mezzi pubblici con una frequenza di gran lunga superiore rispetto agli uomini della stessa fascia di età, la cui quota raggiunge appena il 17%[6].

13.1.3. Le persone anziane evitano le situazioni di stress

A differenza delle persone appartenenti ai gruppi di età più giovani, i pensionati hanno più tempo libero a disposizione e possono organizzare la propria

giornata in modo più libero e autonomo. Tra l'altro, sfruttano questa libertà d'azione per evitare le ore di punta, concentrando i loro spostamenti tra le 9 e le 11 del mattino e tra le 14 e le 16 del pomeriggio (FIG. 13.2). La preferenza per queste fasce orarie dimostra che, nel limite del possibile, gli anziani tendono a evitare le situazioni di traffico stressanti. Per loro, i maggiori problemi si manifestano durante le ore di punta o agli incroci stradali particolarmente complessi dove, non a caso, si verifica il maggior numero di incidenti che vedono coinvolte delle persone anziane. In generale, comunque, i pensionati sono consapevoli dei limiti legati all'età e nel traffico adottano un comportamento difensivo[7].

FIGURA 13.2
Distribuzione oraria del traffico della popolazione nei giorni feriali per classe di età (2005)



Fonte: Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, Microcensimento 2005 sul comportamento nel traffico. © ARE.

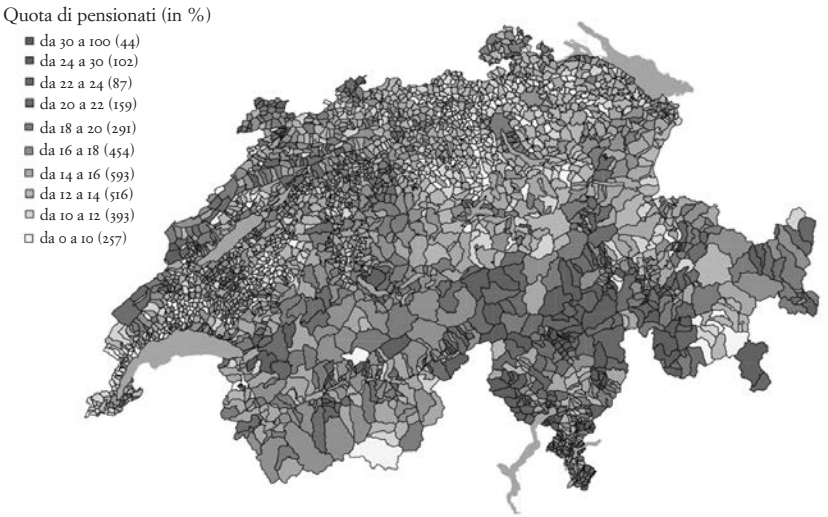
13.2
Differenze territoriali

I risultati esposti sinora si riferiscono a valori medi calcolati per tutta la Svizzera. Il comportamento nel traffico, tuttavia, può variare sensibilmente anche in considerazione delle diverse caratteristiche geografiche e territoriali.

13.2.1. Quote di pensionati eterogenee nei comuni svizzeri

Dal punto di vista territoriale, la quota di anziani rispetto alla popolazione è distribuita in modo discontinuo (FIG. 13.3). I comuni dell'arco alpino e del Giura, ad esempio, rilevano un tasso di pensionati nettamente superiore rispetto a quelli della regione dell'Altopiano. Questa divergenza va imputata, tra le altre cose, all'emigrazione di giovani lavoratori dalle valli nel corso del XX secolo, alla maggiore immigrazione internazionale nelle aree urbane e alla minor natalità delle regioni periferiche.

FIGURA 13.3
Quota di pensionati sulla popolazione totale (2000)



Fonte: INFOPLAN-ARE, Censimento della popolazione 2000.

Negli agglomerati si osservano differenze in parte anche significative tra i comuni nucleo, con un alto tasso di popolazione anziana, e i comuni delle cinture degli agglomerati, caratterizzati da una più bassa presenza di anziani. All'origine di questo divario, vi sono i fenomeni di sub-urbanizzazione e di peri-urbanizzazione di cui la Svizzera è stata teatro negli ultimi decenni e che hanno visto soprattutto le giovani famiglie trasferirsi dai centri verso le cinture

degli agglomerati, mentre le persone più avanti negli anni sono rimaste nelle città. Nel frattempo, i membri più anziani di queste famiglie hanno a loro volta già raggiunto l'età di pensionamento. In futuro, quindi, nelle cinture degli agglomerati si assisterà a un drastico invecchiamento della popolazione, senza che vi siano infrastrutture e servizi pensati per questa fascia di età.

Nella regione alpina, i centri turistici si distinguono nettamente dagli altri comuni per il loro basso tasso di popolazione anziana (a titolo di esempio, come si evince dalla FIG. 13.3, l'alta Engadina, Zermatt o Leukerbad). In questo caso, la differenza va verosimilmente ascritta all'elevata offerta di posti di lavoro che attira persone in età lavorativa. Non mancano, tuttavia, le particolarità regionali. La Goldküste sul lago di Zurigo e i comuni situati attorno al lago Maggiore, ad esempio, spiccano per la massiccia presenza di anziani, perlopiù facoltosi, verosimilmente attirati dalla prospettiva di trascorrere la pensione in un contesto geografico privilegiato.

13.2.2. Differenze territoriali del comportamento nel traffico

Le aree rurali si differenziano da quelle urbane per l'approvvigionamento relativamente scarso di servizi e la pessima accessibilità. A questi svantaggi si aggiunge la difficoltà a raggiungere i centri più vicini con i trasporti pubblici.

Le diverse condizioni quadro regionali incidono sul comportamento nel traffico dei pensionati (TAB. 13.1). Il grado di mobilità più elevato nel 2005 è quello degli anziani delle città nucleo. Più ci si allontana dai centri, maggiore è la probabilità che gli spostamenti si riducano. Di conseguenza, mentre nelle aree rurali periferiche tre persone su dieci non compiono alcuno spostamento da casa, nelle città nucleo questo valore rimane inferiore alle due unità. Anche per quanto riguarda le distanze giornaliere percorse e il numero di tragitti compiuti si rileva uno scenario pressoché identico: meno di 16 chilometri e 2,15 tragitti al giorno nei comuni rurali periferici contro 23 chilometri e 2,53 tragitti giornalieri nelle città. In merito alla quota di anziani in possesso della patente di guida, le aree rurali periferiche e le città nucleo mostrano valori analoghi (attorno al 54%), mentre nei restanti comuni dell'agglomerato e delle aree rurali peri-urbane questa percentuale sale rispettivamente al 67% e al 64%. Tale differenza potrebbe essere ascritta alla maggiore quota di pensionati giovani (dai 65 ai 74 anni) provvisti di licenza di condurre nelle aree sub-urbane e peri-urbane. Tra gli anziani delle città nucleo appare inoltre molto più diffuso il possesso dell'abbonamento generale per i trasporti pubblici: difatti, le città contano un numero triplo di abbonamenti rispetto alle zone rurali (TAB. 13.1).

TABELLA 13.1
Indicatori relativi al traffico degli anziani per tipo di territorio (2005)

	Città nucleo	Comuni dell'agglomerato restanti	Spazio rurale peri-urbano	Spazio rurale periferico	Media svizzera
Grado di mobilità (in %)	82,5%	79,9%	75,2%	72,7%	79,6%
Con la licenza di condurre	54,4%	66,7%	63,9%	53,9%	61,7%
Con un abbonamento generale	11,3%	6,9%	4,1%	3,9%	7,6%
Numero medio di tragitti (sul territorio nazionale)	2,53	2,46	2,20	2,15	2,43
Distanza giornaliera media in chilometri (sul terr. naz.)	22,59	22,10	20,25	15,85	21,63
Durata di spostamento media in min. (sul terr. naz.)	85,89	76,14	70,99	75,09	78,35
Distanza giornaliera per mezzo di trasporto (ripartizione modale)					
Traffico lento	12,4%	10,8%	11,0%	16,8%	11,5%
Traffico motorizzato privato	51,0%	67,4%	69,4%	70,8%	62,2%
Trasporti pubblici	32,6%	16,9%	18,5%	6,8%	22,3%
Altri mezzi di trasporto	4,1%	4,9%	1,1%	5,7%	3,9%

Fonte: Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, Microcensimento 2005 sul comportamento nel traffico. © ARE.

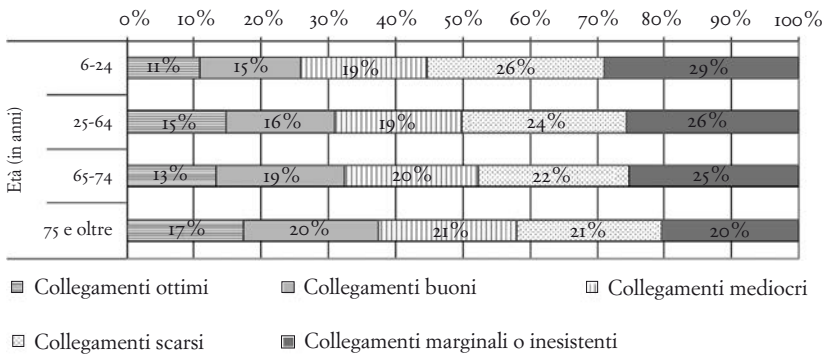
Nella scelta del mezzo di trasporto, l'automobile è ovunque quella prioritaria. Tuttavia, le differenze tra le città nucleo e gli altri comuni sono notevoli. Ad esempio, mentre nelle città la metà circa delle distanze giornaliere viene percorsa con mezzi di trasporto motorizzati privati, nei comuni restanti dell'agglomerato e nelle aree rurali questo rapporto sale a due terzi e oltre. In merito alla scelta dei mezzi di trasporto pubblici si riscontra una situazione opposta: mentre gli anziani delle città coprono un terzo delle distanze giornaliere con mezzi pubblici, in tutti gli altri comuni questa quota risulta sensibilmente inferiore. Riguardo all'impiego dei mezzi di trasporto pubblici i comuni restanti dell'agglomerato e quelli rurali peri-urbani evidenziano valori simili (rispettivamente 16,9% e 18,5%). Per contro, i comuni rurali periferici, complice con ogni probabilità la scarsa offerta di trasporti pubblici, denotano un minor uso di tali mezzi con una media pari al 6,8%. Nel raffronto tra tipi di territorio, la quota del traffico lento (spostamenti a piedi o in bicicletta) sulle distanze giornaliere appare abbastanza omogenea, eccetto un leggero picco rilevato nei comuni rurali periferici (TAB. 13.1).

13.2.3. Collegamento alla rete dei trasporti pubblici

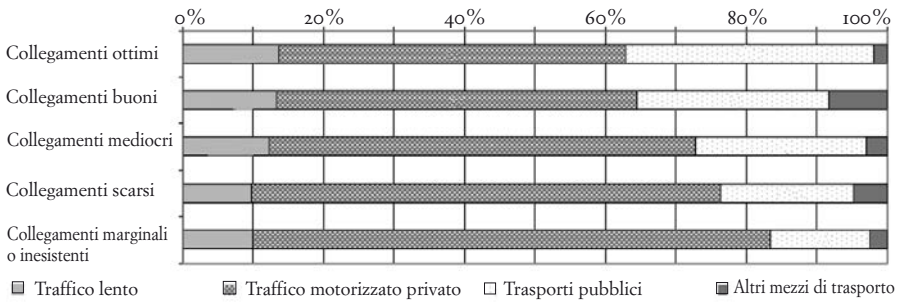
Dopo aver esaminato il comportamento nel traffico in base alla posizione geografica dei comuni di residenza, lo studio ha puntato la lente sulla qualità dei collegamenti dei luoghi di residenza alla rete dei trasporti pubblici e sui relativi effetti a livello di comportamento nel traffico. L'obiettivo era di verificare la fondatezza della tesi secondo cui le persone in pensione si stabiliscono nelle aree ben collegate con i mezzi di trasporto pubblici.

FIGURA 13.4
Collegamento alla rete dei trasporti pubblici e scelta del mezzo di trasporto (2005)

A. Qualità del collegamento del luogo di residenza alla rete dei trasporti pubblici



B. Scelta del mezzo di trasporto da parte degli anziani in base alla qualità dei collegamenti del loro luogo di residenza alla rete dei trasporti pubblici (in % della distanza giornaliera)



Fonte: Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, Microcensimento 2005 sul comportamento nel traffico. © ARE.

Le valutazioni del microcensimento 2005 sul comportamento nel traffico mostrano che, rispetto ai giovani, gli anziani risiedono maggiormente nelle vicinanze di una fermata ben integrata nella rete dei trasporti pubblici. Occorre comunque distinguere tra "anziani giovani", che tendono a stabilirsi in aree con un grado di allacciamento simile a quello osservato per la popolazione attiva, e "grandi anziani", che preferiscono abitare nelle immediate vicinanze dei percorsi dei trasporti pubblici (FIG. 13.4/A). Quest'analisi, tuttavia, può spiegare solo in parte la propensione al trasloco che si riscontra nelle persone in età avanzata in Svizzera. Ancora non è chiaro, infatti, se la popolazione più anziana trasloca per poter usufruire di una migliore offerta di trasporti pubblici o se l'attuale situazione è riconducibile piuttosto al fenomeno di sub-urbanizzazione menzionato in precedenza. Sinora la ricerca non è stata in grado di fornire una risposta definitiva al riguardo.

La scelta del luogo di residenza influisce in misura significativa sul comportamento nel traffico dei pensionati. L'anziano decide con quale mezzo di trasporto spostarsi soprattutto sulla base della qualità dei collegamenti alla rete dei trasporti pubblici del luogo in cui abita. Se i collegamenti sono ottimi, un pensionato percorre il 35% della distanza giornaliera con i mezzi pubblici. Viceversa, se i collegamenti sono insufficienti o inesistenti, solo il 14% delle prestazioni di trasporto avviene con i mezzi pubblici (FIG. 13.4/B). Per le persone anziane, quindi, una buona offerta di trasporti pubblici è fondamentale: se dispongono di un'alternativa all'automobile, la utilizzano con assiduità. Ciò è tanto più cruciale in caso di ridotte possibilità di spostamento con l'automobile, in quanto consente al pensionato di mantenere un buon livello di mobilità.

13.3
Sfide per la pianificazione dei trasporti e del territorio

Entro il 2030, le prestazioni di traffico su strada e rotaia aumenteranno complessivamente di altri 15-29 punti percentuali[8]. In futuro, soprattutto le persone più anziane saranno responsabili di un volume di traffico nettamente maggiore rispetto a oggi. Da una parte, perché il loro numero aumenterà sensibilmente. Dall'altra, perché rispetto ai pensionati di oggi, quelli di domani percorreranno distanze giornaliere maggiori e compiranno un numero di tragitti *pro capite* superiore. Il comportamento nel traffico del gruppo di popolazione più anziano, quindi, subirà un cambiamento sostanziale. Anche le premesse per la partecipazione al traffico saranno diverse da quelle odierne:

stando alle previsioni, nel 2030 la quota di pensionati in possesso della patente di guida lieviterà dall'attuale 58% a oltre l'80%[9]. Inoltre, una volta entrati in età di pensionamento, gli odierni ultracinquantenni utilizzeranno l'automobile con maggiore frequenza rispetto agli anziani di oggi, anche perché, secondo la maggior parte degli scenari socio-demografici, godranno più a lungo di una buona salute. Oltre alle distanze giornaliere più lunghe e al numero maggiore di tragitti *pro capite* compiuti, il comportamento nel traffico dei pensionati di domani sarà contraddistinto da un massiccio incremento dei tragitti percorsi con l'automobile (fattore 3,7 tra le donne e 2,9 tra gli uomini) e da un leggero aumento di quelli effettuati con i mezzi di trasporto pubblici. Di conseguenza, nel 2030 le prestazioni di trasporto complessive dei pensionati dovrebbero aumentare di 2,6 volte per gli uomini e di 2,8 volte per le donne rispetto ai valori attuali[10].

Il mutamento demografico in atto da alcuni decenni a questa parte comporterà inevitabilmente nuove sfide per l'attuale sistema dei trasporti. Con ogni probabilità, il prospettato incremento della quota di anziani avverrà soprattutto nelle cinture degli agglomerati, mentre le regioni di montagna e le città nucleo, già oggi colpite da questo fenomeno, saranno confrontate con un invecchiamento della popolazione meno accentuato.

La sfida più importante per la pianificazione dei trasporti risiede nell'integrazione ottimale degli utenti più anziani nel sistema dei trasporti. In particolare, occorrerà ridurre le strutture troppo complesse nel traffico stradale per impedire un aumento delle situazioni di pericolo e degli incidenti. Per quanto riguarda i trasporti pubblici si tratterà soprattutto di renderli più attrattivi. Per gli anziani, fattori come tempi di trasbordo più lunghi, piani di offerta comprensibili, posti a sedere più numerosi, partenze e fermate più lente e meno brusche di autobus, tram ecc. rivestiranno una crescente importanza.

Vista la maggiore presenza di anziani nelle cinture degli agglomerati urbani, dove spesso non esiste un'infrastruttura adatta alle loro necessità, anche la pianificazione del territorio sarà chiamata a svolgere ulteriori compiti. Ad esempio, dovrà interrogarsi sulle condizioni da creare affinché i pensionati si trasferiscano in aree con una buona offerta di servizi e decidano di passare ai mezzi di trasporto pubblici. Per la pianificazione del territorio una cosa è sin d'ora certa: abitare nelle vicinanze di una fermata e dei servizi rappresenterà la carta vincente. Per le regioni poco o per nulla collegate alla rete dei trasporti pubblici, la sfida consisterà nell'offrire soluzioni alternative all'automobile. Oltre ai trasporti pubblici, gli anziani potrebbero continuare a beneficiare di

una buona mobilità anche attraverso formule innovative come gli autobus su chiamata o i passaggi organizzati.

Note

1. Nel presente rapporto con il termine "anziani" si intendono le persone (donne e uomini) a partire dai 65 anni.

2. Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, *Mobilität in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus 2005 zum Verkehrsverhalten*, Neuchâtel-Bern 2007 (disponibile in tedesco e in francese).

3. Ufficio federale di statistica, *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz, 2005-2050*, Neuchâtel 2006, aggiornato nel 2008 (disponibile in tedesco e in francese).

4. Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, *Mobilität in der Schweiz*, cit.

5. D. Marconi, K. Infanger, *La mobilità e il mutamento demografico*, in Ufficio federale dello sviluppo territoriale, "Bollettino", ARE, Forum sviluppo territoriale, 2, Berna 2007, pp. 67-9.

6. Ufficio federale di statistica, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, *Mobilität in der Schweiz*, cit.

7. Büro Widmer, Institut für Psychologie der Universität Bern, *Mobilitätsmuster zukünftiger Rentnerinnen und Rentner: eine Herausforderung für das Verkehrssystem 2030?*, Frauenfeld-Bern 2008. Mandato di ricerca SVI 2005/005 su richiesta dell'Associazione svizzera degli ingegneri del traffico (SVI) (disponibile solo in tedesco).

8. ARE, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, *Perspektiven des Schweizerischen Personenverkehrs bis 2030*, Bern 2006 (disponibile solo in tedesco).

9. Institut für Verkehrsplanung und Transportsysteme ETHZ, *Grundlagenbericht für die Perspektiven des Schweizer Personenverkehrs bis 2030. Prognose über Besitz und Nutzenintensität von Mobilitätswerkzeugen im Personenverkehr*, Zürich 2004 (disponibile solo in tedesco).

10. Cfr. Büro Widmer, Institut für Psychologie der Universität Bern, *Mobilitätsmuster zukünftiger*, cit.

14
Il progetto degli spazi pubblici nella città per gli anziani. Gli esempi svizzeri di Lugano e Uster

di *Enrico Sassi*, *Elena Molteni*

14.1
Presentazione della ricerca "UrbAging"

Il progetto di ricerca "UrbAging – Pianificare e progettare lo spazio urbano per una società che invecchia"[1] è stato sviluppato con lo scopo di verificare l'idoneità dell'ambiente costruito in Svizzera rispetto alle problematiche legate all'attuale evoluzione demografica. Attraverso il diretto coinvolgimento della popolazione anziana delle città di Lugano (Canton Ticino) e Uster (Canton Zurigo), sono state proposte alcune modalità per affrontare in modo adeguato il cambiamento demografico e la continua crescita del fenomeno dell'*urban sprawl*[2].

Gli scenari demografici prevedono per i prossimi decenni un notevole aumento della popolazione anziana[3]. Entro il 2040 un quarto della popolazione svizzera avrà più di 65 anni, ponendo nuove sfide agli spazi urbani che sono stati progettati per le esigenze della popolazione attiva e delle famiglie[4]. Al giorno d'oggi, lo spazio urbano deve affrontare simultaneamente numerose sfide. Oltre all'evoluzione demografica, vi sono pure da considerare la rapida crescita della "città" e la ricerca di miglioramento della qualità della vita[5]. Una riflessione sul tema della qualità dello spazio costruito implica la consapevolezza dell'importanza dei rapporti intergenerazionali, alla base di una società più forte e socialmente più equilibrata[6]. La costruzione dello spazio può incoraggiare tali relazioni, ma a determinate condizioni. Un'adeguata mescolanza funzionale, una buona accessibilità degli spazi per i diversi gruppi sociali e generazionali, sono criteri fondamentali per uno spazio urbano in grado di contribuire all'equilibrio sociale.

Questo progetto di ricerca si basa sulla convinzione che una città progettata per e con gli anziani, attenta ai problemi della qualità dello spazio pubblico[7], alla soddisfazione dei bisogni culturali e alle esigenze di socializzazione,

debba essere, dal punto di vista di uno sviluppo urbano sostenibile, una città per tutti[8]. Lo sviluppo della città a misura di anziano richiede un forte impegno in rapporto alle grandi sfide della sostenibilità nella nostra società e nei sistemi urbani. L'interazione tra diverse discipline si è rivelata estremamente fruttuosa, non solo per quanto riguarda gli aspetti teorici, ma anche in merito alle proposte progettuali.

In questo articolo si affrontano le questioni relative alla struttura e alla forma fisica dello spazio pubblico, approfondendo i criteri adottati per la loro progettazione. La ricerca si è orientata verso un approccio multidisciplinare che ha coinvolto diverse aree del sapere: architettura, urbanistica, geografia e sociologia. I metodi utilizzati hanno inoltre incluso sia approcci quantitativi che qualitativi. L'uso combinato di metodi d'indagine propri della geografica e della sociologia è stato finalizzato all'analisi delle abitudini e dei bisogni della popolazione anziana; a questa lettura è stata inoltre affiancata un'analisi della realtà fisica e architettonica dello spazio pubblico.

In determinate fasi della ricerca si è fatto ricorso a tecniche partecipative: riunioni con gruppi di anziani e di loro rappresentanti nel corso delle quali sono stati presentati e discussi temi specifici. Riteniamo, infatti, che il miglioramento dell'idoneità dello spazio costruito per gli anziani sia ottenibile attraverso il loro coinvolgimento diretto combinato con l'impegno delle autorità locali. La sinergia tra i due approcci si è sviluppata attraverso la definizione dei temi che sono stati approfonditi in un primo tempo con le persone anziane e, in un secondo momento, attraverso la progettazione architettonica dello spazio pubblico. Nel corso della ricerca, si è dunque tentato di valutare l'adeguatezza dello spazio pubblico – inteso come elemento strutturante della forma della città – alle esigenze della popolazione anziana, allo scopo di sviluppare delle strategie finalizzate alla loro integrazione nella progettazione urbana. Più in particolare, la ricerca "UrbAging" ha indagato le opinioni degli anziani in rapporto alla percezione e alla qualità dello spazio pubblico, con particolare attenzione alle relazioni tra ambiente costruito e qualità di vita. Attraverso un sondaggio condotto in collaborazione con i Comuni di Lugano e Uster, è stato possibile evidenziare il grado di soddisfazione della popolazione in rapporto a questi temi.

La ricerca è stata suddivisa in tre fasi, allo scopo di rispondere a tre diverse domande:

– Fase 1. *Localizzazione e rilievo degli spazi pubblici*. Come sono distribuiti gli spazi pubblici e i servizi all'interno dell'ambiente costruito? Dove vivono gli anziani? Qual è il grado di accessibilità allo spazio pubblico?

– Fase 2. *Verifica partecipata della loro adeguatezza rispetto ai bisogni e alla domanda della popolazione anziana*. Come sono utilizzati gli spazi pubblici e le strutture per il tempo libero? Qual è il grado di adeguatezza dell'ambiente costruito in particolare nei confronti degli spazi pubblici e della loro accessibilità? L'uso è giudicato soddisfacente dai cittadini anziani (in termini di socializzazione e di accessibilità)?
– Fase 3. *Elaborazione di linee guida e proposte concrete*. Attraverso quali progetti o proposte concrete può essere migliorata l'idoneità degli spazi urbani?

Nella prima fase, sono stati localizzati gli spazi pubblici, i servizi pubblici e i sistemi di trasporto, utilizzando i dati geografici combinati con i dati sulla distribuzione della popolazione anziana. I risultati hanno permesso di tracciare delle mappe che evidenziano le qualità e le carenze degli spazi e dei servizi urbani. Nella seconda fase, sono stati individuati i bisogni, gli usi e il grado di soddisfazione degli anziani rispetto agli spazi pubblici attraverso interviste e incontri partecipativi. Nella terza e ultima fase, i risultati e i progetti elaborati sono stati discussi con i rappresentanti dei comuni, con le autorità di pianificazione e con gli anziani, al fine di individuare le principali esigenze e di valutare le possibili soluzioni.

La ricerca è iniziata con una panoramica statistica e geografica delle due realtà urbane prese in esame. Attraverso gli strumenti cartografici è stato possibile ottenere una visione d'assieme della distribuzione nel territorio dei diversi parametri di base (distribuzione della popolazione anziana sul territorio, localizzazione dei servizi, degli spazi pubblici) utili alla realizzazione della ricerca. La raccolta di dati si è basata su fonti statistiche ufficiali (censimento federale della popolazione 2000, dati della popolazione residente desunti dai registri comunali quando possibile, dati del censimento delle aziende del 2005) visualizzati grazie all'ausilio di un sistema di informazione geografica. Ulteriori informazioni di natura territoriale legati agli spazi pubblici e alla rete di trasporto pubblico sono stati raccolti in collaborazione con i competenti uffici comunali. Le variabili cartografate e analizzate includono l'età, il sesso, lo *status* sociale, la nazionalità, le attività economiche o sociali, le recenti delocalizzazioni, la composizione dell'unità domestica e il tipo di edificio. Con questi dati, utilizzando il modello IRAP[9] di "scenario dell'evoluzione demografica comunale", basato sul precedente sviluppo della popolazione in osservazione (tasso di natalità e migrazioni), è stato sviluppato uno scenario demografico[10]. La qualità dell'ambiente edificato, infine, includeva la distribuzione degli spazi pubblici e dei servizi[11], come le cure sanitarie, i centri di benessere, il commercio al dettaglio, le strutture sportive, i ristoranti e i bar, i

centri commerciali, i teatri, i cinema, le sedi e gli edifici dell'amministrazione pubblica, le biblioteche municipali e le scuole.

La localizzazione di spazi pubblici ha interessato luoghi tradizionalmente definiti come tali (strade, piazze e parchi). La rete di trasporto pubblico, comparata con i dati demografici, ha fornito mappe di accessibilità. Sull'insieme degli spazi pubblici identificati nei due centri urbani si è operata una selezione sulla base di criteri tipologici e di distribuzione spaziale riguardante circa venti spazi sui quali si è operata una descrizione architettonica qualitativa. Si è espressamente rinunciato al rilievo architettonico in quanto l'obiettivo era di raccogliere un numero sufficiente di informazioni utili ad intavolare le discussioni con i partecipanti alle fasi finali del progetto e non di conoscere nel dettaglio i diversi spazi.

In un secondo tempo, i rilievi sono stati presentati in una scheda descrittiva e in una scheda fotografica. Elementi quantitativi e qualitativi sono stati raccolti attraverso un questionario scritto, inviato a un campione rappresentativo della popolazione anziana. L'inchiesta ha permesso di raccogliere dati sull'uso dello spazio costruito, la percezione del quartiere e l'utilizzo dei diversi mezzi di trasporto. Infine, durante le riunioni con la popolazione, è stata raccolta una grande quantità di opinioni e suggerimenti.

L'indagine svolta nell'ambito del progetto "UrbAging" ha permesso di concepire un *Manifesto per lo spazio pubblico a misura di anziano*[12] che illustra e spiega i criteri adottati per portare a termine la fase conclusiva del lavoro di ricerca, ovvero la progettazione degli spazi pubblici secondo le linee guida derivate dal progetto di ricerca. Nel *Manifesto* sono stati individuati dieci diversi criteri relativi a tre diverse scale di intervento: la gestione, il contesto e la qualità dello spazio. La prima (gestione) è legata alla sfera pubblica e alla *governance*, la seconda (contesto) riguarda il rapporto tra gli spazi fisici e il loro contesto, mentre la terza (qualità dello spazio) è più direttamente riferita ai criteri per la progettazione architettonica degli spazi pubblici. I criteri di intervento relativi alla scala della "gestione" sono tre: *governance*, partecipazione e trasversalità. I criteri di intervento relativi alla scala del "contesto" sono tre: accessibilità, connettività e intensità. I criteri di intervento relativi alla scala della "qualità dello spazio" sono quattro: convivialità, flessibilità, sicurezza e comfort.

14.2
Risultati e progetti proposti

I risultati dell'inchiesta hanno mostrato la necessità di superare il concetto di fornitura di servizi specifici a domicilio o di servizi di trasporto dedicati, grazie

all'integrazione degli anziani nella definizione delle necessità rispetto alla scala della pianificazione e della progettazione urbana. In tale ottica, la rilevanza della ricerca "UrbAging" risiede nell'importanza che viene attribuita allo spazio pubblico in una città, riconoscendogli la capacità di generare, mantenere e aumentare il benessere dei suoi cittadini. La ricerca ha sviluppato e approfondito una procedura per l'analisi dello spazio pubblico e il miglioramento della sua qualità basandosi sugli importanti studi di Gehl e Gemzøe[13], ma integrando l'analisi architettonico/morfologica con interviste e procedure partecipative.

L'organizzazione dell'ambiente costruito e la sua qualità sono stati studiate attraverso metodi architettonici e geografici, dimostrando la potenziale sinergia tra le varie discipline. Il progetto "UrbAging" s'iscrive nelle ambizioni della ricerca applicata. Questo significa che il disegno stesso della ricerca è stato orientato verso la possibilità di un'implementazione dei risultati e nel tentativo di rispondere a bisogni concreti presenti nella società[14]. Rispetto ad una ricerca applicata classica, però, "UrbAging" non nasce direttamente dalla richiesta da parte di un committente e di un bisogno particolare da esso definito. La ricerca applicata interviene laddove un nuovo approccio ad una situazione è necessario e per il quale si ritiene utile disporre di un approfondimento scientifico (metodi di indagine o sintesi della letteratura) che renda operative risposte innovative.

Sulla base delle raccomandazioni di ordine generale emerse nel corso della ricerca, sono stati sviluppati sei "progetti di studio". Tra tutti gli spazi pubblici analizzati nella prima fase della ricerca sono stati selezionati, in accordo con i gruppi di accompagnamento, sei luoghi nei quali applicare i criteri per la progettazione riassunti nel *Manifesto per lo spazio pubblico a misura di anziano*. Per la selezione dei casi da approfondire sono stati considerati come particolarmente rilevanti i seguenti aspetti: il desiderio di camminare, in particolare in prossimità dell'acqua e della natura, l'importanza dei collegamenti all'interno del sistema urbano e l'attenzione nei confronti della circolazione pedonale nel concetto generale della mobilità urbana.

Le aree selezionate per le proposte progettuali appartengono a due diverse tipologie: i percorsi (disegno dei flussi) e i luoghi (disegno degli spazi). In entrambe le città, le proposte di intervento relative alla tipologia "percorsi" sono finalizzate a riqualificare la passeggiata lungo il corso del fiume: uno lungo il fiume Aabach, a Uster, l'altro lungo il fiume Cassarate, a Lugano. Per quanto concerne i luoghi selezionati per le proposte di intervento, in due casi si tratta di spazi pubblici direttamente collegati con il lago: Schifflände a Uster e il giardino Lanchetta a Lugano; negli altri due esempi sono stati selezionati

spazi urbani più identificabili con la tipologia di piazza: la Schulhausplatz a Uster e piazza Molino Nuovo a Lugano.

Sono state eseguite più sezioni (8 per ogni lungofiume) in punti differenti per avere una visione esaustiva delle diverse situazioni spaziali che si incontrano lungo il corso del fiume.

FIGURA 14.1
Mappa di Uster con gli interventi proposti

FIG. 14.1. Interventi proposti: la mappa evidenzia le zone in cui sono stati proposti gli interventi progettuali. Si tratta dell'area Schifflände (1), molo ubicato alla fine del percorso che conduce al lago, e dell'area Schulhausplatz (2), nella quale si trova l'edificio che ospita le scuole e un edificio con una residenza per anziani. Lo spazio è inserito lungo un percorso pedonale che collega il centro della città al cimitero e che interseca il percorso lungo il fiume Aabach (3), che attraversa la città da est a ovest.

FIGURA 14.2
Mappa di Lugano con gli interventi proposti

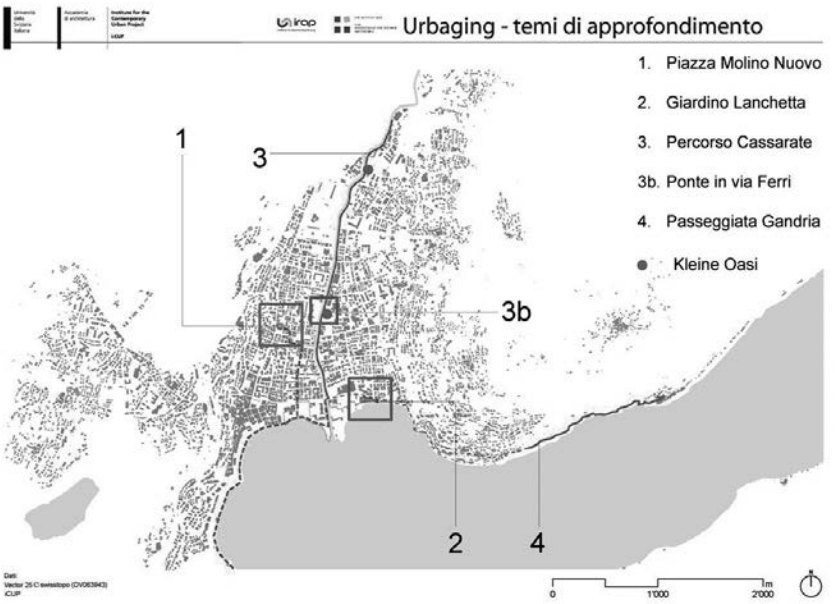


FIG. 14.2. Interventi proposti: la mappa evidenzia le zone in cui sono stati proposti gli interventi progettuali. Si tratta dell'area denominata Molino Nuovo (1), situata a nord del centro, collegata a un percorso che conduce direttamente al lungolago; del giardino Lanchetta (2) che si affaccia sul lago, di fianco a un'area attrezzata come molo per le barche; del percorso lungo il fiume Cassarate (3) che attraversa l'intera città e definisce l'asse nord-sud.

FIG. 14.3. Stato di fatto: il percorso lungo il fiume Aabach, che attraversa la città da est a ovest, è caratterizzato dall'assenza di continuità. Oggi non è possibile camminare lungo il corso del fiume a causa dell'assenza di un percorso chiaramente identificabile e della presenza di edifici privati che sono stati costruiti lungo l'argine.

FIGURA 14.3
Uster, sezione sul fiume Aabach, stato di fatto

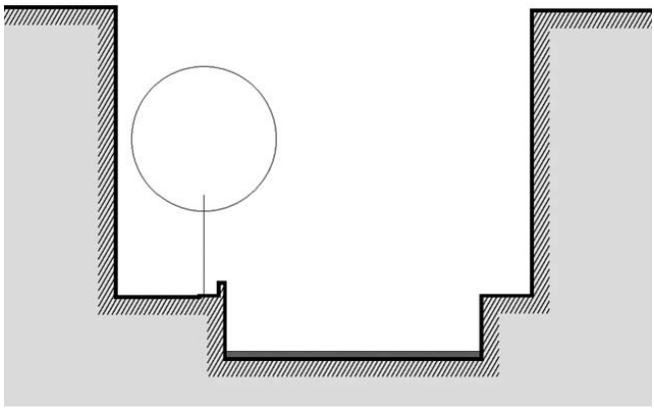


FIGURA 14.4
Uster, sezione sul fiume Aabach, proposta

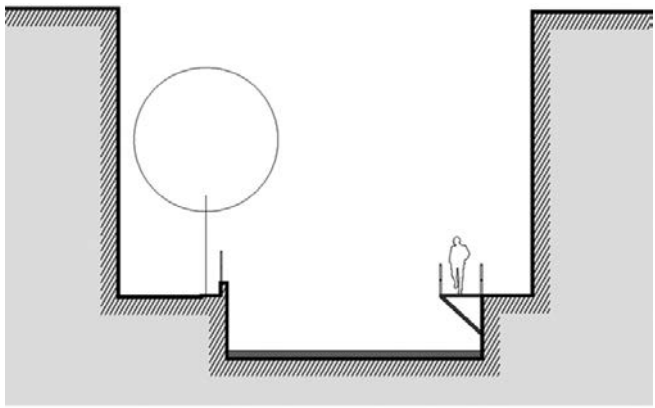


FIG. 14.4. Interventi proposti: ripristino della riconoscibilità del percorso grazie alla continuità della pavimentazione; ripristino della continuità del percorso mediante la costruzione di una passerella alloggiata sopra il letto del fiume; realizzazione di *Kleine Oasi* lungo il percorso (servizi igienici, luoghi di sosta,

fontane, panchine); costruzione di parapetti e corrimano al fine di garantire una maggiore sicurezza per i pedoni.

FIGURA 14.5
Lugano, sezione sul fiume Cassarate, stato di fatto

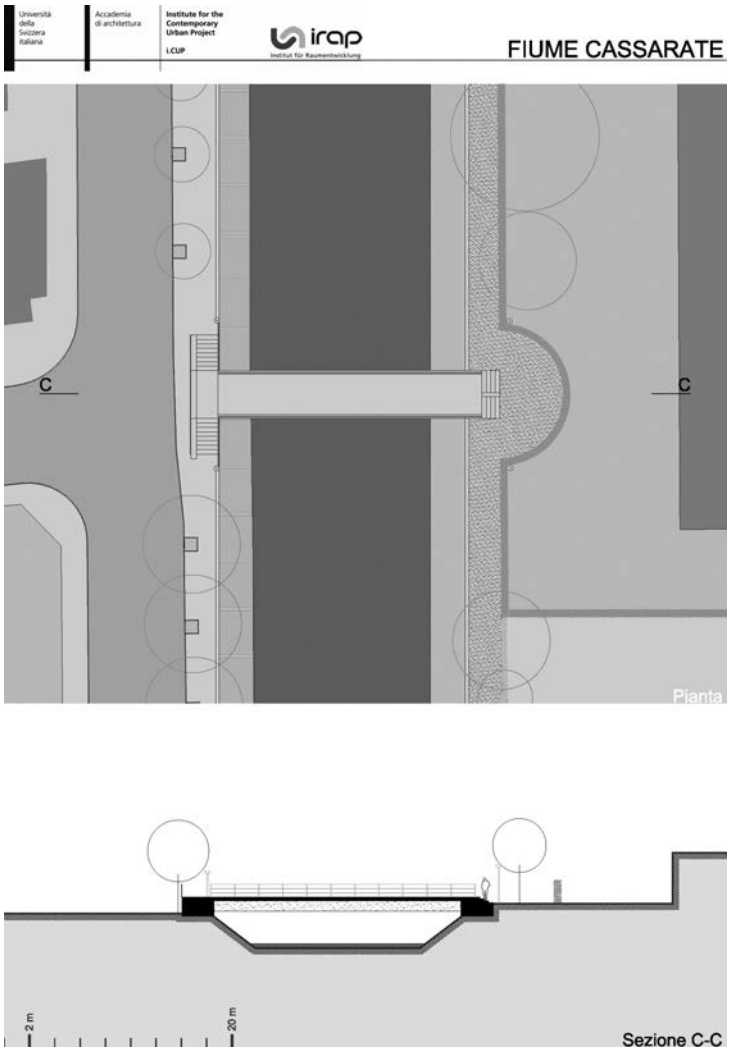


FIG. 14.5. Stato di fatto: il percorso lungo il fiume Cassarate (riva sinistra) attraversa la città, dalla periferia al centro, definendone l'asse nord-sud. Il percorso pedonale è angusto e scarsamente accessibile, ha una bassa connettività, è isolato e provoca un'elevata percezione di insicurezza. L'illuminazione pubblica è quasi assente, lungo il percorso non sono reperibili servizi igienici pubblici. È frequentato da podisti, ciclisti e persone con cani che spesso non sono tenuti al guinzaglio, fatti che contribuiscono ad aumentare la percezione di insicurezza. Lungo il percorso ci sono alcuni ponti; quello in via Ferri (vedi sez. C-C) presenta importanti barriere architettoniche.

FIGURA 14.6
Lugano, sezione sul fiume Cassarate, proposta

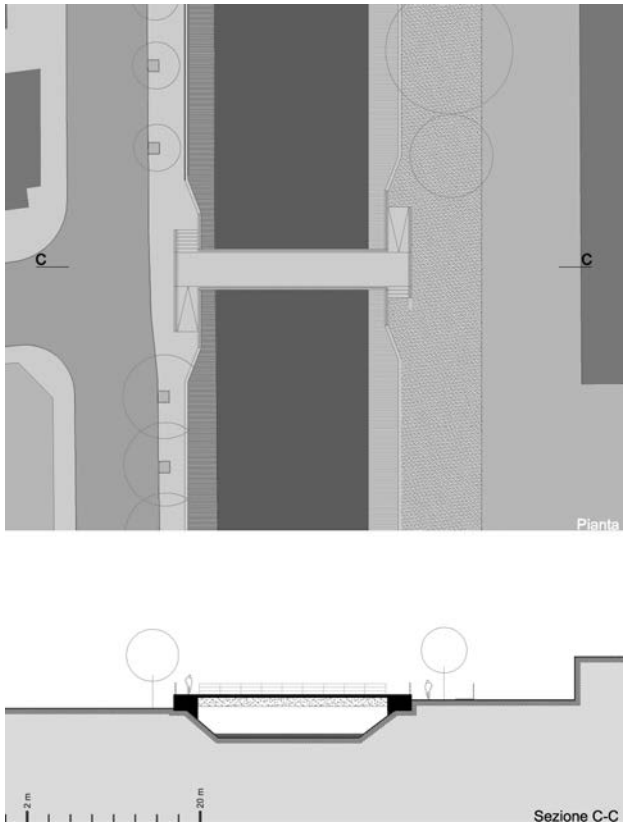


FIG. 14.6. Interventi proposti: eliminazione delle barriere architettoniche mediante la sostituzione dell'attuale ponte con uno munito di rampe di collegamento così da permettere l'attraversamento anche a disabili e carrozzine, potenziando la connettività tra riva destra e riva sinistra; allargamento della sezione destinata al percorso pedonale (spostamento, dove possibile, della ramina o delle siepi); miglioramento e potenziamento dei dispositivi di illuminazione; realizzazione di *Kleine Oasi* lungo il percorso (servizi igienici, luoghi di sosta, fontane, panchine); piantumazione con alberi, che offrono ombra e riparo.

FIGURA 14.7
Uster, rilievo del Schifflände, stato di fatto

FIG. 14.7. Stato di fatto: Schifflände ospita un molo, e si trova alla fine del percorso che conduce al lago. Vi è collocata una fermata del trasporto pubblico e un piccolo esercizio pubblico (bar) che ha orari irregolari; l'illuminazione è scarsa e non ci sono servizi igienici. Si tratta di un'area caratterizzata da una forte irregolarità di frequenza legata alla stagionalità e alle condizioni meteorologiche.

FIGURA 14.8
Uster, rilievo del Schifflände, proposta

FIG. 14.8. Interventi proposti: aumentare l'intensità di uso in bassa stagione e in caso di avverse condizioni atmosferiche grazie a una migliore prestazione di servizi (bar, ristorante); dotare lo spazio di strutture per eventi temporanei (manifestazioni); migliorare l'illuminazione; creare una *Kleine Oasi* e aumentare la quantità delle panchine; rafforzare il collegamento con il centro e migliorare la percezione dello spazio.

FIGURA 14.9
Lugano, giardino Lanchetta, stato di fatto

FIG. 14.9. Stato di fatto: il giardino Lanchetta è uno spazio pubblico vicino al lago dove è situato un molo per le imbarcazioni private. È l'unico spazio pubblico di Lugano che ospita un bar/ristorante che si affaccia direttamente sul lago, ha un grande potenziale che potrebbe renderlo più popolare. Si tratta di uno spazio attrezzato con un parco giochi e un bagno pubblico sotterraneo.

FIGURA 14.10
Lugano, giardino Lanchetta, proposta

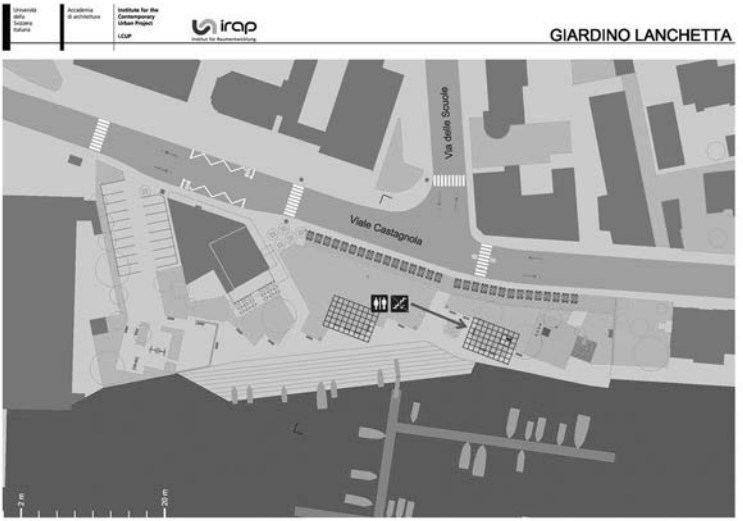


FIG. 14.10. Interventi proposti: creazione di una *Kleine Oasi* e sostituzione del bagno pubblico sotterraneo (non utilizzato) con uno al piano terra; costruzione di un pergolato per fornire rifugio e protezione; creazione di una "barriera verde" per aumentare il senso di sicurezza, proteggere l'area dai rumori del traffico, pur consentendo la visibilità del lago dalla strada; posizionamento di alberi in speciali vasche destinate a essere utilizzate anche come panchine; aumento della connettività del sistema pedonale collegando gli spazi principali della rete dei percorsi esistenti.

FIGURA 14.11
Uster, Schulhausplatz, stato di fatto

FIG. 14.11. Stato di fatto: spazio su cui affaccia una scuola e una residenza per anziani. È inserito lungo un percorso pedonale che collega il centro della città verso il cimitero. C'è un ristorante, ma l'intensità di utilizzo del luogo è bassa.

FIGURA 14.12
Uster, Schulhausplatz, proposta

FIG. 14.12. Interventi proposti: aumentare il mix funzionale (alloggi, attrezzature, servizi) per sviluppare le imprese, la vita, l'animazione; sfruttare la presenza della scuola e la residenza per gli anziani per favorire lo spazio e le attività intergenerazionali che promuovano gli incontri (compresi i giochi mobili per bambini e adulti); aumentare il numero di panchine con schienale e braccioli; inserire una *Kleine Oasi* con una toilette, la presenza di una vasca di acqua, verde e un pergolato per fornire rifugio e protezione; migliorare la qualità e la quantità dell'illuminazione.

FIGURA 14.13
Lugano, piazza Molino Nuovo, stato di fatto

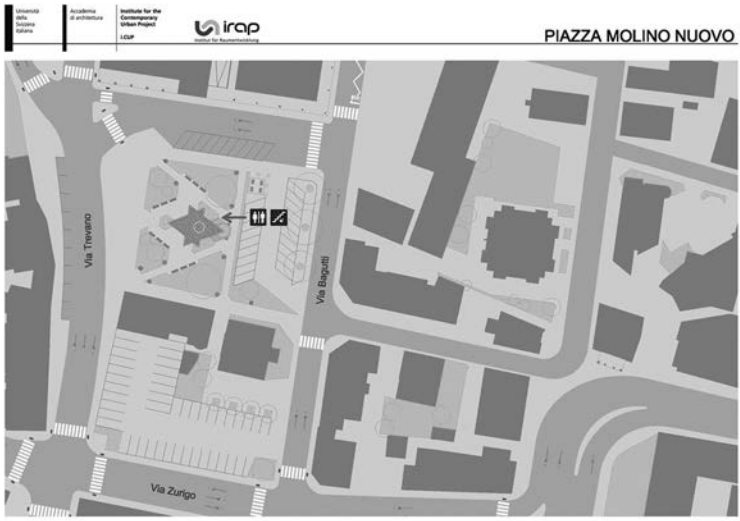


FIG. 14.13. Stato di fatto: Piazza Molino Nuovo non è percepita dalla popolazione come una vera e propria piazza. È di difficile accesso, circondata su tre lati da strade con traffico intenso. Una grande fontana si trova nel centro della piazza, i suoi rumori e la posizione non facilitano la conversazione. Sotto la fontana c'è un bagno pubblico (non utilizzato). La quantità di panchine e spazi verdi è considerata insufficiente. Parte della superficie è utilizzata come parcheggio, la presenza di auto è percepita come un fastidio.

FIGURA 14.14
Lugano, piazza Molino Nuovo, proposte

FIG. 14.14. Interventi proposti: eliminazione del parcheggio in superficie, con la costruzione di uno sotterraneo; eliminazione della fontana, sostituita da una superficie piana d'acqua che definisce lo spazio; diversi pavimenti (pavimenti in legno/permeabili) per caratterizzare lo spazio e consentire varie attività e la costruzione di aree per il gioco; creazione di una "barriera verde" per aumentare il senso di sicurezza e per proteggere l'area dai rumori del traffico; sostituzione del bagno pubblico sotterraneo esistente con servizi al piano terra; fare in modo che si possano realizzare eventi temporanei; favorire l'intensità d'uso grazie alla presenza di bar e piccoli negozi al piano terra.

14.3
Conclusioni

La ricerca ha permesso di evidenziare l'importanza del lavoro interdisciplinare negli studi urbani; pur senza compromettere l'integrità dei singoli campi del sapere, esso apre nuove prospettive di mutuo arricchimento. Da questo punto di vista il progetto architettonico e quello urbano rappresentano lo strumento chiave per convogliare e formalizzare una parte importante dei contributi più

teorici migliorando la qualità dello spazio urbano[15]. Lo spazio pubblico svolge un ruolo centrale nella definizione della qualità della vita degli abitanti[16]. La sua progettazione risulta pertanto come uno dei fattori chiave per il miglioramento degli spazi urbani[17]; a questo proposito è auspicabile una maggiore attenzione alla qualità di forme complesse di spazio pubblico in grado di coinvolgere anche attività del settore privato come il commercio o i servizi. La sfida del progetto urbano è quella di includere anche forme di spazio privato o condominiale[18].

La ricerca ha inoltre potuto evidenziare l'importanza del modo nel quale sono collegati gli spazi privati e gli spazi pubblici, oltre alla rilevanza del tema del percorso[19]. La riflessione sull'adeguatezza dello spazio pubblico in una società in rapido invecchiamento pone il problema della risposta ai bisogni sociali e alla crescente richiesta di servizi di sostegno alla terza età[20]. A questo proposito la questione dello spazio costruito pone il tema della rilevanza sociale dei rapporti intergenerazionali, la promozione dei quali deve essere uno degli obiettivi del progetto urbano. Qualità come l'intensità delle attività urbane, la sicurezza, la connettività, il comfort e l'accessibilità sono i presupposti per la creazione di spazi pubblici di qualità, dinamici e in grado di promuovere il benessere fisico e sociale dei cittadini.

Note

1. La ricerca è stata condotta dall'i.CUP (Institute for the Contemporary Urban Project) dell'Accademia di architettura USI e dall'IRAP (Institut für Raumentwicklung) della Scuola universitaria professionale di Rapperswil tra il 1° gennaio 2007 e il 31 dicembre 2008, nell'ambito del "Programma nazionale 54 per lo sviluppo sostenibile dell'ambiente costruito" (PNR 54) del Fondo nazionale per la ricerca scientifica. Per dettagli puntuali relativi al progetto, si veda l'articolo di M. Martinoni, A. Sartoris, *Criteri della città per gli anziani? Semplificare la complessità per agire concretamente*, pubblicato in questo volume.

2. Un cambiamento di questa tendenza può portare dei benefici significativi, come ad esempio una sensibile riduzione dei costi relativi alla cura degli anziani e il miglioramento generale della loro qualità di vita.

3. Nations Unies, *Report of the Second World Assembly on Ageing (Madrid, 8-12 April 2002)*, United Nation, New York 2002; Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, *World Population Ageing 2007*, United Nation, New York 2007; C. Lalive d'Epinay *et al.*, *Atlas suisse de la population âgée*, Réalités sociale, Lausanne 1998; Ufficio federale di statistica, *Croissance de la population et vieillissement démographique: perspectives pour l'avenir hypothèses et résultats des scénarios démographiques de la Suisse 2005-2050*, OFS, Neuchâtel 2006; G. P. Torricelli, M. Martinoni, *L'invecchiamento in Ticino: riflessioni su una società urbana in transizione*, in "Forum", 2, 2007, pp. 73-8; N. Eberstadt, H. Groth, *Europe's Coming Demographic Challenge*

Unlocking the Value of Health, AEI Press, Washington DC 2007; P. Wanner, *Ages et générations: la vie après 50 ans en Suisse*, Office Fédéral de la Statistique, Neuchâtel 2005.

4. F. Höpflinger, A. Stuckelberger, *Alter anziani vieillesse – Principali risultati e prospettive del programma nazionale di ricerca PNR 32*, SNF, Bern 1999.

5. J. Yerpez (éd.), *La ville des vieux: recherche sur une cité à humaniser*, Ed. de l'Aube, La Tour d'Aigues 1998.

6. F. Höpflinger, V. Hugentobler, *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse observations et perspectives*, Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg 2006.

7. P. Caputo (a cura di), *Le architetture dello spazio pubblico: forme del passato forme del presente*, Electa, Milano 1997; A. Di Franco, *Città e spazio pubblico*, CLUP, Milano 2005; B. Vranckx (ed.), *Urban Landscape*, Rockport, Gloucester 2006.

8. J. Borja, Z. Muxí, *El espacio público: ciudad y ciudadanía*, Diputació de Barcelona, Electa, Barcelona-Milano 2003.

9. IRAP – Institut für Raumentwicklung, Istituto per lo sviluppo territoriale della SUP di Rapperswil.

10. Per una visione più attuale abbiamo avuto anche accesso all'*up-to-date* (2006 e 2007) dei dati comunali della popolazione.

11. Imprese svizzere censimento: 2001-05.

12. Per esteso nella FIG. 10.7 del contributo di Martinoni e Sartoris in questo stesso volume.

13. J. Gehl, L. Gemzøe, *New City Spaces*, The Danish Architectural Press, Copenhagen 2001; Idd., *Public Spaces – Public Life, Copenhagen 1996*, Danish Architectural Press, Copenhagen 1996.

14. R. Wallach, *La strada. Elemento costitutivo della qualità urbana*, Gangemi, Roma 2000; I. Moro, G. Haeny, *Un espace public pour tous – Guide pour une planification cohérente*, Equiterre, Genève 2007.

15. J. Acebillo *et al.*, *La nuova Lugano, visions, challenges and territory of the city*, Università della Svizzera italiana, Accademia di architettura, Mendrisio 2008.

16. J. Acebillo, *Struttura e significato dello spazio urbano*, in M. C. Tullio (a cura di), *Spazi pubblici contemporanei. Innovazione e identità a Barcellona e in Catalogna*, Quaderni di AU, Roma 1989, pp. 28-36; E. Sassi, M. Martinoni, *La città degli anziani*, in "Memore", 3, 2008, pp. 20-1; J. Acebillo, *Urbaging: Designing Urban Space for an Ageing Society*, Final Scientific Report to the Swiss National Science Foundation, Mendrisio 2009.

17. R. Wallach, *Il bisogno di città*, Edizioni Kappa, Roma 2005; A. Jacobs, *Great Streets*, The MIT Press, Cambridge 1993; P. Favole, *Strade Urbane – Architettura e arredo*, Tecniche Nuove, Milano 2007; A. Aymonino, V. P. Mosco, *Spazi pubblici contemporanei – Architettura a volume zero*, Skira, Milano 2006.

18. C. Schittich (ed.), *Housing for People of All Ages: Flexible, Unrestricted, Senior-Friendly*, Birkhäuserl, Basel-Boston-Berlin 2007.

19. Z. Çelik *et al.* (eds.), *Streets. Critical Perspective on Public Space*, University of California Press, Berkeley 1994. Più in generale sul tema della forma e sulla progettazione degli spazi pubblici cfr. M. C. Childs, *Squares: A Public Place Design Guide for Urbanists*, University of New Mexico Press, Albuquerque 2004; J. Krauel, *New Urban Elements*, Carles Broto i Comerma, Barcelona 2007; Id., *Street Furniture*, Carles Broto i Comerma, Barcelona 2007.

20. Federal Council, *Strategia in materia di politica della vecchiaia*, CF, Bern 2007.

Gli autori

Emilia Arcaleni, ISTAT e Dipartimento di Studi sociali ed economici, attuariali e demografici, Sapienza Università di Roma.

Barbara Baldazzi, ISTAT e Sapienza Università di Roma, Metodi di ricerca per l'analisi del mutamento socio-economico.

Michela Barbot, Dipartimento di Analisi istituzionale e management pubblico, Università Luigi Bocconi, Milano.

Elizabeth Brooks, University of Newcastle, School of Architecture.

Maria Grazia Calzolari, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

Jacopo Gresleri, Dipartimento di Architettura, Università degli Studi di Ferrara.

Anne-Lise Head-König, Département d'Historie économique, Université de Genève.

Luigi Lorenzetti, Accademia di architettura, Università della Svizzera italiana, Mendrisio.

Davide Marconi, Ufficio federale dello sviluppo territoriale, Berna.

Marcello Martinoni, Accademia di architettura, Università della Svizzera italiana, Mendrisio.

Dominique Mathieu-Huber, Université de Technologie de Compiègne Génie des Systèmes urbains.

Elena Molteni, Accademia di architettura, Università della Svizzera italiana, Mendrisio.

Igor Moro, Commune de Vernier (Suisse), Services Techniques, Mobilité et Développement Durable.

Rita Pezzati, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana SUPSI, Facoltà Medica, e Università Bicocca di Milano, Facoltà Medica

Alice Rouyer, Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités Sociétés Territoires LISST, Centre Interdisciplinaire d'Etudes Urbaines, Université de Toulouse II, Le Mirail.

Vittoria Rusconi, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

Alma Sartoris, IRAP – Institut für Raumentwicklung, HSR – Hochschule für Technik, Rapperswil (Svizzera).

Enrico Sassi, Accademia di architettura, Università della Svizzera italiana, Mendrisio.

Elena Svalduz, Dipartimento di Architettura, urbanistica e rilevamento (DAUR), Facoltà di Ingegneria, Università degli Studi di Padova.

Jean-François Tanguy, Département d'Histoire, Université de Haute-Bretagne, Rennes.

Stefano Zaggia, Dipartimento di Architettura, urbanistica e rilevamento (DAUR), Facoltà di Ingegneria, Università degli Studi di Padova.