

**ABITARE L'ITALIA
TERRITORI, ECONOMIE, DISEGUAGLIANZE**



XIV CONFERENZA SIU - 24/25/26 MARZO 2011

**Bricocoli M., Marchigiani E. Città e cambiamento demografico.
Esercizi di trasformazione per la città
pubblica del futuro**

www.planum.net
ISSN 1723-0993

Città e cambiamento demografico. Esercizi di trasformazione per la città pubblica del futuro

Massimo Bricocoli, Dipartimento di Architettura e Pianificazione, Politecnico di Milano, e-mail
massimo.bricocoli@polimi.it

Elena Marchigiani, Dipartimento di Ingegneria Civile e Architettura, Università degli Studi di Trieste, e-mail: emarchigiani@units.it

Abstract

L'innalzamento dell'età media, accompagnato dal declino della popolazione giovane e in età lavorativa, segnerà in modo sempre più significativo il profilo delle città europee.

In Italia l'aumento di anziani e grandi anziani trova i suoi picchi nelle aree urbane, raggiungendo livelli ancora più elevati nei quartieri di edilizia pubblica. In queste parti consistenti delle nostre città appaiono già evidenti gli effetti di tali dinamiche in termini di domande di politiche socio-sanitarie e progetti di riassetto degli spazi interni ed esterni all'alloggio. Troppo spesso, tuttavia, le soluzioni proposte rivelano l'incapacità (o la scarsa volontà) di affrontare la complessità e la pervasività del problema.

Allineandosi con i paesi europei più avanzati, Trieste costituisce un'eccezione. Qui percorsi di supporto all'autonomia delle persone anziane sono stati contrapposti all'istituzionalizzazione delle soluzioni assistenziali e abitative, trovando sostegno in argomenti relativi sia all'impoverimento della qualità sociale e agli effetti disabilitanti che l'istituzionalizzazione produce, sia alla valutazione dei costi eccessivi e non sostenibili che essa impone alla finanza pubblica.

Ma l'obiettivo di creare condizioni capaci di garantire il più a lungo possibile la permanenza delle persone anziane nella propria abitazione rende necessario attivare con urgenza ulteriori sperimentazioni e percorsi di ricerca. Nell'ottica della costruzione di un nuovo welfare space, acquistano importanza l'esplorazione di inedite sinergie tra politiche socio-sanitarie e progetto urbanistico, l'individuazione degli interventi da mettere in campo sul contesto edilizio e urbano per dare luogo a diversi modi di abitare alloggi e spazi aperti, per rispondere a una domanda plurale di servizi, per affrontare i temi complessi della convivenza di stili di vita ed esigenze di diverse fasce di età.

Parole chiave

Cambiamento demografico, città pubblica, azione pubblica, diseguaglianze, spazi e progetti inclusivi, servizi, salute, welfare space

1. Segregare e specializzare non è una soluzione

I cambiamenti demografici sono tra quelli più rilevanti e urgenti che le città europee saranno chiamate ad affrontare nell'immediato futuro¹. Oltre alle dinamiche di migrazione e immigrazione, il riferimento è in particolare ai processi di invecchiamento. L'innalzamento dell'età media, accompagnato dal declino della popolazione giovane e in età lavorativa, segnerà in modo sempre più significativo il profilo delle nostre società, con effetti importanti – e, a nostro parere, ancora fortemente sottovalutati in Italia – sull'organizzazione dell'abitare.

In diversi paesi europei la consistenza del declino demografico e dell'invecchiamento della popolazione in aree suburbane e rurali già pone problemi rilevanti all'organizzazione e all'accesso ai servizi da parte di persone a mobilità ridotta. Anche in Italia si evidenziano situazioni critiche nelle aree segnate da spopolamento, come la montagna, o in quelle dove, ad esempio, i principi insediativi della città diffusa hanno finora contato su forme di organizzazione della vita quotidiana fortemente dipendenti dalla mobilità individuale su mezzo privato. Forme concretizzate in modelli abitativi (abitazioni unifamiliari o a schiera) che richiedono un investimento di risorse economiche e personali spesso non più disponibili in tempi di crisi e di età avanzata.

¹ Le proiezioni indicano per i 27 stati membri della UE che, tra il 2008 e il 2060, l'età media crescerà da 40.4 anni a 47.9; la quota di popolazione over 65 aumenterà dal 17.1% al 30.0% e il valore assoluto da 84.6 milioni a 151.5; la popolazione over 80 è indicata in crescita da 21.8 milioni a 61,4 (Giannakouris, 2008).

A questo scenario corrispondono processi – registrati con evidenza in molti paesi dell'Europa centrale e settentrionale – in cui l'invecchiamento della popolazione nelle aree urbane centrali, già di per sé più rilevante per condizioni pregresse, sta diventando via via più marcato proprio per la consistente quota di popolazione anziana che decide di lasciare situazioni abitative extraurbane e di fare ritorno in città (Schüller *et al.*, eds., 2009; Siebel, ed., 2004; Id., 2010).

Questo contributo intende, in primo luogo e in termini generali, segnalare la rilevanza di una riflessione sulle implicazioni che il cambiamento demografico (e l'invecchiamento della popolazione in particolare) avrà, nel prossimo futuro, in termini di riassetto dei contesti urbani. Un ulteriore ambito di riflessione che ci sembra importante approfondire è quello relativo all'organizzazione dell'abitare della popolazione anziana.

È evidente che il mercato delle strutture abitative per anziani è in forte crescita in molti paesi e apre a scenari in cui l'abitare si dispiega in strutture specializzate, chiuse all'ambiente esterno, con effetti di riduzione dell'autonomia delle persone. Questo nonostante il diffondersi di tali strutture venga contrastato nel dibattito e nelle politiche a partire da diversi assunti. Da un lato, mentre l'argomento del "mix sociale" è spesso avanzato laddove si decida di realizzare una struttura residenziale (per anziani come per studenti), esso è di fatto smentito dal carattere introverso e separato di queste istituzioni, che pone in evidenza effetti significativi in termini di creazione di mondi di vita a sé stanti e di soluzioni inadeguate di governo della convivenza (Bifulco, a cura di, 2005). Dall'altro, il contrasto all'istituzionalizzazione residenziale si fonda su un complesso di considerazioni riguardanti la povertà della qualità sociale e la progressiva incapacitazione indotta, a fronte dei costi assai elevati di produzione e gestione delle strutture stesse. Argomenti, questi ultimi, che nei contesti più maturi hanno portato a riforme importanti e a provvedimenti legislativi che hanno decretato l'eliminazione di strutture residenziali speciali (è stato il caso dei manicomi e poi degli orfanotrofi in Italia; è il caso delle case di riposo per anziani nei paesi scandinavi), in una prospettiva di de-istituzionalizzazione e di promozione della salute nel territorio (Goffmann, 1961; Basaglia, 2005; de Leonardis 1990; Rotelli, 1999). Sulla stessa linea e in base a considerazioni centrate sui costi elevati per il sistema sanitario si sono orientate le politiche di molti paesi, come la Gran Bretagna, in cui avanzano programmi per la riduzione dell'ospedalizzazione e il supporto a una riorganizzazione degli ambienti di vita che consenta la permanenza nella propria abitazione e l'autonomia (Hillcoat-Nallétamby *et al.*, 2010). Un simile ri-orientamento delle politiche è parimenti sostenuto dalle stesse compagnie assicurative che coprono i costi del servizio sanitario e che si misurano direttamente con l'insostenibilità economica di un approccio centrato su strutture speciali per l'assistenza e la residenza. Si tratta di considerazioni che mettono peraltro in risalto come il trattamento specializzato e differenziale dell'abitare della popolazione anziana, proprio per i costi elevati, introduca fattori di forte polarizzazione e di esclusione di un'ampia fascia di persone che si trova in condizioni economiche svantaggiate, priva delle risorse necessarie per accedere a tali strutture laddove queste siano l'unica soluzione prospettata.

La portata tutt'altro che trascurabile delle argomentazioni critiche non ha tuttavia frenato l'espansione, in alcune regioni e città italiane, dell'attività redditizia legata allo spostamento della popolazione anziana in grandi residenze specializzate, la cui realizzazione e gestione viene sempre più frequentemente affidata a soggetti privati e la cui soglia economica di accesso provoca forti discriminazioni. È questo certamente il caso del modello lombardo, connotato da politiche socio-sanitarie che, in nome della sussidiarietà e del neoliberalismo, vanno delineando la costruzione di un campo per l'azione pubblica in cui i soggetti privati sono gli erogatori, attraverso la formula della convenzione, della maggior parte dei servizi (Carabelli, Facchini, 2010). All'interno di tale modello, le soluzioni avanzate dal mercato per l'abitare della popolazione anziana tipicamente si concretizzano in residenze specializzate che – unitamente a quelle per studenti – si ritrovano, ad esempio, in molte delle aree di trasformazione urbana della città di Milano. Numerosi sono qui i cantieri e le realizzazioni di strutture che, sostenute dalle virtù di una generica accezione di mix sociale, vengono replicate secondo configurazioni, tipologie edilizie e assetti organizzativi assolutamente indifferenti al contesto spaziale e sociale (Bricocoli, Savoldi, 2010). Ancora eccezionali appaiono, d'altra parte, le situazioni che, allineandosi con i paesi europei più avanzati, contrappongono all'istituzionalizzazione delle soluzioni assistenziali e abitative l'attivazione di percorsi di supporto all'autonomia. Tra di esse vi è il caso del Friuli Venezia Giulia e di Trieste che, entro una certa tradizione di analisi delle politiche socio-sanitarie, è già stato assunto quale modello di riferimento contrapposto a quello lombardo (Monteleone, a cura di, 2007).

2. Lo spazio conta

Nell'ambito di una riflessione sui processi e sulle condizioni in cui si producono e riproducono forme di convivenza urbana e diseguaglianze, gli effetti indotti dagli orientamenti delle politiche socio-sanitarie acquistano una notevole importanza. Anche in relazione alla consistenza delle risorse economiche messe in campo (European Commission-Economic and Financial Affairs Directorat General, 2009) e alla direzione che queste imprimono all'organizzazione spaziale dei servizi (siano essi specializzati e chiusi al contesto, o territorializzati e orientati alla promozione e al supporto delle *capabilities* locali), appare evidente la necessità di un ragionamento più accurato sugli intrecci e sulle interconnessioni ancora poco esplorati tra politiche socio-sanitarie, urbanistiche e progetti di trasformazione urbana. Una prospettiva, questa, che acquista

particolare rilievo in una situazione, come quella attuale, in cui i finanziamenti non sono disponibili in formula straordinaria, ma vanno individuati attraverso la re-direzione e la riconversione di risorse e politiche già esistenti.

A fronte della centralità che nelle politiche e nei programmi promossi dalla Commissione Europea viene assegnata ai temi legati al cambiamento demografico (European Commission, 2010a, b), in Italia ancora poche ci appaiono le esperienze concrete, così come ridotto sembra essere l'interesse disciplinare per l'esplorazione delle ampie e complesse ripercussioni che tali dinamiche avranno sulle condizioni di vita urbana, sulle domande di trasformazione dell'ambiente costruito, delle politiche abitative e di *welfare*. Ma non solo. La posizione del Governo, espressa nel 2009 in un Libro Bianco di emanazione ministeriale, dichiaratamente supporta il ridimensionamento della responsabilità collettiva, a favore di una delega ai cittadini e di un disegno di privatizzazione senza mediazione istituzionale delle principali sfere dell'azione pubblica (come, appunto, le politiche abitative e per la salute)². Orientamenti di cui le esperienze lombarde già evidenziano gli effetti discriminatori: «spostare sul mercato parti significative del welfare [...] mentre non solo non risolve ma aggrava i problemi di *iniquità* facendo crescere esponenzialmente le disuguaglianze, non risolve nemmeno i problemi di *efficienza*»; «pensare di rimettere in discussione il primato dell'offerta pubblica nei beni sociali basilari» significa infatti dimenticare «che in questi campi non si interviene per modificare mercati perfettamente funzionanti, ma proprio per correggere le distorsioni derivanti dal cattivo o mancato funzionamento di mercati "incompleti", addirittura inesistenti», o che, «quand'anche esistenti, spesso operano a costi e prezzi maggiori di quelli che sarebbero teoricamente efficienti (Granaglia, 2001)» (Pennacchi, 2009, pp. 358-359).

Lungi dal costituire una soluzione ai problemi che i cambiamenti demografici oggi pongono all'azione pubblica, il banale ricorso a percorsi di istituzionalizzazione residenziale e di privatizzazione dei servizi rivolti agli anziani concretamente corre, a nostro avviso, il rischio di produrre impoverimento della qualità sociale delle città, effetti disabilitanti per le persone, oltre a costi eccessivi e insostenibili per enti pubblici (comunque chiamati a supportare i privati) e cittadini. Impatti e costi che potrebbero essere ridotti lavorando piuttosto sulla promozione della permanenza prolungata presso la propria abitazione e sulla sperimentazione di una più stretta integrazione tra politiche socio-sanitarie e abitative, processi di riqualificazione degli spazi dell'abitare quotidiano (Rubinstein, Parmelee, 1992). Questo a partire dai contesti in cui le dinamiche di invecchiamento stanno diventando più consistenti e che, in Italia, di frequente coincidono con i quartieri di edilizia pubblica.

Qui particolarmente evidenti sono oggi le disuguaglianze indotte nelle prospettive di vita della popolazione anziana dal dispiegarsi di specifiche modalità di trattamento da parte delle politiche pubbliche. Nella città pubblica risultano concretamente valutabili gli esiti dell'applicazione di un dispositivo di discriminazione positiva nella selezione degli abitanti: condizioni anagrafiche, economiche e di salute/assistenza costituiscono i fattori che più pesano sulle graduatorie, contribuendo alla concentrazione di persone anziane spesso in situazioni di multiproblematicità. Una concentrazione ulteriormente accentuata dalle difficoltà di cambiare alloggio derivanti da una disponibilità ridotta di edilizia pubblica: le persone invecchiano nella propria casa, nonostante essa si configuri sempre meno adeguata e rispondente a condizioni familiari e di salute ormai mutate.

D'altra parte, come vedremo, mettere sotto osservazione contesti di residenza pubblica caratterizzati da una rilevante proporzione di abitanti anziani sollecita a considerare la necessità di non ricondurre il trattamento dei cambiamenti demografici – dal punto di vista dell'erogazione dei servizi e di configurazione/riconfigurazione degli spazi dell'abitare – a modelli univoci e normalizzati con l'avanzare dell'età. Più che livellarsi, le differenze tendono piuttosto ad aumentare nella seconda metà della vita, invitando a prendere in considerazione soluzioni apprezzabili da una più ampia varietà di popolazioni (Huber, ed., 2008). Domande diversificate nei confronti dell'ambiente urbano, unitamente all'importanza assegnata ai luoghi della mobilità, dell'incontro e del tempo libero, riportano con forza al centro dell'attenzione i temi della qualità sia degli spazi dello stare in pubblico (e non solo dell'alloggio) sia dei servizi, sottolineando la necessità di un loro ripensamento in rapporto a una pluralità di utenti/condizioni. Si tratta di temi che nella città pubblica attengono a un'idea di *welfare* finora troppo spesso trattata in maniera

² Per quanto attiene in particolare alle politiche sanitarie e socio-assistenziali, nel *Libro Bianco* del 2009, l'enfasi fuorviante posta sulla centralità della persona e sulla presunta libertà di scelta offerta dalla creazione di mercati competitivi, si accompagna a enunciati in palese controtendenza rispetto alle riflessioni e alle esperienze più avanzate. «L'integrazione socio-sanitario-assistenziale è il principio cardine per garantire il passaggio da un *Welfare* assistenziale a un *Welfare* delle responsabilità condivise. [...] Nella dimensione territoriale acquisiscono un ruolo crescente i servizi di assistenza domiciliare, le residenzialità extra ospedaliere per non autosufficienti disabili, anche con formule innovative, quali gli ospedali di comunità e gli *hospice* per i pazienti oncologici». E ancora «il miglioramento della attesa di vita ha contribuito alla crescita della fascia anziana della popolazione. Il *Welfare* delle opportunità si deve porre il problema di come utilizzare questo potenziale di capitale umano nella maniera migliore e di come provvedere ai bisogni di questa popolazione anziana, soggetta a maggiori incapacità e malattie e a rischio di emarginazione sociale. [...] La permanenza nel mercato del lavoro rappresenta la strategia centrale per combattere il disagio sociale ed economico. [...] Nondimeno, occorrono interventi di carattere assistenziale in favore della quarta età. [...] Nel nostro Paese la condizione dell'anziano è ancora fortemente sostenuta da una tenuta delle relazioni familiari più solida che in altri Paesi. Questo legame va incoraggiato e alimentato. [...] La costituzione di un apposito strumento finanziario dedicato alle persone non autosufficienti è un passaggio importante per rispondere ai loro bisogni» (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2009, pp. 34-35, 50,-51).

ridotta, istituzionalizzata/istituzionalizzante, la cui inadeguatezza oggi sollecita un ripensamento dei modi del fare azione pubblica nella direzione della costruzione di *welfare space* (Munarin, 2009); un *welfare* connotato dall'assegnazione allo spazio di una rinnovata centralità proprio in quanto fattore di salute e di benessere³. L'obiettivo di creare condizioni capaci di garantire il più a lungo possibile la permanenza delle persone anziane nella propria abitazione rende in sostanza urgente l'attivazione di esplorazioni e percorsi di ricerca che riposizionino il ruolo che la riorganizzazione dell'ambiente fisico può avere nell'innovare la concezione dei servizi alla persona e le politiche di promozione della salute in una prospettiva di riduzione delle ineguaglianze (Barton *et al.*, 2003; Hillcoat-Nallétamby *et al.*, 2010). Politiche che siano in grado di mettere in campo interventi integrati sul contesto abitativo e urbano, a partire da una riflessione su diversi modi di abitare alloggi e spazi aperti, sulle relazioni di convivenza/conflitto tra stili di vita ed esigenze di diverse fasce di età, sulla domanda di attrezzature collettive, progetti e servizi che possano garantire l'autonomia delle persone, facendo fronte all'emergere di nuove forme (spesso diffuse e aphone) di disagio e povertà. Forme che trovano una peculiare concentrazione in quelle parti della città – come appunto i quartieri di edilizia pubblica – in cui la popolazione anziana appare maggiormente afflitta dall'incapacità (economica, ma non solo) di intervenire autonomamente sulla trasformazione del proprio alloggio/contesto di vita.

3. Trieste: condizioni al limite, esperienze di frontiera

È proprio il ritardo da noi registrato, soprattutto in Italia, nella ricerca e nella pratica urbanistica su questi temi ad averci, da alcuni anni, sollecitato a mettere sotto osservazione il territorio triestino quale campo di esplorazione e sperimentazione privilegiato, in cui indagare in modo ravvicinato le relazioni tra dinamiche di mutamento strutturale (come, appunto, quelle di natura demografica) e condizioni di vita urbana.

La peculiarità del caso studio, il suo carattere anticipatore di fenomeni che si vanno dispiegando sul territorio nazionale emergono con chiarezza da alcuni dati. Tra le province italiane, Trieste vanta la più alta percentuale di anziani oltre i 65 anni (30,2% della popolazione; la media nazionale si attesta sul 20%) e l'incidenza più elevata di residenti ultra ottantenni (11,2%; il valore medio in Italia sfiora il 6%); ugualmente rilevante è lo scarto nei valori relativi all'indice di vecchiaia, ossia al numero di anziani con più di 65 anni ogni 100 persone al di sotto dei 15 anni: 250 a Trieste, 144 in Italia (Istat, 2010; Mania, 2010).

I dati si fanno ancora più significativi se si circoscrive il campo di osservazione ai quartieri di edilizia pubblica: un patrimonio consistente di abitazioni gestite dall'Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale-ATER, dove attualmente vive il 9% della popolazione (circa 21.000 persone) e il 36% dei residenti in alloggi in affitto nell'intero territorio provinciale. Il 33% degli occupanti delle case ATER è over 65 (di essi, il 50% ha più di 75 anni); il 47% rientra nella fascia di reddito più bassa ed è costituito per la maggior parte da persone che vivono sole (Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale della provincia di Trieste, 2010).

La forte correlazione tra concentrazione di popolazione anziana e di “grandi anziani”, condizioni di solitudine, degrado ambientale e disagio economico concorrono a spiegare il crescente ricorso, nella città pubblica triestina, ai servizi sanitari e socio-assistenziali non solo in situazioni di acuzie, ma anche e soprattutto per cure e assistenza che si dispiegano sulla lunga durata. Qui, come in molti altri contesti ugualmente connotati da tassi elevati di invecchiamento della popolazione, il massiccio e progressivo aumento delle patologie croniche oggi si configura come una delle principali sfide per il sistema sanitario, dando evidenza alla crisi di sostenibilità economica e di efficacia di modelli di erogazione dei servizi prevalentemente incentrati su risposte mediche fornite da strutture specializzate.

È proprio la capacità di cogliere tale sfida e di tradurla nella costruzione di un nuovo *sistema di welfare locale* a costituire, per il contesto triestino, un ulteriore elemento di specificità e di rilevanza a livello europeo (Bifulco *et al.*, 2008). I presupposti di un atteggiamento fortemente innovativo possono essere rintracciati nell'esperienza basagliana di chiusura dell'ospedale psichiatrico (Rotelli, 1999), nel suo evolversi nella creazione di una rete di servizi sanitari che ha assunto il territorio, anziché gli spazi specializzati dei servizi, come proprio *setting*. Diversamente da quanto è avvenuto nel resto d'Italia, la costituzione dei distretti sanitari si è qui tradotta in un'occasione per disegnare un sistema di “postazioni territoriali”, con funzioni di riferimento e di regia per tutte le prestazioni attinenti alla salute dei cittadini, diverse e complementari a quelle ospedaliere (dal 1996 l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”-ASS1 costituisce un'entità separata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria). In coerenza con gli orientamenti espressi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'operato dell'ASS1 ormai da tempo si fonda su un'interpretazione della salute non tanto come assenza di malattia, bensì come condizione più generale e complessa di benessere fisico, mentale, sociale. Un'interpretazione che ha portato alla presa di distanza dalla segregazione in luoghi “altri dalla città” del trattamento delle patologie, a favore dell'assunzione di un approccio proattivo che lavora congiuntamente sulle/con le persone, sui loro contesti di vita, sulle relazioni sociali. Un approccio che ha spinto a rileggere il territorio non come semplice bacino d'utenza dei servizi, ma come fattore rilevante per lo stare bene, del quale i servizi non possono esimersi dal prendersi carico. Un approccio che ha in

³ Il ricorso a indici che misurino le condizioni di benessere al di là della misura consueta del prodotto interno lordo è stato oggetto, negli ultimi tempi, di studi e di acquisizioni rilevanti, così come affermato dal mandato assegnato dalla Repubblica Francese a Sen e Stiglitz o dai nuovi orientamenti del governo britannico (The Economist, 2010)

particolare connotato i modi con cui l'ASS1 si è recentemente confrontata con gli effetti della "rivoluzione demografica" in atto.

La volontà di concentrare l'attenzione sulle condizioni contestuali che contribuiscono ad alimentare una crescente domanda di cura ha specificamente orientato, nel 2005, l'avvio della fase sperimentale del progetto *Habitat-Microaree. Salute e sviluppo della comunità*, promosso dall'ASS1 in partnership con il Comune e l'ATER. L'operare congiunto e integrato di enti preposti all'erogazione di prestazioni normalmente trattate come settoriali è stato indirizzato da diversi obiettivi strategici, in primis l'ottimizzazione di azioni volte a garantire la permanenza delle persone anziane nella propria abitazione e a supportarne l'autonomia, quali pratiche mirate a contenere il ricorso a ricoveri ospedalieri e in case di riposo. La sperimentazione ha inizialmente coperto dieci "microaree" (oggi cresciute a quattordici, con la prospettiva di un ulteriore aumento): parti della città di Trieste, con una popolazione in media di mille abitanti (per lo più anziani), caratterizzate da una rilevante presenza di edilizia pubblica e da livelli particolarmente elevati di problematicità socio-sanitaria.

Habitat-Microaree si è configurato come un'importante occasione per modificare gli assetti organizzativi e le prassi ordinarie delle istituzioni coinvolte, favorendo un ri-orientamento delle politiche di *welfare* in una situazione di assoluta assenza di risorse straordinarie e di istanze di riduzione della spesa pubblica. La creazione, in ciascuna microarea, di una sede generalmente ricavata all'interno di un appartamento dell'ATER ha permesso la compresenza sul territorio e il dialogo tra diversi operatori: un referente per l'ASS (solitamente un infermiere), personale delle cooperative sociali ingaggiate da ATER e Comune, volontari esterni e residenti.

Per far fronte a una domanda di prestazioni sanitarie potenzialmente senza limiti si è proposto un radicale cambiamento di prospettiva: il cittadino non è stato più inteso come semplice consumatore passivo di prestazioni, bensì come portatore di risorse attivabili nella costruzione di un proprio progetto di ben-essere. In tal senso, l'avvicinamento dei servizi ai quartieri e ai loro abitanti ha consentito il dispiegarsi di un lavoro capillare di contatto diretto e di conoscenza approfondita di condizioni di salute e bisogni, a partire dal quale è stato possibile delineare un sistema articolato di forme di intervento, coordinare servizi diversi che agiscono sull'individuo e sulla famiglia, sulla riqualificazione e sulla gestione dello spazio fisico, nonché attivare occasioni di incontro e di socializzazione volte a riconoscere e a valorizzare le capacità presenti in ciascun contesto. L'intento di promuovere equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali si è tradotto nella costruzione di percorsi altamente personalizzati che, rifuggendo modalità standardizzate e "universalizzanti" di erogazione dei servizi, si sono in primo luogo concentrati sull'innalzamento del livello di qualità della vita quotidiana delle persone a più alta fragilità, come appunto gli anziani.

Per l'operatore pubblico i risultati positivi si sono rivelati particolarmente evidenti in termini non solo di miglioramento delle condizioni generali di salute, ma anche di abbattimento di alcuni importanti capitoli di spesa pubblica: tra il 2005 e il 2008, nelle microaree, il tasso di mortalità ha registrato una lieve inflessione (a fronte dell'invarianza del dato in città); più netta è stata la diminuzione del tasso di ospedalizzazione (-9%; il dato aziendale è -5%) che, unitamente al ridursi del numero di giornate di degenza, dà spazio all'ipotesi che il drastico calo dei ricoveri "sociali" degli anziani sia da imputarsi proprio all'attivazione di un set ampio e diversificato di cure alternative a domicilio, reso possibile dal ri-orientamento delle spese mediche e dalla riduzione dei costi indotti da un consumo inappropriato di farmaci.

4. Non è una città per vecchi

Le molte esperienze sviluppate da Habitat-Microaree nella città pubblica triestina hanno contribuito a rafforzare la consapevolezza che la possibilità di prolungare la permanenza delle persone anziane nella propria abitazione non dipenda solo dal loro stato di salute fisica e dalla prossimità/domiciliarità dei servizi, ma anche dalla configurazione spaziale dell'alloggio, dell'edificio, dell'intero quartiere. Per le azioni promosse dall'ASS1, "dai luoghi della cura alla cura dei luoghi" (de Leonardis, Monteleone, 2007) è così diventato un leitmotiv, teso a ribadire l'importanza e la strategicità del costruire intersezioni e interazioni tra politiche di *welfare* e azioni di riqualificazione dei contesti di vita, del lavorare sulla dimensione materiale degli spazi come ingrediente fondamentale nello sviluppo di progetti inclusivi. Progetti che consentano il dispiegarsi di percorsi di capacitazione delle molte risorse che le persone anziane (sempre più attive e propositive) sono spesso disposte a mettere in gioco se supportate da una rete territoriale di forme di cura e di assistenza.

È proprio la volontà di approfondire la riflessione sulle ripercussioni concrete che questi temi hanno sulle domande di riorganizzazione dello spazio urbano ad avere orientato, negli ultimi anni, la creazione di una serie di occasioni di lavoro congiunto di ASS1 e sedi universitarie, nelle microaree e con le persone⁴. Non si è trattato di attività di ricerca strutturata, quanto piuttosto di un lavoro minuto, per tappe successive, orientato

⁴ Tra il 2005 e il 2008 l'ASS1 è stata tra i partner dell'Università di Trieste nello svolgimento del programma di ricerca nazionale *La "città pubblica" come laboratorio di progettualità. La produzione di linee guida per la riqualificazione sostenibile delle periferie urbane*, nell'ambito del quale sono stati attivati diversi laboratori di quartiere in alcune microaree (coordinatrice Elena Marchigiani; cfr. Laboratorio CittàPubblica, 2009). Nel 2008, ASS1, Facoltà di Architettura dell'Università di Trieste, Facoltà di Architettura e Società del Politecnico di Milano, Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università Cà Foscari di Venezia hanno organizzato il workshop internazionale *Abitare piazzale Giarzole* (coordinatori Massimo Bricocoli, Elena Marchigiani; cfr. Bricocoli, Marchigiani, 2009).

a uno scambio prolungato tra istituzioni e diversi saperi disciplinari, quale supporto a un modo di fare azione pubblica incentrato sulla sperimentazione di approcci riflessivi e incrementali alla costruzione di nuovi spazi dei e per i servizi. Tra queste occasioni di confronto, l'esperienza più recente è costituita da una summer school internazionale, organizzata nell'estate 2010 e specificamente dedicata a indagare alcuni dei rapporti che legano processi di invecchiamento della popolazione, trasformazione dei contesti dell'abitare, riorganizzazione spaziale dei servizi. La summer school ha scelto come proprio ambito operativo il quartiere di edilizia popolare Borgo Zindis localizzato alla periferia di Muggia (Trieste), dove si prevede l'attivazione di una nuova sede di Habitat-Microaree. È stata finanziata dall'Unione Europea nell'ambito del progetto di ricerca-azione da noi titolato *Demochange Cities*⁵. In collaborazione con l'ASS1, studenti e docenti di sociologia, architettura e urbanistica provenienti dalle università di Milano, Trieste, Vienna, Cluj-Napoca, Amburgo, Nicosia sono stati impegnati per due settimane nello svolgimento di letture territoriali, pratiche di interazione con gli abitanti, riflessioni progettuali tese a esplorare cosa significhi, nel concreto, configurare spazi aperti di uso collettivo in grado di dare luogo alle esigenze e alle pratiche della popolazione anziana.

Nonostante la brevità di questa esperienza, il contatto diretto con il territorio, con chi lo abita quotidianamente, con i referenti delle istituzioni preposte alla gestione delle politiche abitative e socio-assistenziali ci ha in primis sollecitato a sottoporre a critica alcuni luoghi comuni. Alcuni cliché culturali che, cercando di ricondurre i processi di invecchiamento della popolazione a rigide categorizzazioni, alla prova dei fatti dimostrano scarsa presa sulla realtà. I modi con cui si invecchia cambiano infatti di generazione in generazione in rapporto alle precedenti condizioni di vita, rendendo difficile prevedere il futuro evolversi delle dinamiche in atto e dei loro impatti (The Economist, 2010). Così, all'interno di una stessa generazione, la categoria "persone anziane" racchiude un mondo di situazioni plurali. Nella seconda metà dell'esistenza (dai 65 agli 80 anni e oltre!) le differenze economiche, sociali, di salute tendono ad accentuarsi, contribuendo a delineare uno scenario estremamente articolato di aspettative e prospettive di vita. Le probabilità di giungere al termine della fase di "vita attiva" e "autonoma" non possono essere semplicisticamente ridotte a una soglia anagrafica (over 80?), si inquadrano piuttosto nella biografia di ciascuna persona; lo stesso vale per le esigenze di cura e assistenza, per i modi con cui si interagisce con il proprio contesto abitativo.

Anche nelle situazioni connotate da un'elevata concentrazione di persone anziane, tali considerazioni evidenziano in definitiva come l'organizzazione di spazi e servizi non possa essere appiattita solo sull'offerta di soluzioni specificamente orientate al trattamento dei casi giudicati più estremi (per salute, autosufficienza, mobilità ...). Un atteggiamento, quest'ultimo, che sembra tuttavia ancora monopolizzare i progetti per gli spazi "a misura dell'anziano". Come gli standard impiegati nella progettazione di alloggi e spazi collettivi generalmente continuano a fare riferimento a condizioni di "normalità" quantitativamente parametrizzate in rapporto all'immagine di un utente ideale (maschio, adulto e "sano"), così quelli specificamente applicati all'abitare delle persone anziane appaiono ancora orientati da un *geronto-functionalism* (Auer, 2008), che si traduce in indicazioni – sempre quantitative e tecniche – unicamente volte a rimuovere alcune barriere fisiche che si opporrebbero alla mobilità di un utente ugualmente ideale (questa volta però maschio, anziano e, *quindi*, disabile). Ma la fatica di abitare provocata da molti spazi delle nostre città non affligge solo gli anziani. Il trovarsi in situazioni di "diversa abilità" non è una loro prerogativa esclusiva. Né, ancora, lo stato di salute delle persone può essere trattato come una variabile indipendente dalle caratteristiche (più o meno disabilitanti) del loro ambiente di vita (Bohn, 2008).

Nel ripensare gli spazi aperti e verdi che copiosamente irrorano Borgo Zindis e che, nonostante una topografia fortemente accidentata, sono visti dai residenti (in particolare da quelli più anziani) come un fattore fortemente qualificante il quartiere, gli studenti della summer school sono stati perciò invitati ad abbandonare gli approcci discriminatori dell' "a misura di"⁶. Progettare spazi adeguati alle esigenze delle persone anziane significa progettare spazi idonei alle esigenze di tutti; significa progettare per una città delle differenze, capace di accogliere corpi diversi per età, condizioni di salute fisica e mentale, generi, stili di vita, livelli di reddito ... (Paba, 2010). Ma, soprattutto, significa riorganizzare gli spazi in cui si può dispiegare la vita al di fuori dell'alloggio (sia pure secondo modi diversi di "stare in pubblico") come un insieme di luoghi che concorrano ad assicurare condizioni di ben-essere, che siano di supporto all'abilitazione delle risorse e delle capacità degli abitanti, che con la loro qualità e adeguatezza stimolino attività di socializzazione e relazioni collettive, aiutino a ridurre il rischio di segregazione delle persone nelle loro abitazioni, creino le occasioni per il loro coinvolgimento nella costruzione di nuovi servizi. Nessun determinismo ambientale, si badi bene: solo un invito a tornare a riflettere responsabilmente non solo sui requisiti tecnici, ma soprattutto sulle prestazioni più generali cui lo spazio, con la sua configurazione fisica, può dare risposta⁷.

⁵ Il progetto *Demochange Cities*, di durata triennale, è coordinato da Massimo Bricocoli; la summer school è stata coordinata da Elena Marchigiani. I responsabili, per le altre università, sono Ingrid Breckner, Rudolf Poledna, Alessandra Swiny, Gesa Witthoef.

⁶ Pur nella consapevolezza che vi siano molti altri temi e componenti spaziali da tenere in considerazione (in particolare gli spazi interni all'alloggio e quelli di soglia tra fabbricati e lotti di pertinenza), la summer school ha scelto di concentrarsi sulla riorganizzazione degli spazi esterni, nell'intento di supportare una più forte integrazione tra le future attività di Habitat-Microaree e le azioni di riqualificazione degli spazi aperti del quartiere previste dall'ATER nell'ambito di un progetto di cooperazione transfrontaliera Italia-Slovenia ancora in corso di valutazione.

⁷ È questo un approccio che orienta altri progetti focalizzati sulle relazioni tra cambiamento demografico e istanze di rinnovamento dello spazio urbano, come ad esempio il *Global Age-Friendly Cities Project* promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2007).

Le indicazioni che, attraverso il dialogo con gli abitanti di Borgo Zindis, sono emerse dalla summer school appaiono tanto semplici quanto spesso disattese nei progetti di riqualificazione dello spazio pubblico. La realizzazione di interventi volti a migliorare l'orientamento nello spazio urbano e la riconoscibilità dei singoli fabbricati (dalla diversa colorazione di edifici ed elementi di arredo, al posizionamento di segnaletica e mappe) fa sì che le persone si sentano più sicure nei loro movimenti, facilitando inoltre l'arrivo a destinazione di visite e aiuti dall'esterno. L'organizzazione di una rete di percorsi pedonali – pensata per connettere le fermate dei mezzi di trasporto pubblico, le attrezzature e i luoghi più significativi – incide in maniera rilevante sulla capacità e sulla propensione delle persone a spostarsi autonomamente per uscire di casa e dal quartiere. Lungo tali percorsi, l'allestimento di spazi in cui sostare all'aperto – possibilmente all'ombra e su sedute confortevoli – offre l'occasione di relazioni sociali che possono basarsi anche su incontri fortuiti, sullo scambio quotidiano di un saluto. L'interazione con gli altri, l'intensità del vivere insieme a persone diverse devono però essere frutto di una decisione e non di un'imposizione. Da qui l'importanza di articolare il disegno dello spazio aperto in ambienti differenti, disponibili a pratiche da svolgere individualmente o in gruppi più o meno ampi ed eterogenei; così come l'interesse per la dotazione di spazi utilizzabili in maniera condivisa, ricavabili all'interno dei singoli fabbricati o in locali a servizio dell'intero quartiere. Dandosi come una sorta di prolungamento degli spazi spesso ridotti e inadeguati dell'alloggio, questi luoghi offrono l'opportunità di realizzare attività diverse, co- e auto-organizzate dai residenti (dall'incontro tra amici, alle feste, al giardinaggio, al cucinare e al mangiare insieme). Attività che concorrono a rompere l'isolamento delle persone e che, con il supporto degli operatori di Habitat-Microaree, possono ulteriormente evolvere nella costruzione di forme di associazionismo, di iniziative di auto-aiuto e di etero-aiuto.

5. Verso nuovi spazi del *welfare*

In linea con i contesti europei più avanzati, le esperienze sviluppate nei quartieri triestini indicano forti correlazioni tra abbattimento dei costi di ospedalizzazione, miglioramento delle condizioni di salute, rigenerazione spaziale e sociale dei contesti di vita, personalizzazione – all'interno di tali contesti – dei percorsi di cura. Ma soprattutto rendono, a nostro avviso, evidente la possibilità concreta di avanzare nella comprensione delle prospettive che l'invecchiamento della popolazione offre a un ripensamento dell'azione pubblica in termini di costruzione di nuove politiche e progetti.

Sul piano della riorganizzazione degli interventi socio-sanitari e del rafforzamento delle loro connessioni con i temi del progetto di riqualificazione degli spazi dell'abitare, le esperienze di Habitat-Microaree dimostrano la sostenibilità (anche in termini economici) di un modo di fare azione pubblica che, lavorando sull'assetto territoriale e spaziale dei servizi, favorisce l'attivazione di politiche pubbliche dal basso, quale valida alternativa a una mera contrapposizione di *welfare state* e mercato (Paba, 2010). In riferimento alle persone anziane (ma non solo), attraverso la messa all'opera delle risorse della società civile, tali esperienze hanno infatti consentito il dispiegarsi di un ampio spettro di opzioni "altre" dall'istituzionalizzazione in strutture residenziali specializzate, permettendo a un numero crescente di persone la permanenza nel proprio domicilio.

Ci preme altresì sottolineare come, a Trieste, la trasformazione delle modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari non sia avvenuta in assenza di una regia, facendo semplicemente appello alla capacità auto-organizzativa di persone e famiglie. Al contrario, ad avere condotto alla convergenza di azioni diverse (dall'alto e dal basso), di attori pubblici, privati e del privato sociale è stata proprio la presenza di una leadership assai forte, di un soggetto istituzionale protagonista, che ha espresso intelligenza nell'individuare nuovi obiettivi strategici profondamente radicati nelle condizioni della vita quotidiana. Nelle periferie triestine le microaree si sono così configurate come laboratori permanenti, come corpi territoriali intermedi tra cittadini e istituzioni, capaci di costruire occasioni di apprendimento anche a partire da eventi episodici (come, ad esempio, i laboratori didattici e di ricerca organizzati con l'università). Occasioni che, rompendo le routine, aiutano a combattere le insidie dell'istituzionalizzazione; a rifiutare un trattamento delle questioni di salute attraverso prassi tipizzate. Quello che a Trieste si è andato delineando è in sostanza un diverso ruolo dell'attore pubblico sul territorio: non più erogatore di servizi standardizzati, ma supporto alla costruzione di modi diversificati di *welfare*, stimolo alla mobilitazione dei cittadini in difesa del proprio diritto a vivere in una città che assicuri ben-essere fino alle ultime fasi della vita⁸.

D'altra parte, molti ci appaiono i campi di riflessione teorica e operativa che l'invecchiamento della popolazione offre al progetto dello spazio urbano e della città pubblica del futuro. Campi ancora in larga parte inesplorati, almeno nel contesto italiano. Come già sottolineato, le condizioni degli anziani estremizzano esigenze che si possono incontrare anche in altre fasi della vita, laddove i processi di cambiamento demografico pongono al centro dell'attenzione la necessità non solo di abbandonare il ricorso a soluzioni residenziali specializzate, ma soprattutto di rivedere assetti abitativi e insediativi al fine di renderli

⁸ In questa ottica possono essere lette le attività recentemente promosse dalla Consulta permanente dei cittadini (parte della Consulta Salute del terzo Distretto sanitario, composta da operatori sanitari, sociali, altre istituzioni e abitanti) per contrastare il rischio di un indebolimento dei laboratori sperimentali di microarea paventato dal processo di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali in atto anche in Friuli Venezia Giulia (www.forumtrieste2011).

in grado di rispondere ai bisogni di persone diverse. In tal senso, lavorare sulla configurazione degli spazi dell'alloggio, sui loro prolungamenti interni ed esterni all'edificio può costituire un'opportunità per immaginare nuove forme di *communal, multigenerational, assisted living*. Anche se le coabitazioni solidali di persone anziane o di giovani e anziani costituiscono soluzioni già sperimentate in diversi paesi europei, la loro applicazione in Italia ancora appare assai limitata (qualche esperienza è stata avviata a Torino, proprio nei quartieri di edilizia pubblica). In queste nuove forme di edilizia sociale i locatari mettono a disposizione il proprio tempo per pratiche di assistenza reciproca, condividono spazi per attività in comune. Spazi che in molti casi possono essere ricavati anche all'interno degli immobili esistenti attraverso, ad esempio, la riorganizzazione dei piani terra. Oltre al regime proprietario pubblico, ciò che dovrebbe differenziare queste forme di coabitazione dalle comunità contrattuali elettive e auto-segreganti di carattere privato (Chiodelli, 2010) è la stretta relazione con il contesto spaziale che le accoglie, l'inclusività rispetto a persone diverse. L'interesse di procedere in una riflessione progettuale su tali soluzioni deriva, a nostro avviso, proprio dalla versatilità di un modello abitativo variamente interpretabile in termini spaziali, applicabile alle nuove costruzioni così come alla ristrutturazione di quelle esistenti (Huber *et al.*, 2008). Un modello che sempre più sembra essere in grado di dare risposta alle domande di ampi strati della popolazione e che, unitamente a una revisione delle graduatorie per l'assegnazione degli alloggi, potrebbe favorire un più elevato mix (di età, generi, stili di vita) all'interno della città pubblica. Gli impatti della rivoluzione demografica in atto appaiono del resto tutt'altro che facilmente prevedibili. Ci stimolano quindi a immaginare assetti sempre più articolati, lanciandosi sfide che non possono più venire sottovalutate dalla politica, dalle politiche, dal progetto urbanistico.

Riferimenti bibliografici

- Auer G. (2008), "Space, Light, and Sight", in Huber A. (ed., 2008), pp. 189-204.
- Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale della provincia di Trieste (2010), *2009 Bilancio sociale*, Graphart, Trieste.
- Barton H., Grant M., Guis R. (2003), *Shaping Neighbourhoods for Health Sustainability and Vitality*, Spon, London.
- Basaglia F. (2005), *L'utopia della realtà*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino.
- Bifulco L. (a cura di, 2005), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma.
- Bifulco L., Bricocoli M., Monteleone R. (2008), "Activation and Local Welfare in Italy. Trends and Issues", *Social Policy and Administration*, vol. 42, 2, pp. 143-159.
- Bohn F. (2008), "Designing Buildings Suitable for Life", in Huber A. (ed., 2008), pp. 173-185.
- Bricocoli M., Marchigiani E. (2009), "Periferie e paesaggi del quotidiano. Forme, usi e processi nella costruzione di spazi del pubblico", paper presentato alla XII conferenza Società Italiana degli urbanisti *Il progetto dell'urbanistica per il paesaggio*, Bari, 19-20 febbraio.
- Bricocoli M., Savoldi P. (2010), *Milano downtown. Azione pubblica e luoghi dell'abitare*, et al. Edizioni, Milano.
- Carabelli G., Facchini C. (2010), *Il modello lombardo di welfare. Continuità, riassetamenti, prospettive*, Franco Angeli, Milano.
- Chiodelli F. (2010), "«Enclaves» private a carattere privato: il caso del «co-housing»", *Rassegna italiana di sociologia*, 1, pp. 95-116.
- de Leonardis O., Monteleone R. (2007), "Dai luoghi della cura alla cura dei luoghi. A Trieste e dintorni", in Monteleone R. (a cura di, 2007), pp. 165-182.
- de Leonardis O. (1990), *Il terzo escluso*, Feltrinelli, Milano.
- European Commission (2010a), *EU-funded deployment projects in the area of ICT for Ageing Well*, Information, Society and Media, Brussels.
- European Commission, (2010b), *EUROPE 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, COM(2010) 2020, Brussels.
- European Commission - Economic and Financial Affairs Directorate General (2009), *2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27, Member States (2008-2060)*, Luxembourg.
- Giannakouris K. (2008), "Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies", in Eurostat, *Population and Social Conditions. Statistics in Focus*, 72.
- Goffman E. (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*, Anchor Books, Doubleday & Co., New York.
- Granaglia E. (2001), *Modelli di politica sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Hillcoat-Nallétamby S., Ogg J., Renaut S. (2010), "Ageing populations and housing needs: comparing strategic policy discourses in France and England", *Social Policy & Administration*, 44(7), pp. 808-826.
- Huber A. (ed., 2008), *New Approaches to Housing for the Second Half of Life*, ETH, Birkhäuser, Basel-Boston-Berlin.
- Huber A., Hugentobler M., Walthert-Galli R. (2008), "New Housing Models in Practice", in Huber A. (ed., 2008), pp. 77-169.
- Istat (2010), *Annuario statistico italiano 2010*, TTI Poligrafica Ruggiero s.r.l., Avellino.
- LaboratorioCittàPubblica (2009), *Linee guida per la riqualificazione urbana*, coordinamento generale di P. Di Biagi, coordinamento redazionale di E. Marchigiani, Bruno Mondadori, Milano.
- Mania R. (2010), "Il Belpaese della disuguaglianza metà ricchezza al 10% degli italiani", *La Repubblica*, 5 luglio.
- Monteleone R. (a cura di, 2007), *La contrattualizzazione delle politiche sociali*, Officina, Roma.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009), *Libro Bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*, Roma.
- Munarin S. (2009), "Città, welfare space, pratiche relazionali: immaginare nuovi eccipienti urbani", *Urbanistica*, 139, pp. 107-112.
- Paba G. (2010), *Corpi urbani. Differenze, interazioni, politiche*, Franco Angeli, Milano.
- Pennacchi L. (2009), "La rimozione della cittadinanza. Il futuro del modello sociale secondo il Libro Bianco", *Rivista delle Politiche Sociali*, 2, pp. 349-374.
- Rotelli F. (1999), *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra*, Asterios, Trieste.
- The Economist (2010), "The U-bend of life", 18 December, pp.33-37.
- Rubinstein R.L., Parmelee P.A. (1992), "Attachment to place and the representation of life course by the elderly", in Altman I., Low S.M. (eds.), *Human Behavior and Environment, vol. 21: Place Attachment* Plenum Press, New York, pp. 139-163.
- Schüller N. et al. (eds., 2009), *Urban Reports. Urban Strategies and Visions in Mid-Sized Cities in a Local and Global Context*, gta Verlag, Zürich.

Siebel W. (ed., 2004), *Die europäische Stadt*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
Siebel W. (2010), "Die Zukunft der Städte – Aus Politik und Zeitgeschichte", *Das Parlament*, 17, pp. 3-9.
World Health Organization (2007), *Global Age-Friendly Cities: A Guide*, Geneva.