ABITARE E ANZIANI
informa

RIVISTA ONLINE DI INFORMAZIONE SUI PROBLEMI ABITATIVI DEGLI ANZIANI Numero 1/2019

Invecchiare a casa propria: LE COSE DA FARE

ABITARE E ANZIANI

Numero **1/2019**

SOMMARIO

03 – **Invecchiare a casa propria: LE COSE DA FARE**
Marco di Luccio

07 – **La legge sull'invecchiamento attivo**
Edoardo Patriarca

10 – **Non autosufficienza: a che punto siamo?**
Raffaele Atti

14 – **Il riconoscimento del ruolo dei caregiver familiari**
Claudio Falasca

20 – **Siamo pronti per invecchiare a casa nostra?**
Davide L. Vetrano – Italia Longeva

25 – **La residenza sanitaria assistenziale: problemi e prospettive**
Carlo Fiore

32 – **Persone non autosufficienti, tra lavoro di cura e welfare (che ancora non c'è). Il ruolo del Sindacato**
Stefano Cecconi

35 – **La riforma della indennità di accompagnamento**
Claudio Falasca

38 – **La valorizzazione del patrimonio immobiliare degli anziani**
Claudio Falasca

44 – **L' aggiornamento del quadro tecnico e normativo**
Claudio Falasca

LE RUBRICHE *a cura di Fabio Piccolino*

52 – **GOVERNO E ISTITUZIONI**
60 – **ORGANIZZAZIONI SOCIALI**
63 – **OSSERVATORIO INTERNAZIONALE**
66 – **OSSERVATORIO INNOVAZIONE**
70 – **INDAGINI, STUDI, RICERCHE**

Associazione AeA, Abitare e Anziani

Soci 2019
Auser, associazione per l'invecchiamento attivo
Cgil Nazionale
Fillea Cgil, federazione italiana lavoratori legno e affini
Spi-Cgil Nazionale, sindacato pensionati italiani
Sunia, sindacato unitario nazionale inquilini e assegnatari

AeA Informa

Rivista periodica di informazione
sui problemi abitativi degli anziani
Numero 1/2019

Proprietà e editore

AeA, Abitare e Anziani
Via Nizza, 154 - 00198 Roma
Tel 06.8440771 – **Fax** 06.84407777
e-mail info@abitareeanziani.it
sito web www.abitareeanziani.it

Direttore Responsabile
Giusy Colmo

Comitato di Direzione
Giusy Colmo, Marco Di Luccio,
Claudio Falasca, Fabio Piccolino

Progetto grafico e impaginazione
Idea Comunicazione

Le foto nella rivista riproducono opere
di Paul Klee (1879 – 1940)
In copertina: Luogo colpito 1922

Invecchiare a casa propria: LE COSE DA FARE

Marco di Luccio,
Presidente Abitare e Anziani

All'inizio di questo nuovo anno abbiamo voluto affrontare il tema della domiciliarità dal versante delle cose da fare, di cui si ha massima urgenza, ma di cui nessuno parla.

Pensiamo agli interventi e alle iniziative parlamentari su questo tema lasciate per strada, dalla scorsa legislatura parlamentare ormai conclusa da dieci mesi, sicuramente su qualche binario morto dei lavori di qualche commissione, ma anche perché dimenticate, oppure rimosse come se non fossero un problema da risolvere, un'emergenza sociale da affrontare.

Facciamo un elenco di massima:

- la legge sull'invecchiamento attivo, che si trovava in una fase di discussione avanzata;
- la legge per il riconoscimento dei caregiver, che aveva ottenuto una piccola ed insufficiente posta in bilancio, ma non aveva completato l'iter di approvazione;
- il Piano per la non autosufficienza che, unitariamente, il sindacato confederale pone da più di dieci anni;
- l'aggiornamento del quadro normativo, in termini di agibilità e sicurezza, superamento delle barriere architettoniche, ridefinizione degli standard edilizi e abitativi, installazione e ed adeguamento degli ascensori, dotazione di tecnologie avanzate di supporto;
- una adeguata e coordinata normativa in grado di valorizzare il patrimonio immobiliare degli anziani: ristrutturazioni edilizie, cohousing, nuda proprietà, prestito ipotecario;
- la riforma dell'indennità di accompagnamento;
- il riconoscimento professionale, la formazione delle badanti;
- l'esigenza di affrontare la babele della domiciliarità e dell'integrazione dei servizi assistenziali e sociosanitari, compresa una riflessione sulle RSA - modelli, qualità, costi - nonché l'integrazione nel territorio e l'avvio dei programmi sperimentali degli alloggi per anziani.

L'insieme di questi temi e di queste vere e proprie emergenze, nella loro ampia articolazione, hanno un filo conduttore, costante ed univoco: la vita è l'intero arco della nostra esistenza fatta di stagioni diverse, ma con pari dignità e diritti di cittadinanza, la vecchiaia è un'età liberata dagli impegni lavorativi e familiari, non un peso per la collettività, semmai una risorsa da utilizzare e valorizzare.

La casa, pertanto, la propria dimora, che è luogo di vita, affettività, relazioni, dove si è realizzata la nostra esperienza di persone, non può trasformarsi in una prigione, dimenticata e abbandonata, tranne per chi possiede gli adeguati e necessari mezzi o ha una famiglia in grado di provvedere a sostenerne le esigenze.

Ci chiediamo, ma questo Governo, questa maggioranza parlamentare

impegnata, così dice, a sconfiggere la povertà e le ingiustizie, cosa pensa di questi temi, come intende affrontare queste emergenze? Se le ritiene tali?

Nel contratto del governo del cambiamento non se ne trova traccia, neanche come titolo, ne si è mai sentito un componente di questo governo e di questa maggioranza affrontare questi temi. C'è un solo punto, di quattro righe nel contratto, che riguarda la pensione di cittadinanza. Quelle quattro righe e la promessa di integrazione al minimo di 780 €, sempre più remota, tant'e vero che non se ne parla più, non servono ne ad affrontare, ne tanto meno risolvere questi problemi.

Ancora una volta dobbiamo ricordare al Governo, all'intero Parlamento, ai leader dei partiti politici una cosa che ormai sanno anche i sassi, cioè che, in questa fase storica, le modificazioni demografiche prevalenti riguardano i processi migratori e l'invecchiamento.

Ora se è una pia illusione immaginare di fermare un processo migratorio di proporzioni bibliche, non è possibile immaginare un cambio di direzione dei processi di innalzamento della d'età, perché è una conquista di civiltà, frutto del progresso scientifico e sociale.

Comunque ogni 4,5 italiani 1 ha più di sessantacinque anni, 13,7 milioni, di questi un terzo ne ha più di ottanta, allo stesso tempo nel mondo oltre allo svuotamento delle aree rurali, il numero di abitanti sotto i sedici anni è più basso di quello sopra i sessantacinque. Se la vita, per fortuna, si allunga, dobbiamo viverla, non si deve sopravvivere a stento.

I numeri indicati avranno una qualche importanza nella valutazione dei bisogni, delle necessità nelle nostre comunità, nel come organizzare la vita ed il welfare nel nostro Paese. Quindi di come razionalizzare le risorse, riorganizzare i servizi, la loro integrazione e le relazioni nei territori. Sarà necessario, o no, riflettere come indirizzare la crescita e lo sviluppo, per dare risposte adeguate ai vecchi e nuovi bisogni, superare le crescenti disuguaglianze e costruire un futuro migliore.

Quello che risulta chiaro è che la stragrande maggioranza delle persone che hanno bisogno di cure e di sostegno, compresi gli anziani, la trovano e la vogliono nel contesto familiare e nel proprio domicilio.

Perché ci si sente più sicuri, più protetti e rassicurati, come è giusto che sia, perché è il proprio contesto di affettività e di relazioni.

A questo quadro dobbiamo aggiungere che circa l'80% degli ultra sessantacinquenni possiede o vive in case di proprietà (circa 10 milioni), ma queste case al 70% hanno più di cinquant'anni, ed il 77 % sono sprovviste di ascensore e più di un terzo non ha un sistema di riscaldamento adeguato.

Paul Klee – Giardino Mediterraneo 1921

Perché invece di continuare in un insano e disordinato modo di costruire case, frutto di speculazioni e rendite fondiarie, accumulando patrimonio edilizio invenduto, non si procede a rivedere le norme, la programmazione, la progettazione urbanistica, gli standard abitativi e puntare alla ristrutturazione dell'esistente, a riannodare i centri storici con le periferie, cioè una diversa crescita e un diverso modello di sviluppo, centrato sulla qualità della vita delle comunità.

In buona sostanza il completamento delle leggi già incardinate nelle discussioni parlamentari o le norme da produrre per affrontare queste tematiche non son più rinviabili.

Il diritto di invecchiare a casa propria è una priorità, per far questo le case devono essere adeguate e confortevoli, non devono essere delle prigioni, allo stesso tempo è altrettanto necessario adeguare i livelli di assistenza e l'integrazione dei servizi nel loro insieme, combattendo le disuguaglianze e i processi di desertificazione del territorio e garantendo un livello di relazioni in grado di garantire un rapporto tra generazioni: importante, fondamentale per trasferire esperienze e valori, ma allo stesso tempo contrastare i crescenti fenomeni di solitudine.

Solitudine e non adeguati stili di vita - alimentazione non equilibrata e eccessiva sedentarietà, mancanza di relazioni e scarsa affettività- sono causa o concausa, spesso, di malattie dell'età avanzata. Da soli si tende a non curarsi o auto curarsi con effetti negativi sulla salute, per poi ricorrere ai pronto soccorso, sempre più intasati in assenza di una rete territoriale di assistenza.

È necessario ripensare ed attrezzare i territori, attraverso un welfare di prossimità, per affrontare le emergenze ed i bisogni sociali, compresa l'accoglienza di chi non è nato in Italia, ma fugge dalle guerre, dalla fame, dalle repressioni e devastazioni.

Per costruire un futuro più giusto, che non lasci indietro nessuno, si devono superare anche le distorsioni, le ingiustizie, l'aumento delle diseguaglianze generate dalla globalizzazione, ma senza alzare muri e fomentare paure e risentimenti, individuando nel diverso il nemico da combattere.

La legalità ed il rispetto delle regole sono un valore alla base della democrazia, la sicurezza o la percezione della stessa sono argomenti seri, soprattutto per gli anziani e le persone più fragili, ma negare diritti e opportunità, a chiunque, perché "prima ci sono gli italiani" è un modo per negarli a tutti: così è sempre avvenuto nella storia.

La priorità dei prossimi decenni sarà la dignità della persona ed il territorio come riorganizzazione delle comunità e di salvaguardia dei beni comuni, se vogliamo essere all'altezza delle sfide del terzo millennio, l'alternativa è regredire tornare indietro verso un nuovo medio evo, prossimo venturo.

La legge sull'invecchiamento attivo

Edoardo Patriarca,
Senatore

Siamo testimoni di un incredibile allungamento della vita e, spesso, della nostra vita attiva. La società di gerontologia e geriatria ha certificato che si è ufficialmente anziani dai 75 anni in su, un passaggio epocale nella storia degli uomini e delle nostre società. Un effetto provocato da tanti fattori: dal cibo più abbondante, da lavori meno usuranti, da più prevenzione, dalla ricerca di nuove medicine e di più cura del proprio corpo. Ma vivere più a lungo non basta, occorre vivere bene e attivamente, e dunque occorre riorganizzare la vita sociale in modo da dare linfa vitale alla esistenza delle persone che affrontano la terza e quarta età.

E da questa consapevolezza che nella precedente legislatura abbiamo cercato ripetutamente di varare un testo di legge sull'invecchiamento attivo, un testo di legge volutamente "semplice", con una chiara impronta sociale e relazionale, mettendo a parte la prospettiva sanitaria e della cura delle patologie. Non tanto perché la cura e la prevenzione delle malattie sia irrilevante. Ci mancherebbe: la garanzia di una vita salubre non è in discussione. Il diritto alla salute va garantito e tutelato. Sociale e relazionale perché questa dimensione è fondativa per costruire un percorso di vita attiva, e una ricerca della felicità possibile che oso definire come ricerca della felicità per gli altri e con gli altri. Allora si tratta di riconoscere il ruolo decisivo e generativo del volontariato svolto dalle persone della terza età in tutti i campi della vita sociale di una comunità. La proposta di legge chiede allo stato e alle amministrazioni locali di sostenere e favorire questa presenza. Vengono individuate le attività di utilità sociale, una proposta ad ampio spettro che copre il campo dei beni comuni soprattutto a matrice relazionale: turismo, formazione, animazione culturale, impegno volontario nelle manifestazioni, aiuto verso le persone sole, rapporti intergenerazionali e trapasso nozioni.

Due i protocolli previsti con i Ministeri. Quello con il Miur perché si renda possibile la presenza competente delle persone anziane nelle scuole e negli istituti superiori, per incentivare la mutua formazione inter e intra generazionale. Non da ultimo il sostegno alle attività delle università della terza età per mettere a valore le esperienze professionali e le metodologie didattiche acquisite delle persone anziane nella trasmissione dei saperi alle nuove generazioni durante l'orientamento o nei percorsi di prima formazione. Un capitale sociale immenso, oggi sperperato e dimenticato.

Il secondo protocollo, con Il Ministero della salute, per promuovere azioni tese al mantenimento del benessere durante l'invecchiamento mediante la diffusione di corretti stili di vita, la promozione dell'educazione motoria e fisica, e il sostegno alla persona anziana nel suo abituale contesto familiare e territoriale per una vita di relazione attiva, e per prevenire soprattutto i fenomeni di isolamento sociale.

Per entrambi i ministeri si promuovono protocolli operativi tra enti locali territoriali, aziende sanitarie locali e associazioni di volontariato e di promozione sociale. Va da sé che viene proposto l'istituzione di un fondo ad hoc.

Un secondo fronte aperto nella precedente legislatura, ahimè incompiuto, è la legge quadro sui caregiver familiari. La questione è nota a tutti voi. Sono più di 3 milioni le persone che si prendono cura delle persone care in un contesto familiare. Tra questi più di 100 mila giovani.

È una legge che non guarda alla persona assistita ma a chi se ne prende cura, talvolta in piena solitudine, con la rinuncia ad una vita normale, persino al lavoro. Ecco la legge, a livello nazionale, vuole riconoscere finalmente questa immensa attività di cura e di attenzione alla persona svolta dalle famiglie e che il sistema pubblico non potrebbe garantire.

Qual è la prospettiva nella quale ci muoviamo? Non solo trasferimenti economici, ma la presa in carico da parte dei servizi territoriali. In concreto, nell'ambito della definizione del piano assistenziale individuale, i servizi stabiliscono il contributo di cura e le attività del caregiver familiare; le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari per affrontare nel migliore modo possibile le difficoltà nello svolgimento delle attività di assistenza e di cura.

Nello specifico, gli interventi previsti sono piuttosto articolati:

un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui suoi bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie; opportunità formative al fine di sviluppare maggiore consapevolezza rispetto al ruolo svolto; supporto psicologico per il mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale; soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale o assistenziale; interventi di sollievo di emergenza o programmati attraverso l'impiego di personale qualificato anche con sostituzioni temporanee al domicilio del caregiver familiare; il supporto di reti solidali a integrazione dei servizi garantiti dalle reti istituzionali, al fine di ridurre il possibile isolamento sociale del caregiver familiare; il supporto di gruppi di auto mutuo aiuto al fine di favorire il confronto e lo scambio; la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento della persona assistita.

E infine, non da ultimo, il disegno di legge vuole favorire la valorizzazione professionale, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare. L'esperienza maturata nell'attività di cura e di assistenza è riconosciuta come competenza certificabile dagli organismi competenti, costituisce cioè titolo per rivolgere al datore di lavoro la richiesta di flessibilità ora-

ria, di permessi e di altre opportunità ai fini della conciliazione dell'attività lavorativa con quella di cura.

È un disegno di legge che si è ispirato alle migliori esperienze europee, e con la legge di bilancio 2017 abbiamo istituito un fondo ad hoc. Ora si tratta di fare un passo in avanti.

Paul Klee – Drehbares haus 1921

Non autosufficienza: a che punto siamo?

Raffaele Atti,
Segretario nazionale Spi-Cgil

In un contesto di invecchiamento della popolazione che vede il nostro Paese tra i primi in Europa, resta sconcertante che il tema della non autosufficienza delle persone anziane non sia stato oggetto di provvedimenti di riforma organici, in grado di affrontare contraddizioni, vincoli e limiti che segnano l'esperienza italiana, e che si riflettono in una condizione di crescente difficoltà delle famiglie. Il Parlamento sembra impegnato in operazioni "ai margini" che da un lato riconoscono il grave fardello che la non autosufficienza scarica sulle famiglie, dall'altro producono azioni di sostegno che, al di fuori di un contesto organico di riforma dei principali strumenti di intervento, consolidano la delega alle famiglie alla assistenza e aumentano le disuguaglianze nelle opportunità di accesso ai servizi, nella qualità delle risposte e una inadeguata presa in carico da parte dei servizi socio sanitari.

I dati principali della situazione del nostro Paese sono noti: un elevato invecchiamento della popolazione (22% over 65 nel 2017 destinati a diventare il 34% nel 2050), circa 2,5 milioni di anziani non autosufficienti nel 2014, sicuramente aumentati in questi anni. Essi rappresentano oltre il 18 % della popolazione over 65. Considerando i posti letto delle strutture residenziali : 2,2 posti letto ogni 100 anziani (dati 2014 Fonte NNA), gli anziani in carico all'ADI - assistenza domiciliare integrata fornita dal Servizio sanitario nazionale: 2,39 prese in carico ogni 100 over 65 (dati 2013 Fonte NNA) e gli utenti del SAD - Servizio sociale di assistenza domiciliare fornito dai Comuni - 1,2 utenti ogni 100 over 65 , se consideriamo che nei posti letto c'è una residua quota occupata da autosufficienti, e che le ore di ADI annue prestate per utente sono calate tra il 2010 e il 2013 da 20 a 17, e anche considerando che lo 0,5% degli over 65 beneficia di assegni di cura e uno 0,2% fruisce dei servizi diurni, abbiamo chiaro che la presa in carico pubblica è largamente inadeguata, arrivando appena a superare 1/3 degli anziani con disabilità, e che il peso principale grava su circa 3, 3 milioni di cargiver aiutati da circa 830.000 assistenti familiari, non tutti regolarizzati (stima al 2013 Fonte NNA).

La prospettiva non è rosea, come dicono tre tendenze.

- la progressiva riduzione dei potenziali caregiver e soprattutto del tempo a loro disposizione, frutto del combinato tra dinamiche demografiche (gli over 80 crescono più rapidamente delle classi di età inferiori ai 70!), mutamenti della struttura familiare (crescono le famiglie di soli anziani e di anziani soli) e elevamento dell'età pensionabile.
- l'efficientamento della spesa sanitaria, tramite la maggior appropriatezza dei ricoveri ospedalieri indotta dalla significativa riduzione dei posti letto, in assenza di una adeguata politica di sviluppo

di servizi territoriali e di assistenza domiciliare: il 6° rapporto N.N.A. stima che tra il 2013 e il 2016 la spesa sanitaria dedicata alla non autosufficienza degli anziani abbia subito una contrazione pari a 2,2 miliardi di Euro, pari allo 0,15 % del PIL!

- secondo l'ISTAT e l'Osservatorio sui Bilanci dei Comuni predisposto da IRES Morosini per conto dello SPI CGIL Nazionale anche la spesa sociale dei Comuni destinata agli anziani (comprensiva di quella per la non autosufficienza) ha subito una contrazione.

In questo scenario la legislatura passata si era conclusa con due fatti interessanti: la definizione dei nuovi LEA sanitari (gennaio 2017), che trattavano con maggior dettaglio il tema della integrazione socio sanitaria nel quale si colloca l' assistenza per gli anziani non autosufficienti, pur rinviando ad un Accordo in conferenza Stato Regioni per la definizioni delle modalità di organizzazione uniformi sul territorio nazionale, e la definizione del percorso con cui arrivare ad un Piano nazionale per i livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza, nell'ambito delle risorse del Fondo Nazionale per la NON autosufficienza reso strutturale dopo la legge di bilancio 2016. A sua volta il Parlamento esprimeva il massimo di contraddizione sul tema: da un lato con la "Relazione conclusiva della Indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale", approvata alla unanimità dalla Commissione sanità del Senato, esplicitava la inderogabile necessità di una riforma organica delle politiche per la non autosufficienza collegata all'invecchiamento, dall'altra manteneva un approccio di interventi frammentati sul tema, approvando la legge c.d. "dopo di noi ", e un finanziamento nella legge di bilancio per il 2018 per un futuro provvedimento legislativo di riconoscimento e sostegno dei caregiver che non era possibile approvare in finale di legislatura.

Anche a fronte di queste contraddizioni (tra l'obiettivo di un Piano nazionale per livelli essenziali affidato a un fondo di 450 milioni) e un legislatore attento ai temi di contorno si è rafforzata la determinazione dei sindacati dei pensionati ad avanzare una proposta di riforma delle politiche per la non autosufficienza, con il documento unitario dei tre esecutivi SPI CGIL FNP CISL e UILP UIL del 21 febbraio 2018 che rivendica una legge quadro nazionale.

Nel contratto per il nuovo Governo, nato dopo il voto del 4 marzo u.s., sono previsti: l'istituzione di un Ministero per la famiglia e la disabilità (e già in questo c'è un messaggio politico: è la famiglia il tramite delle politiche per i disabili), un aumento delle pensioni di invalidità, e la conferma di tutte le indennità risarcitorie, compresa quella indennità di accompagnamento che ormai tutti gli esperti riconoscono essere il veicolo attraverso il quale si è modellato il sistema italiano fatto di

un prevalere di trasferimenti monetari rispetto alla erogazione dei servizi.

Il nuovo Parlamento ridonda di proposte che confermano l'approccio parziale, sotto la spinta di un associazionismo tanto diffuso quanto portatore di istanze specifiche, particolaristiche e frammentate. Così in Commissione al Senato è ripreso l'esame dei numerosi ddl sul riconoscimento dei caregiver, nei quali abbondano proposte di aumenti degli sgravi fiscali, via maestra per aumentare le disuguaglianze.

La nuova legge di bilancio 2019 dovrebbe aumentare l'importo del Fondo Nazionale per la non autosufficienza portandolo a 550 milioni di Euro, ancora largamente insufficienti ad affrontare il percorso dei Livelli essenziali. Va detto che nelle more di un più forte indirizzo nazionale, le risorse del Fondo nazionale trasferite alle regioni si sono prevalentemente trasformate in assegni di cura, in larga misura destinati ai disabili gravissimi. Ulteriore conferma di alcune tendenze di fondo: allargamento dei divari regionali tra le regioni che hanno strutturato politiche regionali sulla NA e quelle che non lo hanno fatto, crescente (e va detto doverosa) attenzione alla disabilità degli adulti connessa a gravi e specifiche patologie, progressiva disattenzione e disimpegno sulla non autosufficienza degli anziani.

Non sembra insomma che sia all'ordine del giorno l'urgenza di una riforma generale delle politiche per la non autosufficienza, senza la quale anche gli obiettivi di applicazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria previsti, ad esempio, nel documento che AGENAS ha proposto alla Conferenza delle Regioni sotto il titolo "Linee guida per la riorganizzazione dei servizi territoriali etcc" non troveranno le condizioni per dare risposte adeguate agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

Si pone dunque alle Organizzazioni dei Pensionati SPI FNP e UILP, il tema di come dare continuità alla propria iniziativa per porre all'ordine del giorno il tema di una riforma organica che, attraverso una nuova legge raggiunga questi obiettivi: determinare criteri univoci per il riconoscimento e la classificazione delle disabilità secondo il fabbisogno assistenziale, far coincidere il momento del riconoscimento dello stato di disabilità con quello della presa in carico, della valutazione multidimensionale e della definizione di un piano individuale multidimensionale, definire i livelli essenziali delle prestazioni socio assistenziali per la NA integrati ai LEA sanitari, e il loro finanziamento a carico della fiscalità generale, ricondurre l'indennità di accompagnamento, rimodulata secondo il fabbisogno assistenziale, dentro il Piano individuale, nominare un responsabile unico per la gestione del Piano, che sia l'interlocutore che supporta l'anziano e/o il care/giver. Finanziare un piano nazionale di potenziamento dei Servizi.

Questa impostazione permetterà di ricomporre attorno alla persona e ai suoi bisogni, la gestione delle risorse oggi frammentate dalla distribuzione delle competenze tra Stato, Regioni e EELL, valorizzare la gestione in prossimità di diritti uniformi sul territorio nazionale, e di stringere la forbice che si è creata nel Paese tra le diverse regioni e anche dentro le stesse regioni, in termini di qualità e opportunità di prestazioni e servizi prestati, aprendo la strada a una equa distribuzione delle straordinarie opportunità che l'innovazione può portare nel campo dell'assistenza.

Sarebbe infine una condizione dalla quale ripartire per un riorientamento delle politiche pubbliche per promuovere l'invecchiamento in salute e una nuova condizione di autonomia e di domiciliarietà, come suggerito nella bella ricerca svolta per AUSER e SPI da Claudio Falasca: "Il diritto di invecchiare a casa propria" ed. Liberetà

Paul Klee – Strada Principale 1929

Il riconoscimento del ruolo dei caregiver familiari

Claudio Falasca,
Direttore di Abitare e Anziani

Il sistema di LTC italiano si sostiene in larga parte sul contributo delle famiglie dei non autosufficienti: secondo l'ISTAT[1] sono circa 3,3 milioni i caregiver familiari, l'8,6% della popolazione italiana adulta. Considerando che su questo ruolo delle famiglie si gioca il futuro della domiciliarità ci si deve interrogare, tenuto conto del processo di invecchiamento della popolazione, delle trasformazioni dei nuclei familiari e delle spinte ad un sempre maggiore impegno delle donne nel mercato del lavoro, se questa fondamentale funzione sociale potrà essere garantita anche nel prossimo futuro.

Per questa verifica ci siamo serviti, nell'ambito della ricerca Auser, SPI Cgil *"Il diritto di invecchiare a casa propria: problemi e prospettive della domiciliarità"*, dell'indice Oldest Support Ratio[2] (OSR), adottato dalle Nazioni Unite per lo studio dell'invecchiamento. Nella ricerca l'indice è stato adattato alla situazione italiana assumendo che a fornire il lavoro di cura siano i familiari compresi nella fascia di età 40-65[3] a favore degli over 65. Questo con riferimento alle previsioni demografiche nello scenario mediano ISTAT al 2016, 2025, 2045 e 2065.

Come si vede dalla Tabella 1 le classi di età che ricadono nell'età compresa tra i 40 e 65 anni, assumendo come base 100 il 2016, subiscono una prima leggera contrazione dello 0,3% nel 2025 per precipitare del 20,2% nel 2045 e del 26,3% nel 2065.

Le classi di età superiori ai 66 anni, viceversa, fanno registrare un incremento dell'11,40% nel 2015, un salto del 50% nel 2045 e del 35,4% nel 20165.

Dalle previsioni distinte per donne e uomini, distinzione particolarmente significativa in considerazione del ruolo significativo delle donne, si ha che le donne tra i 40 e 65 anni diminuiscono dello 0,08% nel 2025, per decrescere significativamente del 23% nel 2045 e del 29,7% nel 2065. Situazione del tutto inversa per le classi con età superiore ai 66 anni che crescono dello 9,7% nel 2016, hanno un picco del 45,2% nel 2045, per scendere al 30% nel 2065. É da sottolineare come le classi di età comprese dagli 81 anni e più hanno un più deciso incremento

1. ISTAT - La conciliazione tra lavoro e famiglia – 2011

2. L'Oldest Support Ratio (OSR) è un indicatore adottato dalle N.U. per lo studio dell'invecchiamento. É definito come rapporto tra la popolazione della classe 50-74 anni e la classe over 85. In sostanza l'indice fornisce informazioni sul numero di persone, figlie o figli, in grado di garantire cure a persone over 85.

3. La ricerca assume a riferimento le persone comprese nella fascia di età tra i 40-65 anni in quanto c'è da ritenere che i loro genitori siano entrati nella fascia di età superiore ai 65 anni.

Tabella 1 - Popolazione tra 40-65, 66-80, +81 anni nel 2016 - 2025 - 2045 – 2065

Valori assoluti e % con base 100 nel 2016

Età/Anno	A - 2016	B - 2025	% B/A	C - 2045	% C/A	D - 2065	% D/A
40 – 65	22.943.545	23.010.509	- 0,3	18.272.057	-20,3	16.908.585	-26,3
66 – 80	9.065.250	9.817.985	8,3	12.763.743	40,8	9.763.705	7,7
+81	3.581.142	4.272.230	19,3	6.209.777	73,4	7.361.346	105,5
Tot. + 66	12.646.392	14.090.215	11,4	18.973.520	50	17.125.051	35,4

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

rispetto a quelle tra i 66-80 anni. Le donne con età superiore agli 81 anni, in particolare, nel 1965 avranno una crescita del 92,2% rispetto al 2016. Nel complesso, comunque, si confermano valori assoluti maggiori a favore delle donne.

Il comportamento degli uomini per le fasce di età tra i 40-65 anni, ad eccezione del 2025 dove aumentano leggermente, per gli anni successivi è simile a quello delle donne anche se con percentuali inferiori: del -17,5% nel 2045 e del -22,7% nel 2065. Per le fasce di età superiori ai 66 anni gli uomini registrano valori percentuali sensibilmente superiori a quello delle donne anche se inferiori in termini assoluti. È da rilevare, in particolare, l'andamento maschile per la fascia di età superiore agli 81 anni dove si registrano percentuali di incremento rispetto al 2016 del 93,6% nel 2045 e addirittura del 130,2% nel 2065.

Andando dunque a calcolare l'Oldest Support Ratio per il 2016, 2025, 2045 e 2065 (Tabella 2) si ottiene che il rapporto tra le due classi di età passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 65 anni per ogni persona con età superiore ai 65 anni, ad un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grosso modo si conferma anche nel 2065.

Calcolando l'indice OSR per le sole donne i valori sono del 1,6 e 1,5 per gli anni 2016 e 2025. Si riduce allo 0,8 nel 2045 e allo 0,9 nel 2065, praticamente una riduzione del 50% come già registrato per il valore complessivo dell'indice.

Dati leggermente diversi si hanno per l'indice riferito ai soli uomini che parte da una soglia del 2.0, leggermente più alta di quella delle donne, per

scendere all'1,8 nel 2025 e dimezzarsi nel 2045 e 2065 quando raggiunge il valore di 1,1.

Come si comprende dai dati su riportati nel prossimo futuro saranno sempre meno i familiari in grado di garantire la cura diretta dei familiari anziani. La conseguenza sarà di mettere a dura prova il pilastro della domiciliarità nella LTC. Un rischio che indiscutibilmente induce forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui costi per le famiglie, se non interverranno profondi cambiamenti nel riconoscimento pieno dei diritti dei cargiver familiari nel sistema di welfare.

Da questo punto di vista un elemento di novità è quanto contenuto nella Legge di stabilità 2018 che ha introdotto il *"Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare"*[4]. Iniziativa significativa in quanto per la prima volta emerge una attenzione nuova verso un problema ad oggi ignorato, anche se è ancora un primo timido passo in rapporto alla dimensione del problema.

Con l'istituzione del Fondo, infatti, nulla viene detto dei diritti di chi si occupa a tempo pieno dei parenti disabili. Le modalità di assegnazione e riparto, inoltre, dovranno essere definite da un successivo disegno di legge. Per ora ci sono solo due certezze. La prima è che il fondo sarà istituito presso il Ministero del lavoro. La seconda è il riconoscimento della figura giuridica del caregiver identificato come: *un familiare entro il terzo grado* che si prende cura *di un parente non autosufficiente*. La situazione di gravità del disabile viene poi definita *"ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di* **indennità di accompagnamento** *ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18"*. Con questa formulazione, il fondo andrà principalmente a beneficio dei caregiver che accudiscono familiari con invalidità riconosciuta al 100 per cento. Non è escluso, tuttavia, che il disegno di legge successivo possa aprire anche a parenti di persone affette da non autosufficienza grave e gravissima, anche se non certificata dal massimo di invalidità.

Ad oggi tuttavia, malgrado l'INPS con la Circolare n. 33 INPS del 28

4. Nella legge di stabilità 2018, è stato istituito e finanziato il nuovo Fondo per il sostegno dei caregiver familiari con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020.
Il sostegno sarà destinato alla persona che assiste e si prende cura del coniuge, di una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, o di familiare fino al terzo grado che non sia autosufficiente, sia ritenuto invalido o sia titolare di indennità di accompagnamento.

Tabella 2 - Oldest Support Ratio nel 2016, 2026, 2045, 2065

Anni/Età	40-65	Più di 66	OSR
2016	22.943.545	12.646.392	1,8
2025	23.010.509	14.090.215	1,6
2045	18.272.057	18.973.520	0,96
2065	16.908.585	17.125.051	0,98

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

febbraio 2018 ha individuato le modalità per accedere al c.d. Fondo Caregiver, ancora non sono state definite le modalità attuative e non sono stati resi disponibili i fondi relativi. Difficile quindi stabilire a quanto ammonterà il sostegno economico per ogni familiare impegnato a tempo pieno nella cura del parente disabile. Se, per ipotesi, lo stanziamento di 60 milioni in tre anni indicato in manovra venisse equamente suddiviso, ad ogni caregiver italiano toccherebbero appena **6 euro e 6 centesimi l'anno**. Ma è probabile che il legislatore decida di concentrare le risorse solo su alcuni caregiver sulla base della gravità dello stato del familiare assistito. In questa fase, non si può però escludere che il criterio per l'assegnazione dei fondi possa essere semplicemente la data di presentazione delle domande fino ad esaurimento dello stanziamento.

Comunque, al di là del sostegno economico alle famiglie, il provvedimento è importante perché per la prima volta riconosce l'esistenza del caregiver nel nostro ordinamento e gli attribuisce una funzione sociale. Indubbiamente questo non migliorerà nell'immediato la vita dei familiari che si occupano assiduamente della cura dei loro cari disabili.

Al riguardo è opportuno richiamare quanto scrive il Senatore Ignazio Angioni promotore della iniziativa, in un suo recente articolo[5]: *"innanzitutto bisogna superare un equivoco che ancora troppo spesso è presente: il caregiver non è un "badante", non è cioè una persona pagata per prestare un'assistenza domestica che riguarda per esempio la pulizia della casa, la preparazione del cibo, ecc. Il caregiver, invece, è la figura*

5. Il sostegno ai caregiver famigliari di Ignazio Angioni in Abitare e Anziani Informa - Tecnologie assistive, smart city e innovazioni sociali per l'invecchiamento attivo – gennaio 2018

Paul Klee – Senecio 1922

che quotidianamente segue il percorso terapeutico del proprio congiunto, lo assiste moralmente e fisicamente, è il suo tramite con la pubblica amministrazione, ne cura gli interessi da ogni punto di vista. Per svolgere questo delicato e faticosissimo impegno, in molti casi condotto anche per diversi decenni, il caregiver da soggetto che aiuta il disabile diventa spesso a sua volta un soggetto fragile, bisognoso anch'esso di assistenza da parte dello Stato. È ormai riconosciuto che diverse patologie psichiche o fisiche sono da ricondurre a questa attività di assistenza".

Per una soluzione più strutturata sui diritti dei caregiver familiari è auspicabile che l'attuale Governo e Parlamento assumano questo problema sperando che il lavoro fatto nella legislatura precedente non vada del tutto vanificato. Si ricorda infatti che nel corso della precedente legislatura il Senato ha approvato un testo unificato sul tema dei caregiver mediando le proposte contenute nei ddl n. 2266, 2228, 2048.

Per una soluzione più strutturata sui diritti dei caregiver familiari è auspicabile che l'attuale Governo e Parlamento assumano questo problema sperando che il lavoro fatto nella legislatura precedente non vada del tutto vanificato.

Nel merito della mediazione raggiunta molto c'è da dire e molto ancora si deve fare per rendere il testo adeguato alle esigenze. Le scelte operate rappresentano la selezione delle parti meno di impatto dei tre testi originali. Da un lato restituisce le responsabilità e le iniziative alle singole Regioni e dall'altro evita di fissare un qualsiasi obiettivo di servizio (premessa a specifici livelli essenziali di assistenza validi in tutto il Paese). Al contempo rimanda sine die l'impegno dello Stato (ché non è certo delle Regioni) di intervenire in ambiti delicati come il riconoscimento del diritto alla salute, dei contributi figurativi per l'accesso alla pensione, delle malattie professionali, infortuni e altro.

Di fondo permane una sorta di retropensiero secondo cui l'attività di caregiving va incentivata poiché è una scelta volontaria e apprezzabile. Se in alcuni casi ciò corrisponde al vero, in moltissimi casi non è affatto una scelta, ma il risultato dell'assenza o della carenza di servizi territoriali sufficienti, adeguati, efficaci al sostegno delle persone e delle famiglie. Una condizione che colpisce - è utile ribadirlo - soprattutto le donne. In tal senso nei tre testi originali e ancor meno nello schema di testo unificato troppo poco o troppo timidamente si rilevano volontà di favorire un welfare che modifichi lo scenario attuale in modo consistente e in tempi certi. È auspicabile che questo non avvenga nella discussione in corso in Commissione lavoro e previdenza sociale del Senato.

Siamo pronti per invecchiare a casa nostra?

Davide L. Vetrano,
Medico geriatra – Italia Longeva

La popolazione mondiale sta invecchiando inesorabilmente con importanti conseguenze sulla salute delle persone. La medicina moderna e contemporanea e, conseguentemente i sistemi sanitari dei paesi ad elevato reddito come l'Italia, tradizionalmente si basano sull'offerta di cure e servizi che ruotano intorno alla gestione di eventi clinici acuti e di conseguenza vedono nell'ospedale il principale luogo delle cure. In tal senso, le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sono molto chiare: è necessario un cambiamento di rotta. Bisogna potenziare un approccio che metta al centro dell'assistenza le esigenze globali della persona, basandosi sull'integrazione dei servizi e percorsi di cura personalizzati, ma anche coinvolgendo l'intera comunità. **La casa, salvo condizioni di acuzie particolarmente gravi, rappresenta il luogo privilegiato delle cure.** Con l'aumento dell'età e della complessità del quadro clinico degli anziani, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) diventa fondamentale per garantire continuità delle cure e uno stile di vita dignitoso e vicino ai propri cari. L'ADI rappresenta una forma di assistenza alla persona che si avvale di servizi sanitari e sociali tra di essi integrati, destinata al cittadino che a motivo di condizioni morbose e svantaggi sociali, ha sviluppato uno stato di non autosufficienza che gli impedisce di usufruire dei servizi sanitari ambulatoriali, ma per il quale, allo stesso tempo, l'utilizzo dei servizi ospedalieri risulta inappropriato. I principali obiettivi dell'ADI sono: la cura della persona presso il proprio domicilio, l'integrazione nella rete delle cure primarie e secondarie e la riduzione dei costi dell'assistenza socio-sanitaria (di fatto inferiori se confrontati a quelli relativi alla istituzionalizzazione o alla ospedalizzazione). Per il secondo anno consecutivo, Italia Longeva – la Rete Nazionale di ricerca sull'invecchiamento e a longevità attiva istituita dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA – si è occupata di ADI e ha presentato a luglio scorso al Ministero della Salute i risultati della sua ricerca.

L'Italia è il paese più vecchio d'Europa. **Nel 2050, gli ultra65enni rappresenteranno il 34% della popolazione nel nostro Paese, ovvero un cittadino su tre**, a fronte di una percentuale odierna pari al 22%. Ma non si tratterà di una rivoluzione esclusivamente demografica. Se nel 2013 cinque milioni di ultra65enni erano affetti da tre o più malattie, nel 2030 questi supereranno gli 8 milioni, e tra loro 6 milioni saranno donne. Nel 2030, tra gli ultra65enni 10 milioni saranno affetti da ipertensione, 4 milioni da malattie cardiovascolari, 3 milioni da diabete, 3 milioni da depressione e ansia, 2 milioni da demenza, 1 milione da malattie respiratorie. Ma ciò che preoccupa maggiormente è l'aumento del carico di disabilità atteso per la popolazione. **Già oggi 4 milioni di ultra65enni presentano almeno una disabilità importante nelle attivita del vivere quotidiano, questi saliranno a 5**

milioni nel 2030, con un'importante differenza tra uomini (1.5 milioni) e donne (3.5 milioni). Da queste disabilità scaturirà un'importante domanda di assistenza con conseguente – auspicabile – presa in carico da parte del sistema sanitario nazionale. Questi dati impongono profonde riflessioni per le loro straordinarie implicazioni in campo medico e per l'importante impatto che avranno sulla nostra società.

Nell'ambito della seconda edizione dell'indagine sull'ADI, Italia Longeva ha aperto una finestra sulla Long-Term Care in Europa, mostrando che **nel nostro Paese la spesa sanitaria devoluta alla long-term care, inclusi i servizi di assistenza domiciliare sia insufficiente** quando confrontata a quella di altri Paesi europei, ma soprattutto se considerata alla luce delle differenze demografiche esistenti tra l'Italia e questi Paesi (**Tabella 1**). Ma il focus principale dell'indagine è stato quello di completare la panoramica sullo stato dell'arte dell'ADI nelle diverse Regioni, avviata nel 2017, inclu-

Paul Klee – La città dei sogni 1921

dendo ulteriori 23 aziende sanitarie, che si sommano alle 12 esaminate lo scorso anno, per un totale di 35 ASL distribuite in 18 Regioni, che offrono servizi territoriali a circa 22 milioni di persone, ossia oltre un terzo della popolazione italiana.

Il trend dell'offerta dell'ADI agli anziani si conferma in crescita, con un incremento dello 0,2% rispetto al 2016, ma che resta ancora un privilegio per pochi: **solo 3,2% degli over65 usufruisce di servizi ADI**, con importanti differenze tra le diverse aree del Paese, spesso anche all'interno della stessa Regione (**Figura 1**). Le disuguaglianze riguardano l'accesso al servizio, le prestazioni erogate (rispetto quelle previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA), le ore di assistenza dedicate a ciascun assistito, la natura pubblica o privata degli operatori e il costo dei servizi offerti nell'ambito di una presa in carico. Come mostrato dall'indagine, le ASL coinvolte garantiscono ai cittadini anziani in ADI circa l'87% delle 31 prestazioni a più alta valenza clinico-assistenziale che sono previste nei LEA, arrivando, in alcuni casi, ad offrire fino al 100% dei servizi, come avviene a Catania, Chieti e Salerno. Un'evidente disomogeneità riguarda invece il numero di accessi per ciascuna presa in carico, con un minimo di 8 ad un massimo di 77 della ASP di Potenza, e le ore di assistenza dedicate al caso, che oscillano da un minimo di 9 ad un massimo di 75 nella ASL Roma 4. In tutti i casi, si tratta di interventi principalmente a carattere infermieristico e, a seguire, fisioterapico e medico. All'ampia variabilità in termini di assistiti ed attività erogate, corrispondono anche costi differenti per la singola presa in carico che variano dai 543 euro della ATS Montagna agli oltre 1000 euro della ASP Potenza. Ciò che stupisce è che non sempre ad un maggior carico assistenziale corrisponde una spesa più elevata.

Alla luce di questi dati sarà imperativo rimboccarsi le maniche al fine di costruire un sistema delle cure domiciliari più equo, efficiente e sostenibile, pena il collasso del sistema. Svariati fattori contingenti rendono ardua questa sfida: l'incremento dell'indice di vecchiaia, la progressiva disgregazione del costrutto di famiglia tradizionale, l'insufficiente numero di caregiver, le profonde diseguaglianze sociali e geografiche, solo per citarne alcuni.

La mission di Italia Longeva è proprio quella di aiutare il Paese a non farsi trovare impreparato di fronte a quella che è emergenza già oggi.

Le indagini ADI 2017 e 2018 di Italia Longeva sono disponibili sul web ai seguenti indirizzi:

www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2017/07/RicercaAdi.pdf

www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2018/07/LTC_ADI2018.pdf

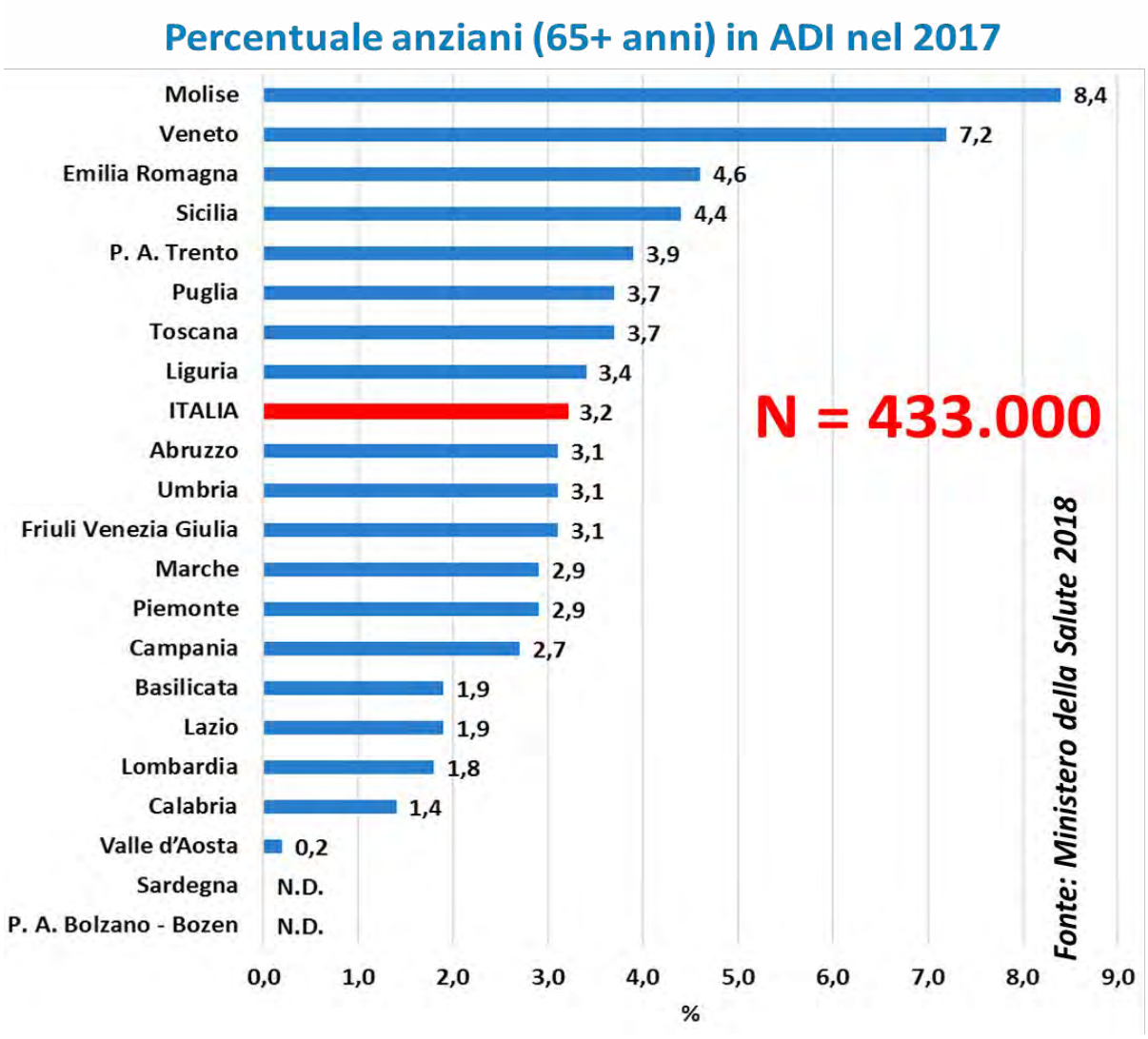
Tabella 1. Spesa sanitaria corrente per funzione di assistenza (%) sul totale della spesa sanitaria in Europa. Dati ordinati per spesa relativa alla long-term care.

PAESI	Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	Long-term care	Servizi ausiliari	Prodotti farmaceutici e altri apparrecchi terapeutici	Servizi per la prevenzione delle malattie	Altro	Totale
Svezia	52.2	26.3	3.7	12.3	3.1	2.4	100
Olanda	51.9	24.8	1.8	12.7	3.6	5.2	100
Danimarca*	56.6	24.4	4.6	9.9	2.4	2.1	100
Belgio	49.4	24.3	5.0	16.2	1.7	3.4	100
Lussemburgo	52.9	23.5	5.9	11.0	2.4	4.3	100
Irlanda	53.9	22.7	2.8	14.1	2.7	3.7	100
Regno Unito	56.7	18.2	1.8	14.5	5.2	3.7	100
Finlandia*	59.4	17.7	3.4	14.6	3.3	1.7	100
Germania	51.3	16.3	4.9	19.8	3.0	4.8	100
Austria	59.3	14.9	3.0	16.9	2.2	3.8	100
Rep. Ceca*	46.5	12.5	12.3	20.0	3.2	5.5	100
Francia*	54.3	12.0	5.4	20.4	1.9	6.1	100
Slovenia*	56.3	10.3	3.5	22.7	3.1	4.1	100
Italia	55.1	10.1	8.2	20.7	4.0	1.9	100
Spagna	58.7	9.2	5.0	22.3	2.0	2.9	100
Lituania	52.1	8.6	5.2	30.1	1.9	2.0	100
Polonia*	59.6	6.8	4.7	23.6	2.7	2.7	100
Romania	42.9	6.4	5.2	39.6	2.1	3.7	100
Lettonia*	49.3	5.9	11.2	30.0	2.0	1.6	100
Estonia	57.7	5.7	10.8	20.9	3.2	1.9	100
Ungheria*	52.5	4.3	5.3	33.1	2.6	2.2	100
Cipro	63.6	3.4	11.5	19.3	0.7	1.5	100
Croazia*	49.6	2.7	9.1	32.0	2.9	3.7	100
Portogallo	65.8	2.6	8.3	19.6	1.8	2.0	100
Grecia	61.7	2.0	4.0	28.3	1.3	2.6	100
Slovacchia*	50.7	0.3	8.3	34.6	1.9	4.2	100
Bulgaria	47.7	0.1	4.2	43.5	2.5	2.0	100

*dati riferiti al 2014.

Fonte: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts 2011. Eurostat Database. Anno 2017.

Figura 1. Percentuale di anziani (ultra65enni) in ADI in Italia nel 2017.



La residenza sanitaria assistenziale: problemi e prospettive

Carlo Fiore,
Dir. Assistenza RSA Ist. San. Michele di Roma

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è una struttura residenziale con diverso grado di compromissione funzionale. Si caratterizza per un tipo di intervento integrato sociosanitario, dove la componente sanitaria risulta necessariamente di elevata intensità sul fronte del nursing e della terapia della riabilitazione.

Accanto a queste esigenze prioritarie di tipo sanitario si collocano con pari importanza quelle sociali, centrate sulla prevenzione dello stress da istituzionalizzazione e sul raggiungimento del massimo livello possibile di riattivazione psico-sociale dell'ospite.

Il raggiungimento di tali obiettivi sanitari e sociali è possibile solo se l'intervento, preceduto da un'adeguata valutazione multidimensionale individualizzata, viene eseguito dall'equipe interdisciplinare, i cui componenti sono stabilmente rappresentati dall'infermiere, dall'assistente sociale, dai terapisti della riabilitazione e dalle figure mediche.

In Italia nei prossimi anni la domanda di servizi sociosanitari e la relativa spesa pubblica e privata sono destinate ad aumentare in modo considerevole, specie per quanto riguarda l'assistenza continuativa.

L'affermarsi dei bisogni sanitari è sempre più giustificato sia dal progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento degli over 80 sia dal forte incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari (con conseguente riduzione delle potenzialità di assistenza erogata all'interno dei nuclei famigliari), sia dalla progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti (da cui è derivata la forte esigenza di promuovere un'assistenza extra ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post acuta dell'intervento sanitario).

In questo contesto, sul fronte dell'offerta di servizi e strutture, le esperienze più avanzate realizzate in Europa hanno individuato possibili modalità d'intervento che sono in grado di orientare il sistema verso maggiori standard di efficacia e al contempo di garantire la sostenibilità finanziaria delle cure.

Tra le molteplici strade percorribili a livello europeo in diversi casi si sta affermando il cosiddetto "sistema a rete", nell'ambito del quale le strutture residenziali di assistenza extra ospedaliera e le altre strutture "intermedie" sono chiamate a svolgere una funzione di raccordo tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio

In Italia lo Stato assistenziale non avvantaggia che in misura modesta i beneficiari dichiarati (i poveri), considerato che il fine del welfare state non è quello di aiutare i meno abbienti, di combattere la povertà (questo è solo il pretesto) ma di fare l'interesse di quanti - politici, burocrati e profittatori assortiti, vivono alle spalle dell'industria dell'assistenza.

In conseguenza, anche se esiste ormai consenso diffuso sulla indesiderabilità degli attuali programmi istituzionalizzati delle strutture residenziali di assistenza, la possibilità che vengono abbondonati appare remota, perché l'interesse organizzato, consapevole e concentrato dei beneficiari effettivi, finirà immancabilmente col prevalere sull'interesse diffuso, scarsamente percepito e disorganizzato della collettività.

L'anziano povero, fragile, emarginato, continuerà ad essere senza assistenza, e la società continuerà a spendere montagne di miliardi ufficialmente a loro favore, di fatto a beneficio di un esercito di "professionisti" dell'assistenza pubblica.

Se a questo si aggiunge che in generale il costo dell'assistenzialismo di Stato grava su tutti, anche sui poveri, mentre i benefici vanno spesso a tutti, anche a coloro che non sono poveri, ci si può rendere conto che la socialità dello Stato assistenziale, nella sua forma attuale è perlomeno dubbia, data la presenza di elementi regressivi di redistribuzione.

La politica redistribuzionista incarna un individualismo astratto e falso in cui le istituzioni intermedie che sono la indispensabile matrice dell'individualità sono messe da parte o soppresse. Essa è specialmente ostile a quella istituzione che è la pietra angolare della società civile, la famiglia.

Se è vero che le RSA sono strutture a duplice valenza (sociosanitaria) allora, accantonati in questa sede i ragionamenti suindicati, e prestando attenzione al nostro Paese, si osserva che la famiglia non riesce a sopportare il forte impegno richiesto per la cura dell'anziano non autosufficiente, e pertanto, l'istituzionalizzazione e il ricovero nelle strutture sanitarie assistenziali risultano ancora le uniche forme di assistenza possibili nei confronti di questi soggetti.

In questo contesto, si deve cercare di mantenere la RSA una struttura del territorio anche se non può rappresentare la sola risposta possibile ai complessi problemi degli anziani non autosufficienti.

La RSA dovrà quindi non ostacolare, ma anzi stimolare il potenziamento di tutti gli altri servizi (ass. domiciliare, centri diurni, house sociale, etc) che concorrono ad individuare nuove forme di residenzialità per gli anziani, che pur mantenendo la caratteristica di civile abitazione possono al contempo mantenere un buon grado di autonomia e l'attivazione di un sostegno nelle situazioni di maggiore fragilità anche con gruppi di mutuo aiuto.

La RSA a livello strutturale e organizzativo deve rafforzare la sua caratteristica di residenza lasciando l'aspetto e l'organizzazione di un piccolo ospedale e porre tra i suoi obbiettivi prioritari quello della qualità della vita degli ospiti, evitando nel contempo il rischio di omissione di assistenza dell'anziano a cui va garantito il dirit-

to a cure secondo i criteri aggiornati della valutazione multidimensionale geriatrica personalizzata, in funzione del bisogno e dello stato di disagio e malattia di ciascun ospite.

SUSSIDIARIETÀ E SOLIDARIETÀ NELLE RSA

Una generica valutazione dei dati sul territorio delinea uno scenario da cui emerge come la valenza polifunzionale della Residenza Sanitaria Assistenziale pubblica, rispecchi sostanzialmente un tentativo ed un'esigenza di adeguamento, da parte del versante socio-sanitario a carattere residenziale, alla evidente diffusione di stati di comorbilità e multidisabilità diffusi ad esempio tra la popolazione anziana in età avanzata, aggravate da precarie condizioni delle reti relazionali, impoverite o inadeguate a fronteggiare livelli di comorbilità a tratti parossistici.

Il monitoraggio delle caratteristiche degli ospiti, unito peraltro ad una più approfondita conoscenza del contesto di provenienza dell'anziano e dei percorsi compiuti verso l'istituzionalizzazione, potrebbe rappresentare un primo passo per l'individuazione di quei punti deboli della rete dei servizi nei quali spesso il senso del vissuto soggettivo si perde, favorendo la colonizzazione dell'anziano da parte della malattia.

Entro la rete stessa, del resto, il passaggio dell'anziano da un ambito assistenziale e/o sanitario ad un altro in termini relativamente ridotti può determinare l'insorgenza di gravi forme di disorientamento, che si configurano come effetto di una logica di adattamento coatto del soggetto portatore di bisogni ad un sistema di servizi non solo scarsamente flessibile, ma anche potenzialmente iatrogenetico (basti pensare alle sindromi da immobilizzazione o alle forme di perdita del sé frequentemente irreversibili che si innescano nell'anziano in certe fasi di istituzionalizzazione.

Allo stato attuale , dunque, conoscenza e comunicazione fra interlocutori territoriali sembrano rappresentare in qualche modo i presupposti essenziali su cui fondare un disegno progettuale di intervento diretto alla popolazione anziana, nel contesto del quale una funzione non secondaria dovrebbe essere assunta da logiche di carattere preventivo, orientate ad una corresponsabilizzazione del soggetto umano e del suo contesto vitale nei confronti della tutela della propria autosufficienza, e ad una salvaguardia del diritto di cittadinanza dei non autosufficienti.

Particolare significato assumono, a tale proposito, esperienze di collaborazione e interazione tra servizi e soggetti diversi, che esprimono la ricerca di una via all'integrazione dall'interno del sistema dove i percorsi assistenziali che l'anziano e la famiglia si trovano a dover intraprendere nel momento di insorgenza del bisogno, sono finalizzati a promuovere logiche di continuità tra fase domiciliare e interventi maggiormente strutturati.

Raccogliendo alcuni dubbi nel contesto di questa riflessione si può sostenere che l'identità della RSA, deve essere configurata come prodotto di una dinamica di interazione tra la realtà della struttura e gli altri soggetti territoriali, in un approccio di tipo critico che conduce ad attivare strategie di diversificazione degli interventi. L'articolazione delle attività, strettamente legata a modalità di integrazione forte tra pratiche socio-assistenziali, attività a carattere marcatamente sanitario e prestazioni di tipo riabilitativo orientate al recupero funzionale, dovrebbe essere gestito nella convinzione che la RSA non debba divenire un'appendice della lunga degenza, ma possa avere una precisa identità, specie se supportata da una efficace ed efficiente gestione di servizi a rete che ne consentano un uso proprio, orientato alla temporaneità e reversibilità delle degenze.

In effetti, le difficoltà che attualmente caratterizzano l'attività della RSA sembrano ancora largamente riconducibili all'inadeguatezza del contesto territoriale in cui è inserita, contesto in cui la cultura della domiciliarizzazione, nelle sue varie espressioni, trova tutt'ora consistenti difficoltà di affermazione.

Il versante domiciliare, oltre a pagare infatti le conseguenze della problematicità dell'integrazione tra settore sociale e sanitario, conta complessivamente su risorse ancora largamente insufficienti a fronteggiare la portata della domanda proveniente dalla popolazione, che tende ad orientare dunque, ancora una volta, sul versante residenziale

Ecco dunque che l'integrazione tra settore istituzionale ed extraistituzionale, tra dimensione sanitaria ed assistenziale, tra interventi di tipo "tradizionale" e nuove modalità gestionali legate al privato sociale possono trovare, nell'orientamento della qualità (dei servizi, delle prestazioni, delle relazioni comunicative), un ulteriore impulso nei termini di incremento del

La RSA dovrà quindi non ostacolare, ma anzi stimolare il potenziamento di tutti gli altri servizi (ass. domiciliare, centri diurni, house sociale, etc) che concorrono ad individuare nuove forme di residenzialità per gli anziani.

livello di organizzazione a rete degli interventi e delle professionalità, in una logica di cooperazione che veda nella conoscenza e nel monitoraggio della condizione anziana sul territorio, il presupposto verso una più equa e razionale ripartizione delle risorse, ed un più agevole accesso ai servizi da parte dell'utenza.

Un modo concreto di sperimentare la realizzazione del principio di "sussidiarietà" inteso come riconoscimento e sostegno di" responsabilità diffuse" e non come abdicazione della parte pubblica ad essere protagonista e a farsi carico del benessere dei propri cittadini.

PROBLEMI ETICI NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

La RSA è una struttura residenziale che si pone tra i suoi obiettivi prioritari quello della qualità della vita degli ospiti.

Nell'organizzazione di una RSA è quindi necessario individuare una serie di "modelli", "strumenti" e metodi di lavoro che contribuiscono a sviluppare "quel lavoro per protetti" che, unico, può orientare tutta l'operatività alla qualità di vita dell'anziano, superando le rigidità logistiche di mansioni e compiti.

Per assicurare la migliore qualità di vita praticabile, l'individualità di ciascun ospite dovrebbe sempre essere riconosciuta e "l'esercizio dell'autodeterminazione" protetto e promosso da tutti gli operatori della RSA. L'ambiente, l'assistenza e il comportamento dello staff nei riguardi dei singoli ospiti devono al contempo sia "riconoscere" la non autosufficienza dell'ospite, che prevedere il massimo livello di autosufficienza possibile da ottenere.

In questo quadro non va sottovalutato lo stretto rapporto che esiste tra invecchiamento e perdita della salute, da un lato, e comparsa di emarginazione, solitudine e non autosufficienza dall'altro. Questo indissolubile intreccio ha come conseguenza il fatto che nell'anziano, molto spesso, risulti difficile spesso distinguere fra i bisogni sanitari, e i bisogni sociali e questo innesca facilmente dei circuiti viziosi che portano a definizioni rigide e schematiche, nonché univoche, dei bisogni che si intendono soddisfare.

La conseguenza diretta di questo fenomeno è che se non si attuano dei servizi integrati in rete si può facilmente determinare uno scollamento tra bisogni e risposte assistenziali, stante l'alta probabilità che un problema venga classificato in modo scorretto o non venga riconosciuto.

Il problema della qualità dell'assistenza conseguente deve quindi costituire un obiettivo di risultato vincolante rispetto al processo stesso di programmazione.

Il livello assistenziale delle residenze sanitarie è andato in questi anni sicuramente migliorando, sia per merito

Paul Klee – Castel garden 1919

del personale che per l'azione costante ed attenta del volontariato, ma ciononostante la logica che vi siano luoghi deputati ad accogliere i più soli, i più vecchi, i più gravi, i più con patologie diffuse seppur stabilizzate, i più agitati, appare sempre meno presentabile: è la logica della "soluzione finale".

Se una società accetta questi presupposti non ha il diritto di scandalizzarsi delle conseguenze: mettere insieme tutti i dementi classificati attraverso diverse sigle, produce una struttura di sorveglianza quasi carceraria. Chi accetta questi procedimenti e pretende effetti diversi o non ha capito la natura dei problemi o è guidato dalla cattiva coscienza che vuole "imbiancare i sepolcri".

In presenza delle attuali risorse è forse possibile tentare di costruire una risposta più adeguata ai bisogni espressi dal mondo degli anziani.

Innanzitutto occorre porsi un obbiettivo fondamentale: all'anziano, a tutti

gli anziani, di qualunque estrazione sociale dovrebbe essere data la possibilità di continuare a vivere nella propria casa o in situazioni di bisogno, in un modello urbanistico, sociale e comunitario che promuova interventi e metodologie a tutela della persona anziana, individuando nuove forme di residenzialità, che pur mantenendo la caratteristica di civile abitazione possono al contempo mantenere un buon grado di autonomia con l'attivazione di un sostegno nelle situazioni di maggiore fragilità anche con gruppi di mutuo aiuto.

Anche se lo Stato grava la collettività di costi per distribuire benefici sotto forma di "servizi sociali" quello che la collettività riceve dallo Stato è sempre meno di quello che la collettività ha dovuto pagare.

Dal momento che è presumibile che "i costi di trasferimento" siano crescenti al crescere delle dimensioni dei programmi, la differenza fra costo dell'assistenzialismo e benefici da esso resi, aumenta al crescere della "socialità" ad es. per una città grande come Roma.

Tra i pochi servizi sul territorio, resi a domicilio dell'individuo anziano e la risposta nella residenza sanitaria, non è in alcun modo mantenuto un equilibrio flessibile, costringendo il soggetto ad una risposta istituzionalizzata obbligata e irreversibile.

Malgrado le carenze dei servizi domiciliari sul territorio, in generale la qualità della risposta per essere socialmente accettabile dovrebbe indirizzarsi su residenze piccole 40/60 posti letto, immerse nella rete dei rapporti sociali e dei servizi.

I grandi contenitori delle residenze sanitarie che accolgono anche 200 o più persone in difficoltà, finiscono per rappresentare, pur con la buona volontà degli operatori, uno spazio di vita lontano da quello familiare, segregante, scandito da ritmi – nel migliore dei casi – di tipo ospedaliero.

La situazione ottimale è quella di disporre di residenze che accolgano contemporaneamente ospiti autosufficienti e non autosufficienti, ospiti stabili e temporanei, ospiti diurni ed occasionali, che possono essere coinvolti nella stessa vita di quartiere.

In altre parole la presenza nella "residenza" dovrà essere dettata da criteri ovviamente di necessità, di provenienza geografica, di durata il più possibile provvisoria, perché il livello etico della risposta non sia al di sotto della sensibilità umana.

Persone non autosufficienti, tra lavoro di cura e welfare (che ancora non c'è). Il ruolo del Sindacato

Stefano Cecconi ,
Responsabile Sanità, non autosufficienza - CGIL Nazionale

L'invecchiamento della popolazione, con l'immigrazione, è il tratto distintivo della grande trasformazione demografica intervenuta in Italia negli ultimi trenta anni. L'invecchiamento, associato alla modifica della composizione della famiglia e al suo restringimento, ha provocato una crescente domanda di protezione e di cambiamento-adeguamento del modello sociale, che non ha ancora trovato una risposta compiuta. E nei prossimi cinquanta anni, le proiezioni d lungo termine MEF-RGS, ci dicono che la popolazione anziana raddoppierà (e gli ultra 85enni triplicheranno).

L'allungamento della speranza di vita per milioni di persone, di per sé un indicatore positivo, si è però accompagnato, in Italia più che altrove, ad un aumento delle persone in condizione di non autosufficienza. In sostanza da noi si vive più a lungo rispetto ad altri Paesi nel mondo ma si vive peggio (si veda il Rapporto OECD Health at a Glance 2018).

L'Istat nel 2018 stima in più di 3 milioni le persone in condizioni di disabilità, un numero che cresce se si considerano tutti coloro che hanno bisogno di un qualche aiuto per soddisfare le necessità della vita quotidiana. La situazione riguarda soprattutto le persone anziane, ma non solo, ed ha esposto, in particolare, le donne ad un sovraccarico nella cura delle persone più fragili, ostacolando il loro ingresso e peggiorando le loro condizioni, nel mercato del lavoro.

Di fronte a questa crescente domanda di welfare per la non autosufficienza (che ha bisogno di prevenzione, di misure sanitarie, di interventi in campo sociale, abitativo, di organizzazione delle città, di misure nel lavoro per la conciliazione, ecc.) le politiche pubbliche sono state deboli se non assenti. Il mercato si è mosso più velocemente dello Stato, offrendo alcune soluzioni (polizze assicurative per la non autosufficienza, assistenza privata, ausili per la mobilità e persino con la domotica) ma, ovviamente, per sua natura seleziona e soddisfa i clienti in base al loro reddito e non ai loro bisogni. Si è formato, e quindi sviluppato, un vero e proprio sistema di welfare privato a carico dei cittadini singoli e delle famiglie. Un sistema centrato sulla domanda di lavoro domestico e di cura, che in pochi anni ha avuto un'impennata, passando dai 270mila addetti del 2001 ai quasi 900mila addetti tra Colf e Badanti censiti come lavoratori regolari dal'Inps nel 2016.

Sappiamo però che si tratta di un segmento del mercato del lavoro caratterizzato in prevalenza da lavoratrici immigrate (anche se durante la crisi è aumentata la componente italiana), spesso prive di tutele adeguate. E infatti considerando la quota di lavoro irregolare si calcola che siano almeno 1,5 milioni gli addetti al lavoro domestico - di cura.

Inoltre anche laddove si applica lavoro regolare, nonostante i miglioramenti

introdotti dai Contratti Collettivi che hanno riconosciuto e regolato questi rapporti, i dipendenti si trovano in condizioni di estrema debolezza, e il lavoro è molto, molto gravoso.

La peculiarità di questo settore di mercato del lavoro è che la debolezza dei dipendenti si confronta con la situazione di estrema fragilità delle persone che devono accudire (bambini o anziani non autosufficienti). E con le limitate disponibilità economiche dei datori di lavoro, che non assumono dipendenti per svolgere attività di impresa ma per necessità assistenziali.

Di fronte a questo peculiare rapporto tra domanda e offerta di lavoro domestico - di cura, il Sindacato (la Cgil, lo Spi e la Filcams che rappresentano e tutelano queste persone) ha organizzato, e sta organizzando, possibili soluzioni per migliorare le condizioni delle lavoratrici e dei lavoratori e contemporaneamente i diritti delle persone che vengono da loro accudite. Si tratta di un'azione sindacale, già avviata in molti territori, per armonizzare la tutela collettiva e individuale rivolta a lavoratrici e lavoratori con i servizi che rivolgiamo ai loro "datori di lavoro" (spesso iscritti allo stesso sindacato!). Per un sindacato è un'attività delicatissima, perché, pur distinguendo i diversi ruoli, riconosce e si preoccupa dei diritti e delle difficoltà di entrambi i soggetti: lavoratore e datore. La scommessa (e l'esperienza sembra dimostrarlo) è favorire un miglioramento delle loro condizioni, e anche per questa via rendere conveniente il lavoro regolare, proprio tenendo conto che molto spesso si tratta di "attori fragili".

Ma è evidente che un lavoro di tutela e

Paul Klee – Ponte rosso 1028

di rappresentanza sindacale è assolutamente insufficiente a garantire tutele e diritti. Non può essere che continui ad essere la risposta "spontanea" delle famiglie, di fronte alla pressoché totale assenza del welfare pubblico, la via per assicurare assistenza alle persone non autosufficienti. Oggi infatti il welfare pubblico interviene, solo o quasi, con misure monetarie e con la sanità, e prevalentemente con ricoveri in strutture. Il diritto a restare nel proprio ambiente di vita, a casa propria, è quasi sempre affrontato dalle famiglie, con le badanti appunto. Di fronte ad una spesa per le Cure a Lungo Termine (LTC), stimata dal MEF-RGS in circa 25 miliardi (l'1,7% del PIL: il 40% è spesa sanitaria, il 60% spesa sociale, di cui per bel l'80% come trasferimenti monetari) il fondo nazionale per la NA è appena di 500 milioni. Mentre i cittadini e le famiglie, con il lavoro domestico o pagando le rette nelle strutture di ricovero, si caricano il grosso della spesa sociale. In assenza di politiche nazionali organiche ed esplicite per la non autosufficienza (e in assenza dei Livelli Essenziali per il Sociale), alcune regioni hanno approvato leggi, piani e fondi per la non autosufficienza e perfino tentato di regolare la presenza del lavoro domestico-di cura. In questa situazione, avverte il NNA - Network Non Autosufficienza, "il rischio di povertà, ..., non colpisce indistintamente la popolazione anziana ma, al suo interno, si rivolge in modo particolare ai non autosufficienti ed alle rispettive famiglie: in questo gruppo tale rischio è aumentato in misura significativa rispetto a prima della crisi".

Per queste ragioni, i Sindacati dei Pensionati e le Confederazioni hanno deciso di rilanciare una vertenza per riportare al centro dell'agenda politica la questione della Non Autosufficienza (e quindi dell'Autosufficienza!). Cuore di questa vertenza è un nuovo disegno di legge, che aggiorni e arricchisca quello di iniziativa popolare presentato nel 2006 dopo aver raccolto milioni di firme. Una simile vertenza, che riguarda tutto il nostro Paese, può vivere se nei territori il sindacato riuscirà a organizzare una vera e propria mobilitazione sociale, capace di restituire voce a milioni di persone, a partire da quelle più fragili.

La riforma della indennità di accompagnamento

Claudio Falasca,
Direttore di Abitare e Anziani

Il ruolo dell'indennità di accompagnamento[6] all'interno del sistema di cura a lungo termine italiano è ben noto, essendo divenuta negli anni la principale misura di supporto dello Stato ai cittadini non autosufficienti, a fronte di bassi livelli di copertura degli altri servizi formali di assistenza (ADI, SAD, presidi residenziali, ecc.).

L'indennità di accompagnamento è un assegno mensile garantito a chi presenti una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o nell'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita.

La dimensione dell'impegno finanziario pubblico destinato a questa misura è di circa 13 miliardi di euro ogni anno e interessa una platea dei beneficiari di circa 2 milioni di cittadini

L'ammontare di questi trasferimenti è cresciuto velocemente nel corso degli anni, in parte riflettendo l'effettiva evoluzione del bisogno della popolazione ma in parte anche in virtù di diversi fattori culturali ed organizzativi. Tra questi ultimi si possono menzionare, ad esempio, la maggior consapevolezza dell'utenza circa i propri diritti, ma anche i difetti nel sistema di gestione delle indennità. Difetti che, tra l'altro, hanno ingenerato iniquità e disuguaglianze tra i cittadini in stato di bisogno: basti pensare che per lungo tempo l'ente responsabile per la certificazione del bisogno e la concessione dell'indennità (la regione tramite le Aziende del Servizio Sanitario Regionale) è stato diverso dall'ente responsabile del finanziamento della misura (lo Stato centrale, tramite l'INPS)".

Non sorprende, quindi, che la crescita costante della diffusione delle indennità sia stata disomogenea tra le regioni e non sempre c'è una relazione equilibrata tra tassi di disabilità (indicatori del bisogno e di probabile esistenza del diritto all'indennità) e tassi di fruizione di questa misura di sostegno.

Si pone quindi un serio problema di revisione della indennità nella piena consapevolezza che si va a toccare lo strumento principale a cui si è affidata la risposta istituzionale ai problemi della non autosufficienza.

Questo comporta innanzitutto essere consapevoli che le resistenze alla riforma hanno ragioni fin troppo ovvie: innanzitutto perché è stata evocata più volte con l'intento di operare risparmi da reinvestire, invece che per rendere

6. Indennità di accompagnamento: l'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. L'indennità spetta al solo titolo della minorazione, cioè è indipendente dall'età e dalle condizioni reddituali.

equo ed efficace lo strumento. Poi perché l'offerta di servizi pubblici non è adeguatamente sviluppata, a fronte di un intervento certo, che integra il reddito se del problema si fa carico la famiglia, o che può essere usato per acquistare servizi, o coprire i tanti costi di beni non forniti dal servizio pubblico, infine perché le ripetute campagne sui falsi invalidi, hanno sempre alimentato l'idea che da lì potessero venire risparmi.

Con questa consapevolezza porre mano alla indennità è possibile riaffermando che essa costituisce la fonte per un ampio e riconosciuto diritto soggettivo esigibile, di tipo universalistico, a protezione del rischio di non autosufficienza. A partire da qui si può ragionare per superare quell'insieme di criticità derivanti da un impianto regolativo risalente agli anni '80 e mai adattato alle mutate condizioni contestuali.

Così perimetrato l'ambito della discussione, le principali criticità sono tre:

a) l'assenza di uno strumento standardizzato di valutazione del bisogno di cura che riduca il grado di discrezionalità nell'accesso al beneficio;
b) l'assenza di una graduazione negli importi della misura che consenta alle persone con autosufficienza più grave di poter contare su una protezione più elevata;
c) la natura esclusivamente monetaria e non finalizzata della misura, che non offre un effettivo sostegno in termini di servizi a chi non è in grado di organizzare autonomamente la propria cura.

Si tratta di limiti ormai ben noti, che tuttavia possono essere superati attraverso una ricalibrazione mirata della misura. Se cambiare è dunque necessario si tratta di vedere non solo cosa ma anche come per evitare il prevalere delle resistenze.

La strada da percorrere è quella, indicata più volte dallo SPI Cgil, del confronto e della partecipazione ponendo con chiarezza alcune condizioni preliminari che la possano rendere possibile:

- *1° condizione* - che si parta dal presupposto di aumentare le risorse globali disponibili, perché le persone non autosufficienti ricevano di più e meglio;
- *2° condizione* - la gradualità, quindi agendo solo sui nuovi riconoscimenti. Non sarebbe un rinvio, ma assecondare il turn over molto elevato (anche per l'elevata età media dei percettori) oltre 300.000 all'anno, condurrebbe in 5 anni a una riforma quasi interamente a regime;
- *3° condizione* - che l'accesso alla indennità riformata non sia legato alla prova dei mezzi, cioè che non ci siano persone escluse.

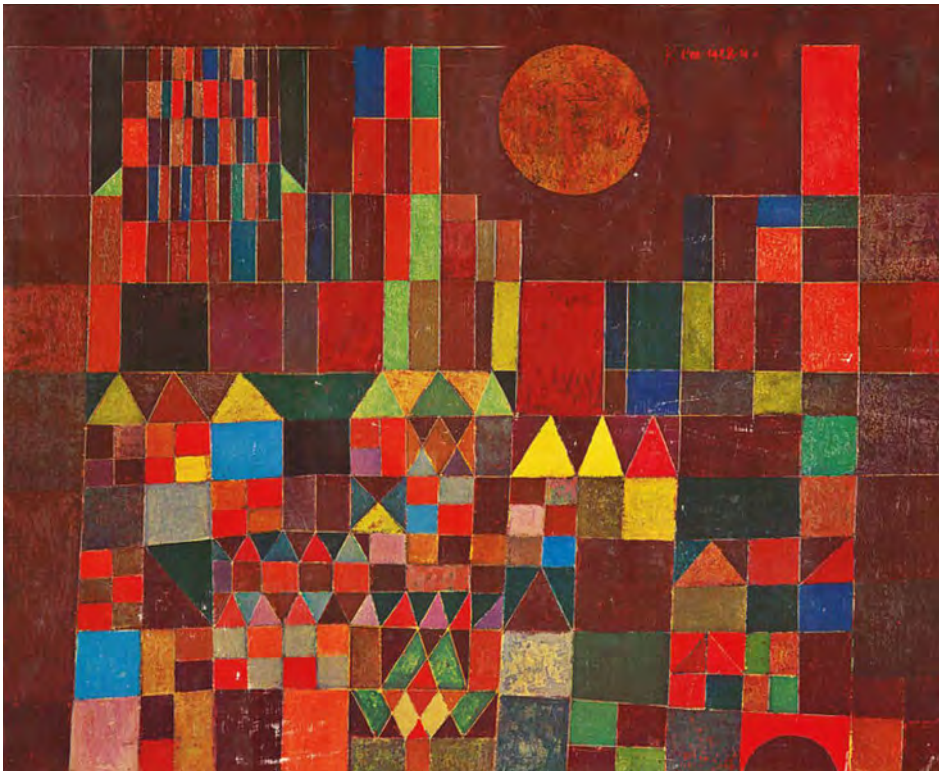
A quel punto si potrà ragionare di come cambiare tempi e modalità del riconoscimento di quello che si configurerà come una dotazione di risorse per il piano individuale, che potrà variare da un minimo a un massimo in

relazione al fabbisogno assistenziale.

È chiaro che il riconoscimento di un benefico andrà rapportato al riconoscimento del grado di non autosufficienza secondo la classificazione sulla base del fabbisogno assistenziale che sarà adottata.

Parallelamente andranno definiti i criteri per la partecipazione alla spesa dei servizi tale da garantire a tutti la accessibilità, ma anche graduata in ordine al rilievo che si assegna al servizio da fornire e alle ricadute attese.

Considerando infine che questo istituto è presente anche in altri Paesi, due caratteristiche dei trattamenti in vigore in Germania sembrano meritevoli di attenzione: il primo è l'aver previsto un modesto beneficio anche per stadi leggeri di non autosufficienza, con l'obiettivo di far entrare presto gli anziani non autosufficienti nella rete della presa in carico; il secondo, aver previsto una libertà di scelta tra beneficio monetario e fornitura di servizi, ma con un valore più alto dei servizi rispetto al cash. Si tratta di due indicazioni da valutare se si ritiene che tra gli obiettivi da perseguire ci sia da un lato una presa in carico tempestiva, e dall'altro anche il potenziamento e la qualificazione dell'offerta di servizi, e una correzione del mix tra servizi e trasferimenti monetari che caratterizza il nostro Paese



Paul Klee – Castello di Metropolis 1930

La valorizzazione del patrimonio immobiliare degli anziani

Claudio Falasca,
Direttore di Abitare e Anziani

I dati ci dicono[7] che il 54,9% delle case degli anziani ha un'età media superiore ai 50 anni e, di conseguenza, mediamente vetuste, con ambienti e impianti vecchi, spesso fuori norma in materia di sicurezza, caratterizzate dalla presenza di barriere architettoniche, nel complesso rispondenti ad una vecchia concezione dell'abitare.

Si pone, quindi, con una certa urgenza la necessità di promuovere un programma finalizzato alla valorizzazione e adeguamento delle abitazioni degli anziani, con interventi che riguarderanno sia le abitazioni che gli edifici per eliminare le barriere architettoniche, rendere più fruibili gli spazi di vita (presenza di dislivelli, porte e portoni troppo stretti, vasca da bagno inaccessibile, mancanza di ascensore nell'edificio), attrezzandoli di impianti domotici e di tecnologie per una vita più autonoma.

Occorre, inoltre, prendere in considerazione la possibilità di trasformare la gestione della abitazione, che il rapporto di AeA ci dice essere mediamente ridondante gli stretti bisogni degli anziani, da fonte non secondaria di spesa, in una possibile fonte integrativa di reddito da realizzare attraverso una ottimizzazione intelligente e attenta dell'uso del proprio patrimonio.

Si tratta di un'ipotesi di lavoro che in qualche modo la crisi ha spinto ad essere adottata in via spontanea attraverso forme articolate di sub affitto e coabitazione. In non poche circostanze sono possibili interventi di modifica degli alloggi, se troppo grandi, creando unità abitative autonome o di co-housing, da condividere con parenti, amici, personale di assistenza, in cambio di aiuto e sostegno o da affittare ad altri, per ricavarne un contributo nelle spese quotidiane.

Da questo punto di vista è significativo l'incremento di coabitazioni del +194,8% nel decennio 2001-11. Assecondare questa possibilità con misure adeguate di sostegno e accompagnamento può determinare una sorta di doppio dividendo: migliorare la condizione di vita degli anziani, contribuire a dare risposte alla domanda abitativa senza dover realizzare nuove abitazioni.

Una ulteriore linea di intervento per venire incontro alla condizione abitativa degli anziani ci viene suggerita dalle esperienze nazionali ed internazionali da cui si ricava come ormai siano maturi i tempi per una nuova idea di abitare. Queste esperienze ci dicono come la casa del futuro non sarà più un microcosmo chiuso in se stesso come quello conosciuto nel passato. La casa tende ad aprirsi ed a proiettare fuori di sé una serie di attività e servizi in gestione comune che la rendono sempre più aperta al

7. Abitare e Anziani - 2° Rapporto sulla condizione abitativa degli anziani che vivono in case di proprietà - 2015

contesto sociale. Si tratti di spazi e servizi quali soggiorno, laboratorio, servizi di lavanderia, di assistenza e sorveglianza, ecc. utilizzati e gestiti in forma comune: i benefici economici e sociali che se ne possono ricavare sono straordinari proprio in rapporto ai bisogni degli anziani, in particolare quando sono soli. Non sfugge, infatti, che questi nuovi modelli abitativi si integrano e completano l'idea di un sistema di servizi di prossimità per la domiciliarità.

I sondaggi e le esperienze in corso dimostrano come questo nuovo modo di concepire l'abitare stia prendendo corpo spontaneamente. É evidente però che sostenerne e regolarne lo sviluppo ne potrebbe accelerare l'affermazione con enormi benefici in favore di quella parte di anziani che si trovano soli ad affrontare l'ultima stagione della loro vita.

Per questo insieme di ragioni lungimiranti politiche abitative attente ai bisogni degli anziani possono giocare un ruolo fondamentale, in quanto consentirebbero di contrastare efficacemente il ricorso a strutture pubbliche e/o private para sanitarie, migliorando e rendendo più sicura la vita degli anziani nella loro casa con rilevanti benefici per la spesa sanitaria.

Va sottolineato come questa proposta, oltre ad essere accolta con grande favore dagli uomini e dalle donne anziane e dalle famiglie, è anche più realistica in rapporto alla capacità di dare in tempi adeguati una risposta di carattere "istituzionale": tenendo conto della domanda potenziale, è incomparabilmente più conveniente da un punto di vista economico se teniamo conto che il mantenimento di un anziano in una struttura pubblica comporta oneri non inferiori a 1.500 euro/mese quando autosufficiente, che cresce più del doppio in caso di non autosufficienza.

COME REALIZZARE QUESTE TRASFORMAZIONI

Si tratta innanzitutto di prendere atto che in prospettiva saranno crescenti i problemi derivanti da una quota di popolazione sempre meno autonoma nelle sue funzioni più elementari da cui ne consegue l'urgenza di una strategia che, come indica il rapporto *"Anziani e casa nell'unione Europea"* a cura dell'Osservatorio Europeo del Social Housing[8], comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

Per ridefinire queste relazioni non è

8. Osservatorio Europeo del Social Housing – 2008 - "Anziani e casa nell'unione Europea – Lo studio analizza il rapporto tra invecchiamento della popolazione e condizione abitativa nei paesi dell'Unione Europea

necessario porre mano a "grandi interventi", quanto piuttosto a diffuse e leggere misure di "riconversione", anche perché gli anziani mal sopportano bruschi cambiamenti del loro "ambiente" fatto di affetti, memorie, vicinanze, relazioni, ... Si tratta quindi di promuovere misure di sostegno a favore di azioni finalizzate all'adeguamento del patrimonio immobiliare esistente, in larga parte di proprietà degli anziani, adeguandolo ai moderni standard di sicurezza e confort, dotandolo di tutte quelle tecnologie che rendono più agevole la gestione domestica.

Tutto questo comporta sicuramente l'impegno di adeguate risorse non solo private, ma anche pubbliche. Non si tratta, però, di quantità impossibili visto che le principali misure di sostegno pubblico agli interventi di adeguamento e ristrutturazione del patrimonio immobiliare sono già operative da anni con significativi risultati[9]. Si tratta invece di stabilizzarle e meglio indirizzarle sulla base di standard di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana.

Per questo è anche urgente rivedere la normativa che regola la qualità edilizia con particolare riferimento alle barriere architettoniche interne ed esterne all'abitazione. In larga misura le norme esistono e sono sufficientemente in grado di rispondere ai bisogni degli anziani, tuttavia il problema è il loro rispetto e attuazione e, in tutti i casi si pone l'esigenza di una attenta verifica a fronte del salto quantitativo e qualitativo intercorso dalla loro ideazione ad oggi. In particolare: della assenza di alcune fattispecie di servizi nella normativa sugli standard edilizi/urbanistici con particolare riferimento alla domiciliarità; dei concetti di accessibilità, visibilità e adattabilità fondanti il D.M 236/1089 sulle barriere architettoniche; delle tipologie edilizie residenziali, ma non solo; della adeguatezza dei regolamenti edilizi e condominiali; ecc.

Un terreno privilegiato di sperimentazione può essere individuato nell'ambito dei futuri programmi di edilizia pubblica, in quelli di social housing, nelle ristrutturazioni di edifici residenziali e non residenziali pubblici e privati esistenti (edifici dismessi o sottoutilizzati, ex caserme, patrimonio sequestrato alla criminalità organizzata). Considerando che molti di questi interventi interesseranno quote di patrimonio pubblico e vedranno sempre più impegnati come soggetti promotori e attuatori i Fondi di investimento immobiliare, si porrà l'esigenza di una verifica attenta dei contenuti delle convenzioni nell'ambito delle quali verrà definito l'equilibrio tra finalità pubbliche dell'intervento e interessi privati coinvolti.

9. Gli immobili in Italia 2017 - Ministero Economia e Finanze - Agenzia delle entrate

Un grande contributo a questo diffuso processo di adeguamento può essere dato da quell'insieme di soggetti sociali organizzati che già oggi si fanno carico di migliorare la condizione anziana. Quello che deve essere chiesto a questi soggetti che operano in rapporto a persone strutturalmente fragili, è di garantire assistenza e servizi professionalmente qualificati e di totale affidabilità.

La proposta che si avanza è di promuovere un diretto coinvolgimento delle amministrazioni territoriali al fine di realizzare una sorta di sportello di riferimento per la realizzazione del graduale processo di adeguamento del patrimonio immobiliare, a cui l'anziano può rivolgersi per avere un servizio affidabile, garantito, qualificato e integrato di supporto alle sue esigenze. Se le amministrazioni pubbliche sostenessero questo progetto in breve tempo si potrebbe realizzare una rete di servizi diffusa nel territorio finalizzata all'adeguamento del patrimonio immobiliare che tenga dietro ai tempi del progressivo invecchiamento della popolazione.

LA CASA DA COSTO A FONTE DI REDDITO

In questo quadro in cui le risorse a disposizione degli anziani giocano un ruolo non secondario, va posta grande attenzione l'attuazione della Legge n. 44 del 2015 che aggiorna le norme su "Prestito vitalizio ipotecario"[10]. Le modifiche introdotte al precedente testo intendono rendere tale istituto una forma di finanziamento garantito da una proprietà immobiliare residenziale, tale da consentire al proprietario – di età superiore a 65 anni – di convertire parte del valore dell'immobile in contanti per soddisfare esigenze di liquidità, senza che lo stesso proprietario sia tenuto a lasciare l'abitazione, ovvero a ripagare il capitale e gli interessi sul prestito fino alla scadenza del contratto. Gli interessi e le spese relative sono infatti capitalizzati periodicamente sul finanziamento originario e rimborsati alla data di decesso del mutuatario. Allo scadere del debito, gli eredi (nel caso il proprietario non decida di rimborsare anticipatamente il finanziamento), possono estinguere il debito nei confronti dalla banca e liberare l'immobile dall'ipoteca, vendere l'immobile ipotecato oppure, in ultima ipotesi, lasciare che la banca

10. Dal dicembre del 2005 il prestito vitalizio ipotecario è stato introdotto anche in Italia con l'art. 11-quaterdecies del decreto-legge n. 203/2005, come introdotto dalla legge di conversione n. 248/2005[1], che stabilisce che: "Il prestito vitalizio ipotecario ha per oggetto la concessione da parte di aziende ed istituti di credito nonché da parte di intermediari finanziari, di cui all'articolo 106 del testo unico di cui al decreto legislativo 1º settembre 1993, n. 385, di finanziamenti a medio e lungo termine con capitalizzazione annuale di interessi e spese, e rimborso integrale in unica soluzione alla scadenza, assistiti da ipoteca di primo grado su immobili residenziali, riservati a persone fisiche con età superiore ai 65 anni compiuti."

Paul Klee – Giorno d'inverno poco prima di mezzogiorno 1922

mutuataria venda l'immobile per rimborsare il proprio credito.

Rispetto agli schemi della cosiddetta nuda proprietà[11] – che hanno finalità analoghe – il prestito vitalizio ipotecario offre al mutuatario il vantaggio di non perdere la proprietà dell'immobile e, pertanto, di non precludere la possibilità per gli eredi di recuperare l'immobile dato in garanzia, lasciando a questi ultimi la scelta di rimborsare il credito della banca ed estinguere la relativa ipoteca. Scopo dell'istituto, così modificato, è

11. La nuda proprietà è il valore dell'immobile decurtato dell'usufrutto. Quindi in parole semplici, vendere la nuda proprietà significa vendere il proprio immobile, ma tenendo per sé il diritto di viverci per tutta la vita

di rendere disponibile il valore della proprietà per rispondere al soddisfacimento di esigenze diverse da parte della proprietà anziana (esigenze di consumo che comportano spese anche rilevanti, la necessità di integrare il proprio reddito ovvero di avere immediate disponibilità economiche e l'esigenza di supportare i figli [o i nipoti] nell'acquisto della casa di abitazione, attraverso il versamento del necessario anticipo in contanti).

Queste diverse formule, comunque, presentano non poche criticità, come messo in evidenza nel corso della presentazione del *Vademecum sul Prestito Vitalizio Ipotecario* predisposto dal Consiglio Nazionale del Notariato e dalle Associazioni dei Consumatori[12]

In particolare:

- viene "legalizzata" la capitalizzazione degli interessi (anatocismo) per cui con il passare del tempo il debito cresce a dismisura;
- gli interessi bancari praticati per il prestito sono ben superiori a quelli del credito ordinario;
- viene vincolata la residenza e l'uso dell'immobile ai soli sottoscrittori del prestito;
- la valutazione del valore dell'immobile da considerare per determinare l'ammontare del prestito è decisamente inferiore al suo valore di mercato;
- viene vietato qualsiasi intervento sull'immobile, anche migliorativo;
- significativi sono i costi della perizia per l'attivazione del prestito;

Senza considerare, infine, che queste soluzioni sono fortemente traumatiche per le persone anziane e profondamente ingiuste se la necessità di attivare il prestito scaturisce dalle maggiori spese derivanti dalla non autosufficienza, come ad esempio nel caso di spese infermieristiche, del supporto della badante, delle spese per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

12. Nella conferenza stampa del 18 luglio 2018 il Consiglio Nazionale del Notariato e le Organizzazioni dei Consumatori hanno presentato il Vademecum dedicato al Prestito Vitalizio Ipotecario

L'aggiornamento del quadro tecnico e normativo

Claudio Falasca,
Direttore di Abitare e Anziani

La non autosufficienza copre un ventaglio ampio di situazioni, molte delle quali non impediscono di avere una vita normale di attività e relazione, a condizione che lo consenta l'ambiente in cui l'anziano non autosufficiente vive: si tratti di abitazione, quartiere o città.

Creare queste condizioni non è cosa semplice, ma non impossibile. L'OMS negli ultimi anni ha dedicato una grande attenzione a questo problema e fornito utili suggerimenti. Vengono indicati, in particolare, i seguenti ambiti di intervento: *adeguamento degli standard urbanistici, adeguamento della normativa sulle barriere architettoniche, realizzazione di servizi per la rete di prossimità, modelli abitativi per la residenzialità leggera, servizi di tecnoassistenza smart.*

ADEGUAMENTO DEGLI STANDARD URBANISTICI

L'introduzione degli standard urbanistici nella legislazione italiana, anche se avvenuta con un relativo ritardo rispetto ad altre realtà, è stato un momento importantissimo nello sviluppo urbano delle nostre città. Con gli standard, infatti, si è posto un freno alle pretese della speculazione edilizia di determinare essa gli assetti urbani con l'affermazione del principio dell'interesse pubblico.

Il concetto di standard è stato introdotto dal Decreto Interministeriale due aprile 1968 n. 1444 che valutava in 18 m^2/ab la quantità minima di spazi pubblici suddivisi in: 9 m^2/ab di "verde regolato", 2,5 m^2/ab di "parcheggi", 4,5 m^2/ab per l'istruzione e 2 m^2/ab per "attrezzature di interesse comune"[13].

Ai fini dell'osservanza dei rapporti suindicati nella formazione degli strumenti urbanistici, si assume che, salvo diversa dimostrazione, ad ogni abitante insediato o da insediare corrispondano mediamente 25 m^2 di superficie lorda abitabile (pari a circa 80 m^3 vuoto per pieno), eventualmente maggiorati di una quota non superiore a 5 m^2 (pari a circa 20 m^3 vuoto per pieno) per le destinazioni non specificamente residenziali ma strettamente connesse con le residenze (negozi di prima necessità, servizi collettivi per le abitazioni, studi professionali, ecc.).

Ebbene tutto questo è stato determinato in rapporto ad un contesto sociale profondamente diverso dall'attuale (crescita demografica, crescita economica, industrializzazione, crescita edilizia e urbana, infrastrutturazione del Paese), in cui i problemi prioritari erano la realizzazione di servizi pri-

13. Gli standard urbanistici rappresentano i rapporti tra gli spazi destinati agli insediamenti residenziali e gli spazi pubblici riservati alle attività collettive, all'edilizia scolastica, a verde pubblico o a parcheggi.

mari fondamentali (edilizia residenziale pubblica, scuole, ospedali, asili nido, parcheggi, verde, ecc.) la cui realizzazione veniva ostacolata dagli interessi della rendita e della speculazione edilizia.

Oggi, a fronte del mutato scenario sociale, si pone il problema di valutare se gli standard previsti dal Decreto 1444/68 sono adeguati a far fronte alle nuove esigenze, in particolare a quelle che pone una quota sempre più consistente di popolazione anziani, buona parte della quale è interessata da forme di limitazioni funzionali.

La risposta a questo interrogativo è sicuramente negativa, e cioè il Decreto1444/68 deve essere integrato con l'introduzione vincolante di standard minimi a favore degli anziani. In altri termini non si può più lasciare alla sensibilità degli amministratori pro tempore decidere circa l'opportunità di prevedere localizzazioni e quantità di servizi e spazi dedicati agli anziani.

In particolare le criticità a cui prestare attenzione sono: la rete dei servizi di prossimità sociosanitari e per le cure intermedie a livello di quartiere; la presenza e localizzazione dei presidi sanitari; la presenza e localizzazione di residenze socioassistenziali; la permanenza di una rete di commercio di prossimità; le smagliature nelle reti dei trasporti pubblici; la presenza di servizi di primissima necessità (wc, sosta,..); la sicurezza e agibilità dei marciapiedi e attraversamenti; illuminazione stradale; servizi dedicati alla informazione, assistenza, contatto, ritrovo, sicurezza.

Ovviamente il tema degli standard ha un valore paradigmatico di quanto ci sia da fare per l'adeguamento delle nostre città. Sicuramente molto può essere fatto con una gestione amministrativa sia pubblica che privata più sensibile alla presenza degli anziani. Si tratta, in buona sostanza, di dotare centri abitati e quartieri, in particolare quelli periferici, di piani dotazione di servizi sociali che, definendone la dotazione, si integrino anche con le politiche di pianificazione commerciale, dei trasporti e della regolamentazione urbanistica dei cambi di destinazione d'uso. Un mix di regole, incentivi e programmazione di specifiche dotazioni pubbliche (da ripensare rispetto al DM del '68) per arricchire le funzioni urbane in prossimità delle residenze.

ADEGUAMENTO DELLA NORMATIVA SULLE BARRIERE ARCHITETTONICHE.

Pochi dati sono sufficienti a sostegno della tesi della necessità di adeguare Il Decreto Ministeriale 236/1089 sulle barriere architettoniche. Nel 2014 quasi 700.000 persone – 11,3 ogni mille – hanno dichiarato di essere rimaste coinvolte in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Si tratta, nel complesso, di 783mila incidenti nei tre mesi, con una media di

1,1 incidenti per persona colpita[14].

Il fenomeno è chiaramente connotato per genere ed età: le donne, gli anziani e i bambini sono le categorie maggiormente a rischio di incidenti domestici.

Il 70,4% di tutti gli incidenti ha come vittima una donna, con un numero di incidenti subìti più che doppio rispetto a quelli che colpiscono gli uomini (551mila incidenti subìti da donne contro 232mila degli uomini).

Oltre un terzo degli incidenti (36%) riguarda una persona di 65 anni e più e il 4,5% ha come vittima un bambino sotto i 5 anni.

L'assoluta predominanza di cadute tra le donne anziane (rispettivamente 76,1% per la classe di età 65-74 anni e 81% per quella da 75 anni in su) si traduce in una più elevata incidenza di fratture a danno soprattutto degli arti inferiori; viceversa, per gli uomini le lesioni più frequenti sono le ferite e le parti del corpo più colpite sono soprattutto braccia e mani (rispettivamente 49,2% e 39,9% per le due classi di età considerate).

CUCINE, PAVIMENTI E SCALE I LUOGHI PIÙ RISCHIOSI.

All'esterno delle abitazioni le cose non vanno meglio[15]. Gli indici di mortalità e lesività per categoria di utente della strada evidenziano i rischi più elevati per gli utenti più vulnerabili rispetto a quelli di altre modalità di trasporto. L'indice di mortalità per i pedoni, pari a 2,93 morti ogni 100 incidenti per investimento di pedone, è più di quattro volte superiore rispetto a quello degli occupanti di autovetture (0,66); il valore dell'indice riferito a motociclisti e ciclisti è, invece, circa il doppio. L'indice di lesività è molto elevato per i pedoni e per gli utenti delle due ruote a motore.

Su questa delicata materia, su sollecitazione anche di varie organizzazioni sociali, nel 2013 in Parlamento è stata presentata una Proposta di legge[16] che, pur avendo ricevuto il parere favorevole di tutte le commissioni parlamentari interessate, non è giunto alla approvazione definitiva.

La proposta di legge prevedeva la ricostituzione della Commissione permanente, già prevista dall'articolo 12 del decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236, con il compito di individuare la soluzione

14. ISTAT – Report: Gli incidenti domestici - 2014

15. Rapporto SINUS: livello di sicurezza e incidentalità nella circolazione stradale Secondo il nuovo rapporto SINUS pubblicato dall'Upi – Ufficio prevenzione infortuni

16. Proposta di legge Camera n.1013 - Disposizioni per il coordinamento della disciplina in materia di abbattimento delle barriere architettoniche

a eventuali problemi tecnici derivanti dall'applicazione della normativa di cui alla proposta di legge, di elaborare proposte di modifica e aggiornamento, anche finalizzate a semplificare la realizzazione di innovazioni tecnologiche, dirette all'eliminazione delle barriere architettoniche, nelle parti comuni degli edifici esistenti e nelle loro pertinenze, di adottare linee guida tecniche basate sulla progettazione universale ai sensi dell'arti colo 4, comma 1, lettera f), della Convenzione delle Nazioni Unite del 13 dicembre 2006 e di procedere a un monitoraggio sistematico dell'attività delle pubbliche amministrazioni con riferimento all'attuazione dell'articolo 32, comma 21, della legge 28 febbraio 1986, n. 41, in materia di adozione di piani di eliminazione delle barriere architettoniche.

È auspicabile che l'attuale Parlamento torni a interessarsi di questi problemi.

RETE DI PROSSIMITÀ DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI

Nel corso degli ultimi anni, il contesto sociale, economico e demografico della città si è trasformato rapidamente, portando a cambiamenti nel ciclo di vita, nella struttura della famiglia e nel tessuto sociale, evidenziando la presenza di condizioni di fragilità e disagio multidimensionali conosciute, al fianco di altre di nuova generazione, e di bisogni sempre più stratificati che richiedono un approccio ad un modello d'intervento preventivo, trasversale alle aree d'intervento, alle diverse problematiche, ed a livello generazionale. La principale caratteristica di un servizio di prossimità è quella di rendersi prossimo, appunto, ai problemi di persone e famiglie in condizioni di difficoltà, rilevando i bisogni espressi ed inespressi, le situazioni di fragilità e disagio, attivando direttamente o indirettamente le risposte ed interventi necessari, promuovendo il lavoro di rete inteso come valorizzazione delle reti naturali di persone e famiglie e nel territorio con le risorse formali e informali per lo sviluppo di ulteriori sinergie.

La strategia d'intervento dei servizi di prossimità, prevede azioni di sistema e obiettivi a livello trasversale con un approccio multidimensionale e non settoriale, preventivo e non solo riparativo, in relazione alle diverse problematiche di disagio sociale, economico, abitativo, occupazionale, della sicurezza, della vivibilità e della riqualificazione dei quartieri con la finalità di garantire servizi ed interventi che siano in grado di migliorare la qualità della vita delle persone, delle famiglie e della comunità.

A sovrintendere a questa strategia dovrebbe essere il Piano di zona di cui all'art.19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 "*Legge quadro per la re-*

alizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"[17]. C'è da dire però che nell'articolo il riferimento alla dimensione territoriale è di carattere generale, quando invece c'è bisogno di una relazione più stretta tra tipologia dei servizi, dislocazione territoriale e luoghi in cui risiede la domanda sociale.

La necessità da cui ripartire è, dunque, quella di ripensare i Piani di zona integrandoli con la dimensione urbanistica per creare un sistema continuo di assistenza sociosanitaria distribuito nel territorio finalizzato a offrire una gamma di livelli di assistenza rispondenti alle diverse esigenze dei diversi gradi di limitazioni funzionali degli anziani. L'obiettivo è l'integrazione dei due pilastri della LTC: quello domiciliare e quello residenziale.

TIPOLOGIE ABITATIVE PER LA RESIDENZIALITÀ LEGGERA

Come già detto la non autosufficienza copre un ventaglio ampio di gravità, con conseguenti richieste assistenziali molto diverse in termini di intensità. La presenza di questa eterogeneità ha portato a pensare a soluzioni diverse di residenzialità rispetto alle RSA per le situazioni ove la non autosufficienza non sia totale e riguardi solo alcune delle attività della vita quotidiana, con prevalenza di quelle strumentali.

Queste soluzioni, dette di "residenzialità leggera", configurandosi di fatto come una sorta di soluzione di continuità tra le tradizionali RSA e la domiciliarità, hanno denominazioni e modalità di funzionamento diverse: ad esempio gli appartamenti o i minialloggi protetti (housing sociale) si

L'introduzione degli standard urbanistici nella legislazione italiana, anche se avvenuta con un relativo ritardo rispetto ad altre realtà, è stato un momento importantissimo nello sviluppo urbano delle nostre città.

17. Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - La legge enuncia i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, volto a garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e tendente a ridurre le situazioni di disagio. il diritto alle prestazioni e ai servizi spetta a tutti i cittadini. la programmazione e la verifica dei risultati e il metodo adottato per la realizzazione degli interventi, finanziati da più soggetti pubblici.

rivolgono prevalentemente a persone autosufficienti, mentre le case-famiglia e le comunità alloggio accolgono anche persone più bisognose di assistenza.

Le innovazioni nell'ambito dell'assistenza residenziale arrivano a toccare anche gli anziani con demenza, per i quali sono in corso di realizzazione interessanti progetti basati su una tipologia abitativo-residenziale meno "istituzionale" e più simile alla casa (ad es. i cosiddetti "villaggi").

La comparsa di queste nuove modalità di offerta per i servizi residenziali rivolti agli anziani non autosufficienti si può datare nel 1979, con la realizzazione del modello Assisted Living di Keren Wilson[18]. Da allora l'idea di una residenzialità non istituzionale, ma centrata sulla persona e con un modello strutturale e operativo derivato dalla normale vita quotidiana di una famiglia, ha conosciuto negli USA e in altre parti del mondo momenti di grande sviluppo.

Queste soluzioni, collocandosi in una via intermedia tra la residenzialità e domiciliarità propongono soluzioni operativamente sorvegliate concettualmente fondate sul riconoscimento del ventaglio di situazioni che la condizione anziana comporta, passando dalla fragilità lieve alla grave dipendenza fisica e alla demenza.

Una diversità di situazioni che non può non riflettersi nelle soluzioni che una società cosciente dei suoi problemi e delle sue possibilità deve considerare, se non altro per la finalizzazione appropriata della spesa. La progettazione dell'habitat è al crocevia delle diverse problematiche del welfare, rappresentando una variabile determinante per la sostenibilità economica di ogni progetto futuribile per l'invecchiamento demografico, una prospettiva che l'attuale sistema, imperniato sulla proliferazione di modelli costosi e complessi come le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) non potrà a lungo sostenere. Analizzando la situazione delle migliori soluzioni fra i Paesi europei si individuano tre ipotesi chiave: 1) la libertà di scelta, possibile solo se esiste, 2) un "ventaglio" di soluzioni possibili, meglio se in una rete strutturata di offerta, 3) la progettazione di abitazioni che tengano conto del ciclo di vita, quindi adattabili a diverse soluzioni interne che seguano plasticamente le modificazioni (prevedibili) del nucleo famigliare.

18. Oggi, la vita assistita è l'opzione perfetta per gli anziani attivi che preferiscono invecchiare indipendentemente, ma in modo sicuro. La Assisted Living Federation of America definisce la vita assistita come "un'opzione di assistenza a lungo termine che combina alloggi, servizi di supporto e assistenza sanitaria, se necessario". È progettata per gli anziani che potrebbero aver bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana come cucinare e trasportare servizi, ma che desiderano comunque rimanere il più indipendenti possibile.

Sostenute dalle esperienze internazionale, le diverse forme di sostegno abitativo protetto – gradite da anziani e famiglie, ma anche dai gestori e dai decisori politici, perché meno costose e più facili da gestire rispetto alle soluzioni più tradizionali – sono cresciute enormemente. Questo ha favorito la crescita di modelli professionali certificati adatti a garantire la necessaria tutela ad anziani fragili o vulnerabili con autonomie residue, ben integrati con i tradizionali servizi domiciliari, capaci di valorizzare il lavoro privato di cura e di contenere il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Anche in Italia, in particolare in Lombardia, Veneto; Toscana, Emilia-Romagna, sono state avviate esperienze di domiciliarità leggera, tuttavia le rigidità normative e il ridotto riconoscimento istituzionale hanno finora contenuto lo sviluppo significativo di soluzioni abitative protette e di vita assistita (Giunco, 2016).

SMART CITY E SERVIZI DI TECNOASSISTENZA

La velocità media necessaria ad attraversare le strisce pedonali in tutta sicurezza è 1,2 metri al secondo. Peccato però, spiega il dipartimento della Salute inglese, che un anziano pedone riesca a camminare con una andatura compresa tra i 0,7 e i 0,9 metri al secondo. Le città, trafficate e stressanti, non sembrano progettate per gli abitanti anziani, i quali potrebbero preferire quella che Chris Phillipson, sociologo dell'Università di Manchester, chiama *self-imposed house arrested* - arresti domiciliari auto-imposti.

I nonni urbani, tuttavia, saranno sempre di più e, quindi, spiegano i ricercatori, non esiste smart city - città intelligente e capace di includere - senza *smart old adults* - anziani integrati e attivi. Le amministrazioni territoriali si trovano di fronte a una sfida, cioè la qualità della vita delle persone attempate, non solo possibile, ma doverosa. E da vincere anche con una app.

Questo deve avvenire a partire dall'ambito domiciliare coinvolgendo la persona anziana in questa evoluzione verso la creazione di un ambiente accessibile, sicuro e attivo nell'erogare facilitazioni e servizi in grado di agevolare la gestione delle attività quotidiane.

L'insieme dei servizi che prendono il nome di Servizi di Active and Assisted Living[19] (AAL) dall'omonimo Programma di Ricerca della UE che dal 2014 stimola l'introduzione di soluzioni innovative all'interno dei sistemi di assistenza e cura europei al fine di affrontare le moderne sfide sociodemografiche e le conseguenti necessità emergenti in ambito domestico.

19. AAL è un programma comune a sostegno di una vita attiva e autonoma (programma AAL, dall'acronimo in inglese Active and Assisted Living),

Il ruolo di queste nuove soluzioni tecniche, altamente personalizzabili e quindi rispondenti al progetto di vita che vede al centro la persona e il suo rapporto con l'ambiente, può avere un importante impatto su diversi aspetti legati all'abitare, in primis quelli relativi alla sicurezza e alla prevenzione degli incidenti domestici fino al supporto delle relazioni che la persona ritiene significative per la propria vita sociale. Allo stesso tempo rappresentano soluzioni che possono alleggerire il carico assistenziale dei caregivers familiari, permettendo un monitoraggio non intrusivo, dal proprio PC o smartphone, delle condizioni abitative delle persone fragili a supporto dell'autonomia e della sicurezza di quest'ultimi.

Si sta parlando dell'evoluzione dei sistemi di teleassistenza, dove internet, sensori e smartphone hanno sostituito la linea telefonica tradizionale e il più classico dispositivo di telesoccorso; il valore aggiunto dei nuovi sistemi sta nella capacità di memorizzare ed elaborare i dati sulle attività domestiche fornendo informazioni immediate su anomale variazioni della routine e prospetti a medio e lungo termine utili ad individuare variazioni sensibili nei comportamenti che possano essere interpretate in un'ottica di prevenzione.

L'introduzione dei servizi di AAL e più in generale di tutta la tecnologia dell'assistenza deve crescere con l'abilità tecnologica delle generazioni, offrendo la soluzione più adatta al momento. Oggi le prime soluzioni AAL evolute iniziano ad affacciarsi sul mercato, la barriera rappresentata dalla confidenza nelle soluzioni tecnologiche più avanzate inizia a cedere di fronte alla diffusione di smartphone e tablet e di fronte a importanti programmi di istruzione sull'uso delle nuove tecnologie. Di conseguenza il ruolo di chi progetta servizi a supporto della domiciliarità deve mirare allo sviluppo di piattaforme gestionali flessibili che: possano evolvere al passo delle tecnologie e soprattutto siano integrate con il sistema organizzativo dei servizi, che supportino la condivisione di informazioni sulla persona e quindi il lavoro di rete e la presa in carico globale.

nato dopo la conclusione di un precedente programma settennale denominato "Ambient Assisted Living".

LE RUBRICHE/1

a cura di **Fabio Piccolino**

GOVERNO E ISTITUZIONI

MOROSITÀ INCOLPEVOLE, IL FONDO PER IL SOSTEGNO AL REDDITO

È stato approvato nei mesi scorsi il fondo, pari a 45,84 milioni di euro, per gli inquilini morosi incolpevoli. La misura rappresenta uno strumento di sostegno al reddito per le categorie sociali più deboli e consiste nell'erogazione di contributi a favore di inquilini che, per intervenute perdita o riduzione del reddito, non riescono più a corrispondere il canone di locazione. Si tratta di uno strumento a forte valenza sociale da intendere come ammortizzatore, che facilita il pagamento dei canoni di locazione riducendo, al contempo, il fenomeno della morosità.

Per morosità incolpevole si intende la "situazione di sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo in ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare da ricondurre ad una delle seguenti cause: perdita del lavoro per licenziamento; accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro; cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limiti notevolmente la capacità reddituale; mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici; cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate, derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente; malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che abbia comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali".

BARRIERE ARCHITETTONICHE, 180 MILIONI PER GLI EDIFICI PRIVATI

Ammontano a 180 milioni di euro fino al 2020 le risorse che il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha ripartito per l'eliminazione ed il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati.

I fondi arrivano dal Fondo Investimenti previsto dall'art. 1, comma 140 della Legge di Bilancio 2017, che rifinanzia la Legge 13/1989 'Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati', che non veniva rifinanziata dal 2003.

I 180 milioni di euro assegnati alle Regioni coprono buona parte dei fabbisogni inevasi fino al 2017, segnalati negli ultimi mesi dalle Regioni al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Le Regioni ripartiranno i finanziamenti tra i Comuni richiedenti per contribuire alle spese dei privati cittadini.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DALL'ECCELLENZA ALL'INEFFICIENZA

La spesa sanitaria cresce (+1,34%) ma le tecnologie a dispo-

sizione di Asl e ospedali sono vecchie e soggette a frequenti rotture che le rendono inutilizzabili per parecchio tempo. Permangono forti disparità nella qualità e nell'accesso al cure tra le diverse Regioni italiane anche se alcuni amministrazioni sono riuscite a proporre ai pazienti modelli profondamenti innovatori. La requisitoria orale del procuratore generale della Corte dei Conti, Alberto Avoli, fotografa lo stato di salute del Ssn dove si alternano eccellenze accanto a sacche di inefficienza dure da estirpare.

Secondo la Corte dei conti permangono «forti differenze» nella qualità e nella disponibilità dei servizi fra le varie Regioni e questa situazione di diseguaglianza viene intercettata dalla crescente incidenza della mobilità sanitaria. Ad esempio, la Regione Calabria ha una mobilità passiva in uscita del 21,3% (a fronte di una mobilità attiva del 2,5%), la Sicilia ha rispettivamente percentuali del 7,1 e dell'1,8. Quali poli di attrazione per i cittadini che decidono di ricevere le cure in aree diverse da quelle di residenza spiccano Lombardia e Veneto al Nord, Emilia Romagna, Toscana e Umbria al centro.

I numerosi interventi in tema di razionalizzazione della spesa si sono abbattuti nel comparto sanitario con tagli «spesso troppo lineari», secondo la magistratura contabile. «Tuttavia - sottolinea Avoli - bisogna riconoscere che il sistema sanitario nazionale ha saputo proporre scelte e metodologie organizzative profondamente innovatrici, in grado di preservare i livelli qualitativi di servizi resi ai cittadini». In questo scenario alcune Regioni «hanno dato migliore prova, accentuando ancora di più la divaricazione fra i vari territori regionali, che tuttora caratterizza il comparto».

LISTE D'ATTESA, PARTITO IL NUMERO 1500

Parte il numero di pubblica utilità 1500: il servizio telefonico che darà informazioni e risposte ai cittadini in tema di liste d'attesa. Al numero verde, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00, risponde il personale sanitario del ministero della Salute: informerà sulle modalità di accesso alle prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale e raccoglierà eventuali segnalazioni sulle esperienze dei cittadini. È possibile segnalare la propria esperienza anche attraverso un modulo on line.

I dati raccolti saranno analizzati per promuovere interventi migliorativi in accordo con le Regioni e Province autonome, cui competono programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. Il progetto ha visto la collaborazione di Cittadinanzattiva che ha testato il servizio insieme ai suoi volontari in tutte le regioni d'Italia.

Il servizio 1500 non effettua prenotazioni di prestazioni sanitarie, non raccoglie denunce penali e non fornisce va-

lutazioni cliniche sulle prescrizioni effettuate dal medico.

VIDEOSORVEGLIANZA IN ASILI NIDO, SCUOLE E STRUTTURE PER PERSONE ANZIANE O DISABILI: C'È IL SÌ DELLA CAMERA

La Camera ha detto sì alla videosorveglianza negli asili nido, nelle scuole per l'infanzia e nelle strutture socio-assistenziali per persone anziane o disabili: ora tocca al Senato decidere se la proposta di Annagrazia Calabria (FI) diventerà legge. Il testo prevede "misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori nei servizi educativi per l'infanzia e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità". Controllare per proteggere, insomma, attraverso l'installazione di videocamere a circuito chiuso nei servizi educativi e scolastici per l'infanzia e nelle strutture diurne, semiresidenziali e residenziale che ospitano persone anziane o con disabilità. Le registrazioni saranno a disposizione delle sole forze di Polizia, previa denuncia. Un testo molto simile era stato già approvato alla Camera, per essere poi fermato al Senato, esattamente due anni fa. Già allora la proposta aveva suscitato qualche perplessità.

Tra le misure di prevenzione e contrasto contenute nella proposta di legge, c'è un piano straordinario di ispezioni per il triennio 2018-2020, per verificare le condizioni delle strutture e valutare il benessere del personale impiegato. È previsto poi un sistema di valutazione attitudinale per l'accesso alle professioni educative e di cura e un percorso di formazione iniziale e in servizio del personale impiegato in queste strutture.

321 MILIONI PER L'EDILIZIA PUBBLICA

321 milioni di euro ripartiti tra le regioni per il recupero degli alloggi di edilizia residenziale pubblica attraverso interventi di manutenzione straordinaria: il DM è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale

Il decreto stabilisce che i provvedimenti regionali di concessione delle risorse siano assunti entro novanta giorni dalla comunicazione ministeriale dell'avvenuta validazione del decreto di trasferimento delle risorse. Per i comuni capoluogo di Regione il termine sarà invece di centoventi giorni. Gli interventi finanziati dovranno essere avviati entro dodici mesi dalla data del provvedimento regionale di concessione del contributo e ultimati entro ventiquattro mesi dalla data di avvio dei lavori. Il mancato rispetto dei termini indicati provocherà la revoca dei finanziamenti.

APE SOCIALE: RESPINTO IL 76% DELLE DOMANDE

Secondo il Rendiconto sociale 2017 dell'Inps, nel periodo novembre 2017-luglio 2018, il numero di domande per

l'Anticipo pensionistico sociale (Ape sociale) presentate dai lavoratori disoccupati è di 57.572, pari al 65,80 del dato complessivo (oltre 87 mila), ma quelle accolte sono 21.009, pari al 24%. In pratica, meno di una domanda su quattro.

Il costo medio per 41 mesi di accompagnamento alla pensione di un disoccupato è stato di 46.984 euro, con il pagamento di una indennità media mensile di 1.146 euro. Gli oneri per le altre tre categorie di beneficiari (lavoratori con invalidità superiore al 74%, lavoratori che assistono persone con handicap grave e lavoratori addetti a lavori gravosi) risultano analoghi, con una indennità mensile pro-capite compresa tra 1.158 e 1.249 euro.

Per quanto riguarda l'Ape volontario, quello a totale carico del lavoratore richiedente, nello stesso periodo 2018 (aprile-luglio) sono state presentate all'Inps 26.145 domande. Il perfezionamento di prestito oneroso ha riguardato però solo 4.850 aventi diritto, pari al 18,6%. Nelle regioni del Nord i richiedenti la certificazione di Ape volontario sono stati 10.730 pari al 41% del totale; nelle regioni del Centro Italia sono stati 4.311 pari al 16,4%; mentre nelle regioni del Sud e delle isole 11.104 pari al 42,4%.

REGIONI

ASCENSORI, ADEGUARE L'EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA IN EMILIA ROMAGNA

2 milioni di euro nel 2018 e altrettanti nel 2019 per dotare gli immobili dell'Edilizia residenziale pubblica di ascensori e montacarichi. È quanto previsto dal bando della regione Emilia Romagna per contrastare le difficoltà delle persone con ridotta mobilità. Nella provincia di Ferrara ci sono 258 fabbricati Acer costruiti negli anni Cinquanta, e 1.758 alloggi realizzati tra il 1970 e il 1980. Tutti anteriori, dunque, alla legge approvata nel 1989 che impone la presenza dell'ascensore in tutti gli immobili con almeno tre piani. Considerato che circa il 30 per cento degli inquilini Acer ha più di 65 anni, si stima che ci siano circa 200 fabbricati in cui l'installazione di un ascensore si è resa necessaria per la presenza di Grandi Anziani (over 75) o persone con problemi di mobilità. Tradotto in persone, qualcosa come 500 nuclei familiari che rischiano di ritrovarsi prigionieri in casa, quando non lo sono già.
Il bando regionale è un passo iniziale che consentirà di adeguare una quindicina di edifici.

BASILICATA, COME AVVIARE LA LEGGE REGIONALE SULL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

I temi dell'incontro dei sindacati dei pensionati con il dipartimento alla Sanità e alle politiche della persona della Regione Basilicata su richiesta dei segretari di Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil sono stati l'avvio della fase attuativa della legge regionale in materia di "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazio-

ni", costituzione della Consulta regionale per l'invecchiamento attivo, assegni di cura e prosecuzione del confronto in ordine alla definizione di un programma integrato di interventi sulla non autosufficienza e per l'attuazione delle linee guida per la formazione dei nuovi piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari.

I sindacati hanno espresso forte preoccupazione rispetto ai ritardi riscontrati nell'attuazione e nell'incertezza dei finanziamenti delle misure previste, nei confronti delle quali la Regione Basilicata ha assunto una serie di impegni. Primo fra tutti, la predisposizione con urgenza degli atti per l'erogazione degli assegni di cura da parte dei Comuni ai cittadini aventi diritto, fermi a gennaio 2018, ivi compresi gli assegni pregressi.

Ammontano a 180 milioni di euro fino al 2020 le risorse che il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha ripartito per l'eliminazione ed il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati.

La Regione si è impegnata inoltre a ripristinare le risorse necessarie per l'attuazione della legge sull'invecchiamento attivo approvata all'unanimità il 20 novembre 2017 su proposta dell'Assemblea regionale delle Leghe dei pensionati e per dare piena attuazione ai piani intercomunali sociosanitari e socioassistenziali.

UMBRIA, PROTOCOLLO DI INTESA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil Umbria hanno firmato un protocollo di intesa sugli interventi del piano regionale integrato per la non autosufficienza (Prina) che risponde all'idea di un welfare come rete di servizi a garanzia dei diritti fondamentali, diritti che non sono monetizzabili.

I sindacati dei pensionati, sottolineano anche il momento politico particolare nel quale è arrivato l'accordo, con un impegno finanziario importante e non scontato da parte della Regione, a difesa di "un modello di sanità e di welfare che ha sempre contraddistinto in positivo l'Umbria e per il quale Cgil, Cisl e Uil si sono sempre battute".

LOMBARDIA, CONTRIBUTI PER L'ACQUISTO DI STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI

La Regione Lombardia ha stanziato 2,6 milioni di euro per l'acquisto, il noleggio o il leasing di ausili e strumenti tecnologicamente avanzati per i giovani e le persone adulte con disabilità.A beneficiarne saranno tutte le persone con disabilità indipendentemente dall'età e le famiglie con figli con disturbi specifici di apprendimento (DSA). Da quest'anno è possibile presentare domanda solo se si ha un'ISEE in corso di validità inferiore o uguale a 30mila euro. Sono ammesse al finanziamento le spese per strumenti/ausili non inferiori ai 300 euro e non superiori a 16mila euro, nella misura del 70% dell'importo ammissibile.
Coloro che hanno già usufruito del contributo, possono presentare una nuova domanda solo dopo cinque anni, che decorrono dalla data di presentazione della richiesta. Fatta eccezione, però, per le richieste di ausili appartenenti ad una diversa area.

IL PIEMONTE ABBATTE LE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Grazie ad 1.8 milioni di euro stanziati nel bilancio regionale 2017, circa 400 famiglie di 131 Comuni possono beneficiare di fondi per rendere accessibile la propria abitazione a persone con disabilità

Per il triennio 2017-2020 la Regione metterà altri 25 milioni di euro per l'accessibilità di case e palazzi. Alla fine del 2017 le richieste per gli invalidi totali superavano gli 8 milioni e mezzo di euro. Sono previsti inoltre degli interventi per contrastare il disagio abitativo. Grazie alla nuova programmazione cambiano i criteri di classificazione dei Comuni per l'erogazione dei fondi. Verranno dunque prese in considerazione sei variabili, dal numero degli sfratti a quelle seguite dai servizi sociali, al patrimonio Erp.

L'obiettivo dunque è di allargare le maglie per la richiesta di finanziamento. Grazie a questa nuova classificazione i Comuni in Piemonte ad alto rischio abitativo diventano 58, quelli a medio 52 e quelli a basso 1.091.

COMUNI
A CREMONA UNA PORTINERIA SOLIDALE

Il progetto nasce dalla scelta di Cremona Solidale e Fondazione Città di Cremona di recuperare, ristrutturandolo, l'edificio della storica Portineria ed affidarlo ad Auser Unipop Cremona quale sede di lavoro (senza oneri di affitto) e come luogo di incontro delle Associazioni di volontariato che attualmente operano all'interno di Cremona Solidale. Non solo "occupazione" di spazi ma costruzione di un vero e proprio presidio fisico e, al tempo stesso, simbolico, in un luogo connotato da sempre come "ultima tappa" dell'età anziana e della non autosufficienza. "Portineria Solidale" prevede diverse proposte finalizzate alla realizzazione di attività destinate agli ospiti della struttura, ai loro familiari e ai cittadini del quartiere e della città. All'interno della

Portineria Solidale, dal 3 settembre è attivo uno Sportello sociale, un luogo di ascolto dove le famiglie e i singoli possono recarsi per ricevere informazioni di carattere sociale e assistenziale.
La portineria si trova in Via Brescia, 207.

BRESCIA, OTTIMIZZARE I SERVIZI SOCIALI PER LE PERSONE FRAGILI

Lo hanno intitolato «Trame di futuro in Vallecamonica: dal filo d'argento ai fili colorati», ed è un progetto per l'ottimizzazione dei servizi sociali finanziato dal bando della Regione Lombardia per il sostegno alla terza età e alle persone fragili. Milano ha messo sul piatto 52 mila euro: una somma che servirà da una parte a razionalizzare il servizio dei trasporti sociali in Valcamonica attraverso l'attivazione di un numero verde unico (800.99.59.88) che funzionerà da centrale operativa, dall'altra ad attivare un servizio di chiamata amica che ricalchi l'esperienza del «Filo d'argento» dell'Auser. «Partiamo proprio dall'esperienza dell'Auser - ha ricordato Piero Brunori, presidente di Anteas Brescia che è capofila del progetto - e proviamo a fare rete per sommare tutti i numeri che ogni anno vengono raccolti sul territorio da ogni singola associazione». Il progetto presentato da Anteas, Auser e dall'Associazione Alzheimer camuno sebina si propone di evitare doppioni da una parte e di mancare il servizio dall'altra, e partirà entro la fine dell'anno. Tutto nasce dalla constatazione che sul territorio operano per fortuna tanti gruppi, ma che l'attività non è coordinata «disperdendo risorse e tempo, come quando tre associazioni accompagnano nello stesso momento tre persone diverse nello stesso ospedale per una visita». Per superare gli sprechi nascerà una sorta di rete sociale gestita proprio dal numero verde unico che sarà «domiciliato» nella sede dell'Auser di Pisogne.

MANTOVA, IL CONDOMINIO È SOLIDALE

Condomini dove si incontrano e si incrociano le più disparate fragilità: anziani soli, famiglie in difficoltà economica, immigrati, persone con disagi psichici e sociali. Una realtà quella delle case popolari di Mantova e non solo che presenta sempre più spesso problemi di convivenza, forti conflittualità e rischio di ghettizzazione. Da qui è partito il progetto Auser Mantova "Esperienze di condomini solidali" in collaborazione con il Comune e altre organizzazioni territoriali: fornire un aiuto concreto e attivare una serie di iniziative come lo Sportello di Vicinato, laboratori, il collegamento Skype per gli anziani soli. «In più un lavoro di scambio con il territorio – racconta il presidente di Auser Chiribella – come feste di quartiere e passeggiate che coinvolgano anche altri cittadini per creare ponti di incontro». Entro dicembre nel condominio Palazzo del Mago, che versava da anni in condizioni di degrado, verrà potenziato lo sportello di vicinato che sarà aperto per 6 ore settimanali con attività di ascolto e raccolta di bisogni e risorse,

di mediazione dei conflitti ove necessario, e di scambio di informazioni dal palazzo alle istituzioni e agenzie dell'abitare e viceversa. Lo sportello inoltre attiverà servizi per gli anziani, come il trasporto protetto, la mediazione culturale e si attiverà per fornire ai nuclei che ne necessiteranno il servizio di gestione del reddito familiare.

A RIMINI I CONDOMINI ATTIVI

All'immobile di Acer nella frazione di Tombanuova di Rimini è stata inaugurata l'esperienza di "Condomini Attivi": una serie di attività che, prenderanno il via dalla prossima settimana, per rafforzare lo spirito di comunità utilizzando in maniera virtuosa gli spazi comuni del condominio.

Nel corso dell'inaugurazione – a cui hanno partecipato molti condòmini di diverse culture e provenienze – sono intervenuti la Vicepresidente della Cooperativa Fratelli è Possibile, Elisa Zavoli, il Presidente di Auser Rimini, Massimo Fusini, l'Assessore alle politiche abitative di Rimini, Gloria Lisi e la Vicepresidente di Acer Rimini, Claudia Corsini.

Nella sala comune, il giovedì pomeriggio le mediatrici della Cooperativa Fratelli è Possibile faranno delle attività per i bimbi. I volontari di Auser saranno presenti, il martedì pomeriggio, negli spazi comuni del condominio, con l'obiettivo di riuscire a dare le prime risposte alle necessità dei residenti o di prendere in carico eventuali problemi e di farsene portavoce. I volontari di Auser metteranno a disposizione le proprie competenze anche per mettere in campo piccole iniziative, coinvolgendo anche i condòmini, utili a tenere in ordine l'immobile.

FIRENZE, NUOVE FORME DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER GLI ANZIANI

Grazie a un protocollo firmato dal Comune di Firenze con Asl e cooperative di servizi, gli over 65 non autosufficienti potranno ricevere gratuitamente a casa operatori sociali specializzati anche in servizi infermieristici. Una figura unica per due ruoli diversi per la prima volta in città. Nello specifico, sono in arrivo 900 nuovi pacchetti di servizi sociosanitari personalizzati che interesseranno circa 400 anziani, che si aggiungono a quelli che già usufruiscono del servizio di assistenza a casa (che sono in tutto oltre 9mila di cui oltre 8mila ricevono assistenza infermieristica e circa 1300 all'anno usufruiscono dell'assistenza sociale, finora separate).

La novità introdotta dal protocollo consiste nel fornire un'assistenza domiciliare integrata e 'personalizzata' alle persone non autosufficienti. Finora l'assistenza a casa era divisa in sanitaria e sociale, e quindi fornita da due operatori diversi, mentre da oggi nasce un servizio unico, che viene offerto all'anziano dallo stesso operatore.

LE RUBRICHE/2

a cura di **Fabio Piccolino**

ORGANIZZAZIONI SOCIALI E VOLONTARIATO

UNA LETTERA ALLA REGIONE SICILIA PER IL RILANCIO DELL'EDILIZIA ABITATIVA PUBBLICA

Sunia, Sicet e Uniat hanno scritto al Presidente della Regione Sicilia, agli assessori e ai capigruppo dei partiti all'Ars per chiedere "il rilancio dell'edilizia abitativa pubblica attraverso un'attenta e intelligente riforma che non si limiti a disegnare l'architettura degli enti ma guardi al buon vivere dell'utenza e alla salvaguardia del patrimonio". Al governo regionale i sindacati degli inquilini sollecitano "un confronto sul tema del diritto alla casa per i ceti sociali meno abbienti e in difficoltà e sulla qualità del vivere e dell'abitare nei quartieri di edilizia residenziale pubblica".

Nell'idea di riforma dei sindacati, c'è la costituzione di un osservatorio regionale sulla condizione abitativa; il finanziamento certo e continuo del settore e il suo rilancio con il definitivo superamento dei piani di svendita; l'elaborazione di un programma annuale di riqualificazione del patrimonio; la riunificazione di tutto il patrimonio pubblico in un territorio in capo a un unico ente; la rivisitazione delle norme e dei regolamenti su canoni, morosità incolpevole, mobilità, accesso, auto riqualificazione, autogestione, permanenza, decadenza, l'accorpamento degli attuali 10 enti in base a un numero prefissato di alloggi gestiti e altro.

IN ITALIA MANCANO 250MILA POSTI LETTO PER ANZIANI E DISABILI

Secondo Salvatore Isaia, presidente di Federsociale, «In Italia il tema della non autosufficienza è ancora fermo al palo. Mancano circa 250mila posti letto per anziani e disabili. Anche in questo settore è evidente che il Paese viaggia a due velocità diverse. Al Nord esistono strutture di media e alta intensità (Rsa, rsd, case di cura per lungo degenti) pronte a ricevere sia pazienti lungo degenti che quelli con esigenze speciali come anziani e disabili. Al Sud questo tipo di residenze coprono a malapena il 30 per cento delle esigenze. Solo in Campania esiste un fabbisogno di oltre 4.800 posti letto. La logica conseguenza di queste carenze è un boom di ricoveri impropri (in particolare nei mesi estivi e durante le festività pasquali e natalizie), che gravano sul bilancio della sanità pubblica. Basta fare due conti: un posto letto in una struttura statale o regionale ha un costo giornaliero di 800/1000 euro. Invece, il ricovero in una residenza sanitaria assistenziale in Campania ha un costo di 100/110 euro al giorno (ed è il più basso d'Italia), mentre in Lombardia la "tariffa" quotidiana applicata è di 130 /150 euro (ed è la più alta della penisola)».

«L'ASSISTENZA DOMICILIARE È IL FUTURO»

Secondo Franco Massi, presidente Uneba «In un'Italia sempre più anziana, in cui tra dieci anni gli ultrasessantacinquenni rappresenteranno un terzo della popolazione, l'assistenza domiciliare è il futuro».

Oggi parlare di assistenza domiciliare vuol dire addentrarsi in un arcipelago con normative diverse da regione a regione, con costi variabili e qualità non sempre elevata. Eppure sono oltre dieci milioni le famiglie che in Italia sono costrette a confrontarsi ogni giorno con questa necessità. «I nostri enti, che si occupano in gran parte di anziani – ha fatto notare ancora il presidente nazionale – devono diventare al più presto centri multiservizi e non limitarsi alla residenzialità sul territorio, migliorando allo stesso tempo qualità e efficacia. Nel futuro dovremo sempre più ricorrere alla tecnologia a domicilio, alla domotica, con tutta una serie di tecnologie che miglioreranno la nostra offerta al servizio degli anziani».

Secondo Franco Massi, presidente Uneba «In un'Italia sempre più anziana, in cui tra dieci anni gli ultrasessantacinquenni rappresenteranno un terzo della popolazione, l'assistenza domiciliare è il futuro».

PUGLIA, CGIL CISL E UIL PER UNA LEGGE SULL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

"Una legge di civiltà che è un dovere, nonché una grande opportunità per le nostre comunità. Entusiasmi, passioni ed esperienze degli anziani sono un viatico per una società migliore e più solidale". Così il segretario generale della Cgil Puglia Pino Gesmundo, presentando la legge d'iniziativa popolare sull'invecchiamento attivo avanzata da Cgil, Cisl e Uil Puglia e dalle rispettive categorie di pensionati, per la quale si è iniziato da subito a raccogliere le 12 mila firme necessarie affinché sia discussa in Consiglio regionale. "Per fare questo – continua Gesmundo – c'è bisogno che agli anziani vengano garantiti servizi efficienti, sanità e welfare, per evitare che si trasformino in un ammortizzatore sociale sostitutivo dell'inefficienza delle istituzioni che sono invece preposte a garantire questi servizi di cura e assistenza alla persona".

S.EGIDIO: "SERVONO BADANTI, APRIRE IL DECRETO FLUSSI"

La Comunità di Sant'Egidio ha avanzato la proposta presidente del Consiglio Giuseppe Conte di un decreto flussi per far arrivare in Italia in maniera regolare almeno 50mila assistenti familiari. "Il problema con cui ci stiamo confron-

tando è quello della dimensione delle assistenti familiari. L'Italia è il paese in Europa che ha introdotto il concetto delle badanti, che in realtà dovremmo chiamare assistenti familiari, ma il loro numero oggi si sta riducendo. Dal 2011 non ci sono più decreti flussi in Italia che prevedono l'ingresso regolare nel nostro paese. Le assistenti familiari, invece, sono figure professionali sempre più richieste dalle famiglie, che ormai vengono sempre meno" spiega Marco Impagliazzo, presidente della Comunità di Sant'Egidio, durante la presentazione oggi a Roma del report sugli anziani "Il caldo fa più male della solitudine.

La prima richiesta della Comunità di Sant'Egidio al nuovo governo è dunque quella di "riaprire i decreti flusso per le assistenti familiari perché possano arrivare regolarmente.

L'altra proposta di Sant'Egidio è di pensare a soluzioni abitative alternative per evitare l'istituzionalizzazione degli anziani, come case famiglia o progetti di cohousing, in cui portare avanti modelli di vita in comune.

CARITAS, LA POVERTÀ ASSOLUTA IN ITALIA È QUASI TRIPLICATA

Secondo il Rapporto 2018 di Caritas Italiana sulla povertà e sulle politiche di contrasto, la povertà assoluta in Italia è quasi triplicata dagli anni pre-crisi ad oggi: negli ultimi dieci anni è aumentata del 182 per cento, "un dato che dà il senso dello stravolgimento avvenuto per effetto della recessione economica. In Italia il numero dei poveri assoluti continua ad aumentare - spiega la Caritas -, passando da 4 milioni e 700 mila del 2016 a 5 milioni e 58 mila del 2017, nonostante i timidi segnali di ripresa sul fronte economico e occupazionale".

Sono soprattutto i giovani a soffrirne negli anni successivi alla crisi economia e finanziaria che ha colpito l'intero occidente negli anni scorsi. "Da circa un lustro la povertà tende ad aumentare al diminuire dell'età - spiega la Caritas -, decretando i minori e i giovani come le categorie più svantaggiate (nel 2007 il trend era esattamente l'opposto). Tra gli individui in povertà assoluta i minorenni sono 1 milione e 208 mila (il 12,1 per cento del totale) e i giovani nella fascia 18-34 anni 1 milione e 112 mila (il 10,4 per cento): oggi quasi un povero su due è minore o giovane". Per quanto riguarda la cittadinanza, aggiunge il rapporto, la povertà assoluta si mantiene al di sotto della media tra le famiglie di soli italiani (5,1 per cento), "sebbene in leggero aumento rispetto allo scorso anno", precisa la Caritas. Livelli molto elevati di povertà, invece, si riscontrano tra i nuclei con soli componenti stranieri (29,2 per cento). "Lo svantaggio degli immigrati non costituisce un elemento di novità e nel 2017 sembra rafforzarsi ulteriormente - spiega la Caritas -. Volendo semplificare, tra i nostri connazionali risulta povera una famiglia su venti, tra gli stranieri quasi una su tre".

LE RUBRICHE/3

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

ITALIANI PIÙ LONGEVI, MA CON PIÙ PROBLEMI DI SALUTE RISPETTO AI COLLEGHI EUROPEI.

Gli italiani sono sempre più anziani e tra questi in particolare fra gli over 75, aumentano quelli con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti. Sono alcuni dei dati emersi dall'ultimo rapporto Osservatorio Nazionale sulla salute Università Cattolica e pubblicato nei giorni scorsi. Tra gli ultrasessantacinquenni l'11,2% ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere le attività quotidiane di cura della persona senza ricevere alcun aiuto, quali mangiare da soli anche tagliando il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (per confronto in Danimarca sono il 3,1% – valore più basso in Europa – in Svezia il 4,1% degli ultrasessantacinquenni, in Belgio – valore max in Europa – il 16,7%; la media UE-28 è più bassa rispetto al dato italiano ed è pari all'8,8% degli anziani over-65). Se confrontiamo l'Italia con altre realtà europee non sempre il nostro Paese ne esce con un quadro rassicurante.

LA RISOLUZIONE DELL'OMS SULLE TECNOLOGIE ASSISTIVE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha varato la Risoluzione sulle tecnologie assistive. La risoluzione assegna i seguenti 9 obblighi agli stati membri:

1. sviluppare, attuare e rafforzare opportune politiche e programmi per migliorare l'accesso alle tecnologie assistive nel quadro dei servizi sociosanitari garantiti ai cittadini;

2. allocare adeguate risorse umane opportunamente preparate per la fornitura e la manutenzione degli ausili, ad ogni livello di servizio sociale e sanitario;

3. garantire che gli utenti e i loro caregivers abbiano accesso agli ausili più appropriati al loro caso e che li sappiano utilizzare in maniera sicura ed efficace.

4. a seconda del contesto e delle esigenze locali, mettere a punto ove opportuno un elenco nazionale di ausili prioritari (basato sull'elenco OMS degli ausili prioritari) che siano alla portata economica dell'utente, la cui efficacia valga il loro costo e che soddisfino a criteri basilari di qualità e sicurezza.

5. promuovere o investire in ricerca, sviluppo, innovazione e design per rendere gli ausili esistenti più economici; e sviluppare una nuova generazione di ausili, anche di alta tecnologia, basati su principi di design universale e su evidenza tecnologica, in opportuna collaborazione con università, organizzazioni della società civile (in particolare associazioni di persone con disabilità o di persone anziane) e imprese private.

6. incoraggiare collaborazioni internazionali o regionali

per la produzione, acquisizione e fornitura degli ausili prioritari, curando che questi rimangano alla portata economica dell'utente e disponibili al di là delle frontiere.

7. raccogliere dati epidemiologici sui bisogni sanitari e di assistenza a lungo termine che possono trovare risposta nelle tecnologie assistive, al fine di sviluppare strategie, politiche e programmi basati su evidenza.

8. investire in e promuovere ambienti privi di barriere in modo che le persone che abbisognano di tecnologie assistive possano utilizzarle in maniera ottimale, per vivere in maniera indipendente e sicura e partecipare pienamente in ogni aspetto della vita.

9. promuovere l'inclusione degli ausili prioritari e di ambienti privi di barriere nel programmi di preparazione e gestione delle emergenze.

"VOGLIAMO CONTARE DI PIÙ". L'APPELLO DELLE DONNE ANZIANE D'EUROPA PER I DIRITTI E L'AUTONOMIA

Un appello agli stati membri dell'Onu che si riuniranno nella nona sessione il prossimo mese, affinché siano affermati i diritti di tutte le persone anziane all'autonomia e all'indipendenza considerando la vecchiaia una fase dignitosa della vita ed un aspetto destinato ad essere sempre più centrale per la programmazione di uno sviluppo sostenibile. Una Convenzione per i diritti umani per le persone anziane.

È l'appello lanciato dalla donne anziane che si sono incontrate ad Ancona mercoledì 20 giugno nella Conferenza internazionale "Conoscenza, diritti, partecipazione. L'approccio delle donne all'Invecchiamento attivo in Italia e in Europa", promossa da Auser Nazionale, Auser Marche e dalla Rete Europea delle donne anziane (OWN Europe).

Donne di tutte le generazioni, di tutte le età, di paesi diversi, provano a misurarsi per nuove sfide, contro egoismi, diseguaglianze, povertà. Un grande movimento al femminile per rivendicare una Europa più sociale e sostenibile, per dire basta alle discriminazioni legati all'età e al genere. Al centro della discussione la salute, i diritti, l'apprendimento permanente, la partecipazione alla vita sociale e civile, ma soprattutto la voglia di contare.

GLI ULTIMI DATI SULL'ALZHEIMER IN EUROPA

Ritardi nell'individuazione della diagnosi di demenza e scarsa comunicazione al malato della sua condizione. È quanto emerge da "European Carers Report 2018", il report di Alzheimer Europe (organizzazione che riunisce 40 associazioni Alzheimer nel nostro continente) in cui si evidenziano quali sono in Europa, dal punto di vista di familiari

e caregiver, i maggiori ostacoli a una diagnosi tempestiva della demenza. Sono stati 1.409 i famigliari coinvolti in 5 Paesi (Italia, Scozia, Olanda, Repubblica Ceca, Finlandia), di cui 339 italiani. Dal report, redatto da Bob Woods, professore di Psicologia clinica presso l'Università di Bangor in Galles (Regno Unito) e direttore del "Dementia services development centre Wales", risulta che, in media si aspettano 2,1 anni per ricevere una diagnosi corretta, tempistica che migliora leggermente in Italia, dove l'attesa è di 1,6 anni. A questo dato si aggiunge il 25 per cento dei pazienti a cui viene diagnosticata inizialmente un'altra condizione medica, percentuale che per gli italiani sale al 31,9 per cento. Una volta stabilita la diagnosi corretta, si registra tra i malati un 53% di demenza lieve, il 36% moderata, il 4% grave.

ANZIANI ITALIANI PIÙ COIVOLTI DEI COETANEI EUROPEI NELLA VITA FAMILIARE

Secondo l'edizione 2018 del sondaggio "I Senior di oggi in Europa. Sentirsi utili per invecchiare bene", condotto dalla società di ricerca Ipsos per la Fondazione Korian per l'invecchiamento di qualità (Institut du Bien Vieillir Korian), in Italia la stragrande maggioranza degli anziani vive bene la sua età e giudica la sua vita fonte di piacere (73%), anche se questo sentimento è più basso della media europea (74%). Ben tre anziani su quattro si sentono ancora utili (77%) e pongono l'accento sulla loro autonomia (35%) e sulla genitorialità (29%) come chiavi della loro felicità.

L'indagine, che ha messo a confronto i dati raccolti in Francia, Italia, Germania e Belgio attraverso le risposte di più di 8 mila intervistati, ha coinvolto un ampio campione di rispondenti di sesso maschile e femminile e di età compresa fra i 15 ed i 64 anni e di età superiore ai 64 anni.

Dispensano consigli a figli e nipoti (44% contro la media europea del 27%), si tengono aggiornati sulle innovazioni (39% contro 42% europeo) e badano ai nipoti (35% contro 28%). E non finisce qui: aiutano nel disbrigo delle incombenze domestiche (25% contro il 15%), ospitano i familiari durante le vacanze (19% contro il 17%), propongono e organizzano le riunioni di famiglia (22% contro il 19%). Sono solo alcune delle attività svolte dagli intervistati italiani a sostegno della famiglia: un contributo prezioso, che li porta a un livello di coinvolgimento nettamente più alto rispetto a quello degli altri Senior europei.

LE RUBRICHE/4

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INNOVAZIONE

COME RENDERE LA VITA PIÙ FACILE AGLI ANZIANI DI DOMANI

Secondo un rapporto dell'Onu, entro il 2050 gli anziani per la prima volta supereranno i giovani sotto i 15 anni. Ecco quindi che il report messo a punto dall'architetto Stefano Recalcati, docente di Urbanistica del Politecnico di Milano, per la società di ingegneria «Arup» è un dossier con cui i sindaci di tutte le città superiori a un milione di abitanti dovranno fare i conti. E se per cominciare a disegnare una metropoli sul serio a misura di anziano (ovvero del cittadino medio che costituirà il 70 per cento della popolazione) bisogna farlo avendo una «vision» di oltre 20 anni, questo è un manuale che va sfogliato con urgenza.. «Stiamo andando incontro a uno scenario senza precedenti - spiega l'autore di Shaping Aging Cities («Modellare le città che invecchiano») - una delle più grandi sfide che le nostre città dovranno affrontare nel prossimo ventennio, mettendo mano al welfare ai trasporti e all'edilizia, il tutto passando attraverso l'ambiente digitale». L'obiettivo finale è una somma di azioni «age-friendly» che portino alla massima inclusione di questi cittadini designati a essere maggioranza assoluta. Tenendo conto, oltretutto, che l'insieme di queste «facilities» renderanno la vita più facile non solo a chi giovane non è più, ma anche ai disabili e alle mamme con passeggino. Materiali antietà «Tutto, a cominciare dai materiali - spiega Recalcati - deve fare la propria parte. Quindi va ripensato l'insieme delle più importanti infrastrutture a partire dai "marciapiedi dolci" dotati di scivolo e di gradinate che cedono il passo a scivoli e rampe. Ma non qui e là: ovunque.

Secondo l'Osservatorio nazionale «casaDoxa», per il 94% degli italiani la casa è "importante": per quasi 4 italiani su 10 infatti l'attaccamento alla propria abitazione è aumentato rispetto a 5 anni fa, quasi fosse un "rifugio" capace di accoglierci e "proteggerci" dal mondo esterno.

CASE SOSTENIBILI E "SMART"

Secondo l'Osservatorio nazionale «casaDoxa», Per il 94% degli italiani la casa è "importante": per quasi 4 italiani su

10 infatti l'attaccamento alla propria abitazione è aumentato rispetto a 5 anni fa, quasi fosse un "rifugio" capace di accoglierci e "proteggerci" dal mondo esterno.

La casa è sempre più "vissuta" e presidiata durante l'intero arco della giornata, non più solo nelle ore serali. E addirittura il 48% degli italiani vi trascorre più tempo oggi rispetto a 10 anni fa. Non solo. Un italiano su 3 è solito anche lavorarci e di questi il 70% lo fa anche più volte alla settimana. Con una particolarità: è una tendenza diffusa tra tutte le classi d'età. Over 54, compresi. I più sono lavoratori autonomi, ma non mancano nemmeno i dipendenti (27%). E ancora: nel 35% dei casi si tratta di uomini.

La casa è sempre meno appannaggio solo femminile e sempre più un luogo di espressione anche maschile - precisa Paola Caniglia di Doxa. Anche nell'organizzazione degli spazi abitativi e nella scelta degli arredi.

In generale, la casa è sempre più polifunzionale e volta a interpretare al meglio le esigenze molteplici e differenziate di tutti i membri della famiglia.

Il 75% degli intervistati si dichiara "sensibile" al tema green. Tra le azioni principe messe a segno spiccano quelle riguardanti il risparmio energetico: il 78% degli intervistati tiene sempre in casa una temperatura non superiore ai 20° e il 71% stacca abitualmente le spine dei dispositivi non in carica, comportamenti a cui si lega anche l'acquisto ormai conclamato di elettrodomestici di classe energetica elevata (86% degli intervistati) e lampadine led o a basso consumo (76%). Curiosamente sono gli over 54 i più sensibili al tema della sostenibilità. Anche in un'ottica di "protezione" delle generazioni future (lo dichiara il 33% del campione).

Ma la vera scommessa è sul fronte della domotica con quasi due terzi della popolazione intenzionata a investire nella smart home. Già oggi gli oggetti "intelligenti" presenti tra le mura domestiche sono diversi. Ma il più delle volte non sono messi a sistema e "non parlano" tra di loro. E pro futuro?

Passando al setaccio i dati Doxa emergono due maxi filoni per cui gli italiani si dichiarano disposti a mettere mano al portafoglio: “sicurezza”, con in primis la messa a regime di impianti antintrusione e/o dispositivi per monitorare allagamenti, incendi o cortocircuiti; e “comfort” con, tra gli altri, termostati/climatizzatori o, ancora, elettrodomestici. Anche in una ottica di riduzione dei consumi e degli sprechi energetici.

NELLA “CASA DELLA RICERCA” PER PORTARE L’INNOVAZIONE IN CLINICA

Genetisti, fisici, statistici, biologi, ingegneri, clinici e poi biotecnologi, chimici e informatici: tutti hanno messo casa

insieme. Questa si trova in via Raul Follerau, nel Comune di Vedano, al confine con Monza. È l'edificio U28, di proprietà dell'Università di Milano-Bicocca, allestito con un investimento di oltre 10 milioni di euro.

È una casa in cui cervelli di provenienze diverse fanno ricerca d'avanguardia con l'obiettivo di portare l'innovazione in clinica e in tempi brevi. Nella «Casa della ricerca» - così è stato ribattezzato l'edificio - si lavora al futuro prossimo della medicina. «Vogliamo creare un "loop virtuoso" tra ricerca di base e applicazioni in ambito clinico, dove l'una alimenta le altre e viceversa», spiega Maria Grazia Valsecchi, direttore del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano Bicocca, che da «padrona di casa» spiega i principali filoni di studio. «Sono tre e riguardano la nanomedicina, la proteomica e la stampa in 3D di tessuti umani - sottolinea -. A questi ne vorremmo aggiungere anche un quarto che riguarderà l'utilizzo dei Big Data».

La nanomedicina. Nella «Casa della ricerca» sono impegnati «designer» di nanoparticelle, ognuno con competenze differenti. Ma con un unico scopo: creare nuovi nano-dispositivi diagnostici e terapeutici pronti per essere portati in clinica.

«Disponiamo di una macchina straordinaria che permette di osservare le cellule in vivo», spiega Valsecchi. Gli studi sono incentrati sulla terapia dei tumori e delle malattie del sistema nervoso centrale. Nel caso dei tumori si punta a creare dispositivi per la terapia genica e immunologica. «La ricerca sulle malattie del sistema nervoso centrale, in particolare Alzheimer e sclerosi laterale amiotrofica, è invece focalizzata sullo sviluppo di dispositivi "nano" che siano in grado, da un lato, di migliorare la diagnosi, aiutando a identificare le cellule malate, e dall'altro lato di trasportare i farmaci nelle cellule che si vogliono curare o eliminare».

A questo scopo è nato lo spin-off AmypoPharma, il quale ha già portato allo sviluppo di nanoparticelle che, in modelli animali di Alzheimer, si sono rivelate in grado di migliorare le performance di memoria, rimuovendo le placche della proteina beta-amiloide che si formano nel cervello di chi è affetto da questa malattia.

L'EFFICACIA DELLA TECNOLOGIA ROBOTICA

La Fondazione Don Gnocchi ha condotto uno studio per 18 mesi per misurare l'efficacia della tecnologia robotica nella riabilitazione dell'arto superiore in 250 pazienti colpiti da ictus (di cui la metà trattati secondo le terapie tradizionali). I risultati? I movimenti di presa della mano, di flessione dell'avambraccio e di abduzione della spalla erano migliorati in tempi più rapidi.

L'istituto, infatti, realizza soluzioni innovative che poi ap-

plica nei suoi centri o esporta a casa del paziente, come per esempio sta succedendo per la teleriabilitazione domiciliare guidata e controllata, in telepresenza, da un fisioterapista. Soluzioni che sono il frutto della sperimentazione, talvolta partendo da prodotti che già si trovano sul mercato e che i tecnologi e i clinici adattano e integrano alle esigenze della riabilitazione motoria e cognitiva, sia per adulti sia per bambini, facendole diventare servizi per il paziente. E quando si tratta di riabilitazione pediatrica, la parte del gioco è molto importante: per questo la Fondazione Don Gnocchi ha investito anche sulla realtà virtuale. Lo ha fatto con CareLab, un laboratorio realizzato nel Centro "Santa Maria Nascente" di Milano in cui strumenti audio e video, una stanza multimediale semi-immersiva che riproduce un parco giochi e sensori di movimento aiutano e monitorano il percorso riabilitativo dei più piccoli, mentre il terapista – che è sempre presente – può, a ogni sessione, personalizzare e adattare le attività ludiche ai bisogni di ogni ragazzino.

SI DIVENTA ANZIANI A 75 ANNI

La terza età? Si è spostata di molto in avanti aumentando la percezione della vecchiaia nella popolazione. Di fatto si è ufficialmente anziani solo dai 75 anni in su: è stato ufficialmente dichiarato nel corso del Congresso nazionale della società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) dove è emerso che l'asticella dell'età si è adattata alle aspettative di vita dei paesi con uno sviluppo avanzato, con un aumento della vita media di vent'anni rispetto alla prima decade del 1900. La maggior parte degli italiani tra i 60 e i 75 godono di ottima forma e salute, e quindi ne consegue che si diventa anziani dopo i 75 anni.

Una persona che oggi ha 65 anni ha la forma fisica e la salute di un quarantenne di trent'anni fa. Allo stesso modo, un 75enne di oggi è simile a chi negli anni Ottanta aveva 55 anni. Il concetto di anzianità quindi è dinamico e si adatta ai cambiamenti demografici e sociali: si diventa anziani quando si ha un'aspettativa di vita di altri dieci anni. Ecco perché oggi si è vecchi dopo i 75: in Italia le donne hanno una vita media di 85 anni e 82 gli uomini.

LE RUBRICHE/5

a cura di **Fabio Piccolino**

INDAGINI - STUDI - RICERCHE

IL VOLONTARIATO FA BENE A CHI LO FA

Chi vive meglio fa più volontariato. E chi fa volontariato vive meglio. La doppia relazione tra il benessere personale e lo svolgimento di attività gratuite di solidarietà era già nota agli studiosi, ma il 26° rapporto annuale dell'Istat sulla situazione del paese aggiunge due nuovi elementi: più il volontariato è svolto in età avanzata e più si è soddisfatti della propria vita; e più si è in difficoltà, più intense sono le sue ricadute positive.

Il rapporto è incentrato quest'anno sulle "reti e le relazioni sociali" e analizza in particolare la popolazione alla luce della sua presenza in reti di sostegno (formali e informali), di amicizia, di lavoro, di cultura ecc. Ed uno dei fattori che determina la "situazione" degli italiani all'interno di queste reti, il loro livello di partecipazione e perfino di ottimismo, è appunto l'appartenere o meno a quel 13,2 per cento di persone oltre i 14 anni che hanno svolto (dato 2016) un'attività gratuita negli ultimi 12 mesi.

Nel capitolo su "Associazionismo e benessere", l'Istat riporta anzitutto gli studi in base ai quali chi si trova in condizioni migliori di vita decide di impegnarsi nel volontariato più frequentemente di chi sta in condizioni meno soddisfacenti; e riporta, da queste attività, un appagamento dei propri bisogni soggettivi e una crescita del benessere, soprattutto perché l'appartenere a gruppi e strutture associative arricchisce la "rete di relazioni interpersonali e gli scambi sociali" e soddisfa il bisogno di socialità.

Nello specifico, "la percentuale di volontari che si dichiara molto soddisfatta per le relazioni familiari è del 40,1 per cento contro il 32,7 di chi non svolge attività gratuite; analogamente per le relazioni con gli amici il miglioramento è di 10,3 punti percentuali (32,8 contro 22,5), mentre scarti rilevanti si registrano per il proprio tempo libero (20,7 contro 13,8 per cento) e anche per la salute (22,3 contro 16,8 per cento). Analizzando il giudizio per la vita nel complesso, la differenza tra i punteggi espressi dai volontari rispetto ai non volontari è netta: tra i primi oltre la metà esprime un punteggio alto (tra 8 e 10), mentre la quota è del 40 per cento tra chi non svolge attività di volontariato".

È a questo punto che emerge come la soddisfazione per la propria vita - quando è legata all'attività associativa - cresca al crescere dell'età. Infatti, se tra i ventenni l'impegno non influisce sul grado di tale soddisfazione (che rimane sul 55 per cento in entrambi i casi), lo scarto nel benessere percepito tra chi fa o non fa volontariato arriva a quasi il 21 per cento tra gli ultrasettantenni: 56 contro 35 per cento. L'Istat sottolinea come il fatto di attribuire un valore crescente all'associazionismo con l'avanzare dell'età sia confermato da diversi studi, secondo cui l'impegno a favore degli altri è in grado di contrastare la percezione di soli-

tudine, riduce i sintomi depressivi, migliora le prestazioni cognitive e incrementi il benessere mentale. In altre parole, impegnarsi nel volontariato promuove quello che viene definito "invecchiamento attivo", contribuendo a "migliorare la qualità della vita una volta che vengano a mancare dimensioni importanti della propria identità, come il ruolo genitoriale (indipendenza dei figli) o quello professionale (pensionamento)".

LA POVERTÀ IN ITALIA

Secondo il report 'La povertà in Italia' diffuso dall'Istat, nel 2017 in Italia sono state stimate in povertà assoluta 1 milione e 778mila famiglie residenti, composte da 5 milioni e 58mila individui. L'incidenza della povertà assoluta aumenta prevalentemente al Sud sia per le famiglie che per gli individui, attestandosi rispettivamente al 10,3% (8,5% nel 2016) e all'11,4% (in crescita dal 9,8%). Ma è significativo anche l'aumento di povertà nei centri e nelle aree metropolitane del Nord, specialmente in Lombardia e Veneto. L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile.

l report Istat ha misurato anche la povertà relativa, calcolandone l'incidenza sulla base di una soglia convenzionale che individua il valore di spesa per consumi. In Italia cresce anche questo dato: nel 2017 riguardava 3 milioni e 171mila famiglie residenti (12,3% contro il 10,6% del 2016) e 9 milioni e 368mila individui (15,6 contro 14%).

Sono 1 milione e 208mila i minori che in Italia si trovano in condizioni di povertà assoluta, con una incidenza pari al 12,1%, in leggero calo nel 2017 rispetto al 12,5% dell'anno precedente. Il dato più alto riguarda la povertà diffusa nelle famiglie con tre o più figli minori, 20,9%, mentre si attesta al 10,5% nei nuclei con almeno un figlio minore. Tra gli individui in povertà assoluta si stima che le donne siano 2 milioni e 472mila (incidenza pari all'8%), mentre i giovani tra i 18 e i 34 anni sono 1 milione e 112mila (incidenza del 10,4%, il valore più alto dal 2005). Cresce anche l'incidenza di povertà assoluta tra gli anziani, stimati in 611mila, che passa dunque dal 3,8% del 2016 al 4,6% del 2017. Le condizioni dei minori restano dunque critiche, con un valore che dal 2014 non è più sceso sotto il 10%.

I DATI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE

Al 31 dicembre 2015 sono 12.828 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi In Italia; essi dispongono complessivamente di 390.689 posti letto (6,4 ogni 1.000 persone residenti).

I dati li ha resi noti l'Istat nell'ambito della sua indagine

annuale sull'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e sulle tipologie di utenti assistiti, permettendo di documentare sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale.

L'offerta, con oltre due terzi dei posti letto complessivi (75,2%), è costituita prevalentemente da "unità di servizio" che erogano prestazioni di tipo socio-sanitario.

Rilevanti gli squilibri territoriali:l'offerta raggiunge i più alti livelli nelle regioni del Nord, dove si concentra il 64% dei posti letto (9,1 ogni 1.000 residenti) e tocca i valori minimi nel Mezzogiorno, con il 10,4% (soltanto 2,9 posti letto ogni 1.000 residenti).

Nei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari sono assistite 382.634 persone: quasi 288 mila (75,2%) hanno almeno 65 anni, oltre 73 mila (19,3%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, e poco più di 21 mila (5,5%) sono giovani con meno di 18 anni.

In Italia, circa 21 anziani su 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e sociosanitarie e circa 16 ogni 1.000 anziani residenti sono in condizione di non autosufficienza. Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne, circa il 74% dell'intero collettivo. Su 1.000 donne residenti con oltre 64 anni, 28 sono ospitate nei presidi, mentre tra gli uomini il rapporto scende a 13 ogni 1.000. Sale di poco (75%) la quota delle donne tra gli ospiti non autosufficienti.

SEMPRE PIÙ A RISCHIO L' ASSISTENZA PER GLI ANZIANI DI DOMANI

Il tema è quello della domiciliarità che non comprende solo la casa, ma tutto quello che la circonda.

La ricerca Auser e Spi Cgil "Problemi e prospettiva della domiciliarità. Il diritto di invecchiare a casa propria" realizzata da Claudio Falasca partendo dall'analisi del cambiamento demografico e la qualità e quantità dei servizi, sia pubblici che privati, che vengono offerti nel nostro Paese, costruisce una visione futura sulla Long Term Care (la cura a lungo termine), analizza il ruolo della famiglia e le diseguaglianze di reddito, per poi arrivare alle condizioni abitative e agli standard urbanistici.

La ricerca mette a fuoco inoltre molte proposte di soluzioni ai problemi sollevati, rilanciando il tema della longevità come una risorsa per l'intera comunità.

"Il cambiamento demografico, il numero delle persone non autosufficienti e i pochi servizi disponibili, ci dicono che intervenire sulla "domiciliarità" è una strada obbligata – afferma il presidente Auser Enzo Costa – Invecchiare a casa proprie è un diritto che va garantito con una rete efficace

di servizi sul territorio nel rispetto della persona in tutto l'arco della sua vita."

Siamo in presenza di profonde trasformazioni nella nostra società, prima fra tutte quella dell'invecchiamento della popolazione – sostiene il Segretario generale dello Spi-Cgil Ivan Pedretti. "Quella della non autosufficienza è una vera e propria emergenza nazionale che riguarda da vicino non solo tanti anziani ma anche e soprattutto le loro famiglie. È uno dei grandi temi del nostro tempo, che la politica finora ha fatto però finta di non vedere. Serve una legge nazionale, servono risorse e serve ripensare il nostro sistema di welfare che altrimenti rischia così di non reggere".

SOLTANTO UN ANZIANO SU TRE RICEVE CURE APPROPRIATE

Negli ultimi cinque anni, governi di vario orientamento politico hanno stanziato circa 30 miliardi di euro per finanziare riduzioni fiscali (abolizione Imu prima casa, bonus 80 euro) o nuove spese sociali (reddito di cittadinanza, superamento legge Fornero). Ma i temi nevralgici per la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale (Ssn) restano la Cenerentola delle priorità politiche e la presa in carico della cronicità, vera emergenza in un Paese che invecchia irrimediabilmente, è la grande incompiuta. A rilevarlo è il recente Rapporto Oasi 2018-Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano, curato dal **Cergas Bocconi.**

Secondo il report 'La povertà in Italia' diffuso dall'Istat, nel 2017 in Italia sono state stimate in povertà assoluta 1 milione e 778mila famiglie residenti, composte da 5 milioni e 58mila individui.

Le risposte alle necessità degli anziani sono infatti soddisfatte solo per il 32% del bisogno. Sempre secondo i dati Oasi, le fonti pubbliche coprono il 95% dei ricoveri ospedalieri, ma solo il 65% dei ricoveri a lungo termine in strutture residenziali - quelle long term care che riguardano soprattutto i cronici over 65 - e il 60% delle prestazioni ambulatoriali. E il gap del Ssn sul fronte cronicità coinvolge anche le cure sul territorio, con una debolezza dei servizi domiciliari e della presa in carico post-ospedaliera: solo il 27% degli over 85 viene dimesso prevedendo strumenti di continuità assistenziale, mentre l'assistenza domiciliare registra un'intensità di 17 ore annue per utente (in riduzione rispetto alle 22 ore del 2008).

Da 30 anni per l'invecchiamento attivo

idea comunicazione

TESSERAMENTO 2019

auser
La cittadinanza non ha età

www.auser.it