ABITARE E ANZIANI
informa

RIVISTA ONLINE DI INFORMAZIONE SUI PROBLEMI ABITATIVI DEGLI ANZIANI Numero 2/2017

LA RICERCA AUSER

Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo

ABITARE E ANZIANI

Numero **2/2017**

Associazione AeA, Abitare e Anziani

Soci 2017:
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 2/2017

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

SOMMARIO

03 – L'allungamento della vita, una conquista da guardare senza paura
Marco Di Luccio

05 – Contenuti, articolazione e riferimenti statistici della ricerca
Claudio Falasca

09 – Invecchiamento della popolazione, le sfide che dobbiamo affrontare
Ivan Pedretti

11 – Dentro i territori. Lo sviluppo sociale di comunità come prospettiva per l'invecchiamento attivo
Andrea Volterrani

13 – Dalle nuove tecnologie alla certificazione di qualità: le strade per migliorare l'assistenza
Roberto Bernabei

15 – Il Programma "Viva gli Anziani!": vincere l'isolamento sociale degli anziani
Maria Chiara Inzerilli

LE RUBRICHE *a cura di Fabio Piccolino*

41 – GOVERNO E ISTITUZIONI
44 – ORGANIZZAZIONI SOCIALI
46 – OSSERVATORIO INTERNAZIONALE
48 – OSSERVATORIO INNOVAZIONE

L'allungamento della vita, una conquista da guardare senza paura

Marco Di Luccio,
Presidente di AeA

Con il nuovo corso della nostra associazione avevamo annunciato un nuovo inizio teso a consolidare e rilanciare la nostra missione nell'approfondimento del rapporto tra l'anziano e l'abitare.

Con questo numero della rivista nella nuova versione on-line, seguita con rinnovato interesse dai nostri riferimenti ed interlocutori, pubblichiamo una ricerca, realizzata da Claudio Falasca direttore di AeA : *"Domiciliarità e Residenzialità per l'Invecchiamento attivo"*.

L'aumento della lunghezza della vita ormai è una tendenza costante in tutto il globo, ed il nostro bel paese è tra i più longevi, una grande conquista di civiltà che questo terzo millennio ci ha riservato.

Pertanto dobbiamo continuare ad interrogarci ed ad interrogare le istituzioni, le forze politiche e tutti i soggetti pubblici di come bisogna organizzare le nostre comunità su come rispondere a queste novità negli andamenti demografici ed ai conseguenti vecchi e nuovi bisogni.

Se nei prossimi decenni gli ultrasessantacinquenni oscilleranno tra un quinto ed un terzo della popolazione, come ci suggerisce la ricerca, dobbiamo riflettere su diverse questioni a partire da una di fondo: chi si prende cura degli anziani, come si organizzano le cure di lungo termine per i soggetti più fragili, come si fa fronte al fenomeno dell'abbandono e della solitudine, sempre più crescenti, ma soprattutto come si fa fronte ai fenomeni delle sindromi depressive delle persone più anziane.

Se la vita si allunga, dobbiamo viverla, non si deve sopravvivere a stento.

Inoltre - ci suggerisce la ricerca - va considerato che se da una parte si allunga l'età, dall'altra diminuiscono le nascite, quindi nel prossimo futuro, saranno sempre meno i soggetti, parenti o meno, che possano farsi carico, che possano prenderli in cura.

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 un contesto di affettività e di relazioni.

Ma quel domicilio è adatto per le esigenze di una persona anziana? Ha i supporti necessari, ascensore, riscaldamento, assenza di barriere architettoniche e quanto è necessario per la quotidianità? Come devono essere ristrutturate e tecnologicamente attrezzate le abitazioni per rispondere a questi nuovi bisogni e crescenti esigenze?

Sull'altro versante l'offerta di residenzialità è adeguata? Il numero di siti e posti letto disponibili è sufficiente? Ci sono gli elementi obiettivi per dichiararli sicuri e garantiti nella loro totalità? I costi sono sostenibili e adeguatamente sostenuti dalle istituzioni pubbliche e dal sistema sanitario e soico-assistenziale?

Visto che l'offerta di posti è molto bassa rispetto ai valori medi europei, ed il CENSIS, nel suo rapporto, indica che più di mezzo milione di famiglie si sono indebitate per far fronte

L'invecchiamento attivo può essere il nuovo paradigma su cui indirizzare le iniziative e gli interventi, considerando gli anziani una risorsa e non un problema.

al sostegno dei propri familiari non autosufficienti.
La ricerca affronta l'insieme di questi problemi e cerca di dare degli indirizzi per rispondere a queste domande.
Il dibattito e gli approfondimenti che stiamo avviando e che continueranno nel prossimo futuro continuerà su questo solco.

L'invecchiamento attivo può essere il nuovo paradigma su cui indirizzare le iniziative e gli interventi, considerando gli anziani una risorsa e non un problema.
Ma tutto ciò non è sostenibile e realizzabile senza una rete di relazioni e rapporti adeguati, non solo in termini affettivi e familiari, perché non sempre si ha una famiglia vicino.
Ma soprattutto in termini sociali, di interventi di prossimità, in cui la comunità nel suo insieme -istituzioni, servizi socio-sanitari, mondo associativo organizzato- si fanno carico e danno risposte ai bisogni reali.
In questo quadro s'impone una riflessione ulteriore: come indirizzare la crescita futura, tenendo ben presenti questi mutamenti nella composizione della popolazione e nelle dinamiche sociali conseguenti?
Come rideterminare condizioni di coesione ed inclusione sociale, nell'ambito della valorizzare dei beni comuni.
Come abbiamo già detto, vivere più a lungo non significa sopravvivere alla meno peggio, ma vivere nella pienezza delle proprie disponibilità, mettendosi a disposizione degli altri.
Quindi gli anziani come una risorsa da valorizzare, perché la cittadinanza non ha età, questa è la chiave di ricerca su cui costruire i nuovi paradigmi del vivere insieme e dell'abitare.
E su cui continuerà la nostra attività associativa, la nostra voglia di approfondire e confrontarci su questi temi sempre più decisivi per il futuro di tutti.

Quindi gli anziani come una risorsa da valorizzare, perché la cittadinanza non ha età

Contenuti, articolazione e riferimenti statistici della ricerca

Claudio Falasca,
Direttore di AeA

CONTENUTI

L'obiettivo della ricerca è la ricostruzione del quadro delle principali misure di sostegno a favore degli anziani non autosufficienti, in quanto punto critico della più generale condizione anziana, al fine di individuare le possibili azioni necessarie a realizzare un più efficace sistema di cura a lungo termine (long term care). Questo tenendo conto: delle prospettive demografiche del Paese; degli effetti della crisi economica e finanziaria sulle politiche di welfare a livello nazionale e locale; dei mutamenti nel ruolo economico e sociale degli anziani in ambito familiare e comunitario; della maturazione di una percezione nuova dell'invecchiamento che induce a considerare gli anziani non più un costo, in particolare sanitario, ma una risorsa a disposizione dell'intera comunità. In sintesi un sistema di cura di lunga durata in una prospettiva di invecchiamento attivo.

La ricerca si sviluppa a partire dal dato che l'Italia è tra i paesi dell'Unione Europea e dell'OCSE con le più alte aspettativa di vita. Questo ha indotto e induce nel sentire comune a ritenere la situazione nazionale mediamente positiva in quanto l'indice di longevità viene giustamente considerato un indicatore sintetico di una discreta qualità della vita derivante da un insieme positivo di fattori, non ultimi quelli alimentari e sanitari. Una comprensibile e condivisibile visione ottimistica che però, ad oggi, ad eccezione delle polemiche sulla sostenibilità del sistema previdenziale e sulle presunte responsabilità degli anziani nei ritardi nel "rinnovamento" del Paese, ancora non è considerato un problema con cui fare i conti per le conseguenze più complessive che ne deriveranno nel tempo.

Ad un esame più attento, infatti, ben serie e rilevanti sono le implicazioni culturali, sociali, economiche che deriveranno dalla progressiva crescita della popolazione anziana sul complesso della popolazione, soprattutto se questa avviene in un contesto caratterizzato da bassi tassi di crescita demografica e di stagnazione o peggioramento della situazione economica.

Nel recente passato per far fronte alle esigenze dell'invecchiamento, due sono stati le risposte, anche come conseguenza dei mutamenti intervenuti all'interno e all'esterno dei nuclei familiari. La prima è stata quella della "domiciliarità" con un ruolo centrale delle famiglie, supportato da risorse e servizi pubblici di sostegno. La seconda è stata quella della "residenzialità" fondata sulla rete territoriale di presidi socio sanitari e socio assistenziali.

Nei fatti, i numeri stanno a testimoniarlo, sono state le famiglie che si sono in qualche modo inventate quello che potremmo chiamare una sorta di "modello italiano di sostegno alla non autosufficienza" incardinato sulla esternalizzazione del servizio di cura dall'ambito domestico alla figura del "badante". Questo modello, fino ad oggi tutto sommato a basso costo e ad alto valore, è stato possibile grazie alla

copresenza di alcune condizioni reddituali e di contesto.

Oggi queste condizioni stanno mutando rapidamente: gli effetti della crisi stanno colpendo duramente tanto i redditi familiari, quanto le risorse che i comuni dedicano all'assistenza sociale; il crescente numero di anziani che vivono soli in abitazioni che, se pur di proprietà, sono spesso profondamente inadeguate alle loro esigenze; la crescente presa di coscienza da parte di lavoratori e lavoratrici "badanti" del ruolo che hanno assunto. Tutto questo sta facendo venir meno quelle convenienze su cui si fondava l'esternalizzazione del servizio di cura.

L'altra risposta, quella della residenzialità fondata sulla rete dei presidi socio sanitari e socio assistenziali, per un insieme di circostanze, analizzate nella ricerca, manifesta seri segni di inadeguatezza. Anch'essa, colpita dalla crisi, si sta dimostrando insufficiente per consistenza dei servizi che è in grado di offrire, profondamente squilibrata territorialmente, sempre più costosa per le famiglie, pesante per le risorse pubbliche, con livelli di gradimento mediamente critico, con frequenti fenomeni di cattiva gestione e, cosa ancora più grave, di maltrattamento degli ospiti anziani.

Nell'uno e nell'altro caso ha risentirne in modo diretto sono gli anziani e le famiglie che stanno reagendo reinternalizzando il servizio in ambito familiare con le immaginabili conseguenze, in particolare sulle donne lavoratrici costrette, ancora una volta, a dover scegliere tra il prodigarsi in una pluralità logorante di ruoli o rinunciare al lavoro. Più in generale è l'intero corpo sociale a soffrire degli elementi di rigidità che derivano dalla incapacità di valorizzare una sua componente sociale sempre più importante.

In sostanza il modello italiano di cura della non autosufficienza degli anziani sta manifestando forti limiti di inadeguatezza. Non si tratta solo di limiti congiunturali derivanti dalla crisi economica e finanziaria che, una volta superata, potranno consentire di realizzare un soddisfacente sistema di cura di lunga durata destinando ad esso adeguate risorse.

Il quadro che emerge dalla ricerca dimostra che ci troviamo di fronte a seri problemi di carattere strutturale e culturale che coinvolgono, sotto vari profili, le diverse dimensione della vita collettiva. Soluzioni adeguate sono possibili a condizione che la cura di lunga durata degli anziani non autosufficienti venga collocata nel quadro di una complessiva politica a favore dell'invecchiamento attivo. Non prenderne pienamente coscienza significherebbe rendere insostenibili socialmente e economicamente le conseguenze della crescente longevità.

Gli effetti della crisi stanno colpendo duramente tanto i redditi familiari, quanto le risorse che i comuni dedicano all'assistenza sociale

ARTICOLAZIONE E RIFERIMENTI STATISTICI

La ricerca si articola in quattro parti. La prima è relativa alle previsioni di invecchiamento della popolazione e all'insorgere di un diverso quadro di priorità sociali che, per essere pienamente compreso, richiede il superamento di alcuni stereotipi culturali profondamente radicati nel sentire comune. In particolare l'idea che una volta pensionate le persone siano solo un costo e non una risorsa che ancora può dare molto alla famiglia e alla comunità.

Per lo scenario internazionale i riferimenti sono i recenti studi dell'OCSE dove viene approfondito il tema della longevità e le sue conseguenze sui sistemi economici e sociali. Per lo scenario nazionale i riferimenti sono le previsioni dell'ISTAT sulla longevità in Italia, l'insorgere della non autosufficienza come vera porta di accesso alla vecchiaia, la specificità della risposta italiana di assistenza alla non autosufficienza

La seconda parte è relativa al quadro delle risorse che il Paese dedica alle politiche di cura di lunga durata per la non autosufficienza a livello nazionale e locale. I riferimenti sono le rilevazioni ISTAT sulla spesa per l'assistenza da cui emerge chiaramente come, anche per effetto della crisi, a fronte di una crescente domanda si riducono le risorse ed i comuni sono costretti a tagliare i servizi.
La terza parte è dedicata alla domiciliarità nelle sue diverse componenti. Con riferimento alle indagini dell'ISTAT e dell'INPS vengono analizzate le varie forme di assistenza alla domiciliarità; la consistenza ed estensione delle indennità di accompagnamento; il ruolo che lavoratrici e lavoratori svolgono nei servizi di assistenza domiciliare agli anziani (badanti) con attenzione alla evoluzione del fenomeno e ai suoi elementi di problematicità. Con riferimento alla ricerca di AeA viene analizzata la condizione abitativa degli anziani.

La quarta parte esamina il sistema dei presidi socio sanitari e socio assistenziali. L'esame, sulla base della ricerca ISTAT del 2015, è condotto a più livelli: il sistema in quanto tale e nella sua distribuzione territoriale; l'offerta di posti letto per tipologia di ospiti, carattere di residenzialità e funzione di protezione sociale; gli anziani ospiti nei presidi, distinti in autosufficienti e non autosufficienti, prendendo in considerazione classi di età, genere, e ragioni del loro ricorso al presidio; la gestione dei presidi con riferimento al profilo giuridico, alla presenza di finanziamenti pubblici, al lavoro e figure professionali, alle liste di attesa

In sostanza il modello italiano di cura della non autosufficienza degli anziani sta manifestando forti limiti di inadeguatezza.

e rette, alle carte dei servizi e ai comportamenti illeciti con riferimento al recente rapporto dei NAS.

Nel suo complesso la ricerca è stata sviluppata con riferimento rigoroso a informazioni statistiche ufficiali nel quinquennio 2009 - 2013. Questa è la copertura statistica abbastanza omogenea garantita tanto da ISTAT quanto dall'INPS. In alcuni casi, in effetti molto pochi, vengono riportati dati aggiornati al 2015. I livelli di analisi, ad eccezione del capitolo sulla longevità in area OCSE, sono quello nazionale, di area geografica e di regione. Nei casi di assenza di fonti statistiche ufficiali la ricerca assume a riferimento studi, ricerche, approfondimenti dei principali centri di elaborazione sulla longevità e sulla cura di lunga durata quali: Ministero della salute, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, CNEL, AUSER, AeA, Network nazionale per l'invecchiamento, Italia Longeva, CENSIS, 50&Più, Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Assoprevidenza e di Itinerari Previdenziali. ADUC, Caritas Italiana.

Invecchiamento della popolazione, le sfide che dobbiamo affrontare

Ivan Pedretti,
Segretario generale Spi-Cgil

Tutti gli studi demografici ci dimostrano che il numero di persone anziane e non autosufficienti è destinato a salire.
Dall'altro lato gli indici di natalità ci dicono che si fanno sempre meno figli.
Questo significa che l'Italia, così come la maggior parte dei paesi europei, in prospettiva sarà abitata prevalentemente da anziani, con tutto quello che ciò comporta.
Può il nostro attuale sistema di welfare reggere a queste condizioni?
Di certo c'è che se non si interviene, difficilmente riusciremo a tenerlo in piedi così come lo abbiamo conosciuto negli anni. Credo pertanto che non sia davvero più rinviabile una grande azione che affronti questo tema trovando soluzioni utili, innovative e in grado di rispondere ai nuovi bisogni.
La nostra società è stata prima agricola e poi industriale. Oggi invece sono le città il cuore pulsante della nostra economia. Da tempo assistiamo ad un ritorno nelle aree urbane con il conseguente abbandono di quelle interne.
Ma le nostre città sono a misura di anziano? Evidentemente no. Penso alle tante zone degradate e disagiate che si trovano ovunque nel nostro paese oppure a quelle lontane dai centri abitati dove vivono per lo più persone anziane. Ma penso anche al livello e alla qualità dei servizi che in tutto il territorio nazionale vengono offerti.
La sfida di oggi è quella di consentire ad una persona anziana di potersi mantenere in salute dentro la propria abitazione. Per farlo si rende necessario un sistema di servizi che glielo consenta. Se un ospedale è lontano, se non ci sono presidi sanitari, se l'assistenza domiciliare non è garantita, se i mezzi di trasporto non sono efficienti, se tutto intorno non esiste una comunità attenta e solidale sarà difficile, se non del tutto impossibile.
Non a caso l'azione di contrattazione sociale che lo Spi-Cgil svolge in ogni territorio verte principalmente su questi temi.
È questo il terreno di confronto su cui ci dobbiamo misurare e su cui stiamo cercando di ottenere delle conquiste importanti, spesso riuscendoci.
È del tutto evidente che se l'obiettivo è quello di costruire un nuovo welfare non possiamo più sottrarci da un confronto vero e serio con tutti gli operatori del settore socio-sanitario.
Se bisogna ad esempio aprire un presidio sanitario in un determinato luogo ci saranno dei lavoratori che si dovranno spostare, dei turni e degli orari di lavoro che dovranno essere riprogrammati. Ecco, penso che questa discussione vada fatta.
Così come penso che una riflessione debba essere aperta nel nostro mondo sulle possibilità che ci offrono le nuove tecnologie applicate al welfare, che non sono poche. Non bisogna averne paura o demonizzarle. Anzi, andrebbe veramente compreso come queste possano rappresentare un'opportunità.
Penso infatti che attraverso lo sviluppo della tecnologia un anziano può vivere meglio e con più salute. Guardiamo ad esempio ai tanti progressi che si sono registrati sulla domotica, sulla robotica e sull'innovazione sia sociale che più prettamente tecnologica.

Se un dispositivo tecnologico ricorda ad un anziano di prendere delle pastiglie agli orari giusti la sua salute ne beneficerà perché potrà fare una terapia in modo corretto. E questo significa che la condizione di quell'anziano non peggiorerà, che non dovrà necessariamente ricorrere all'ospedale e che potrà vivere a lungo e in buone condizioni a casa propria.
Non solo, in questo modo anche i costi del welfare si abbatterebbero, con evidenti benefici per la sua famiglia e per la collettività.
Questo non significa rivolgere lo sguardo ad un modello di welfare impersonale dove i robot prendono il posto delle persone in carne ed ossa. La tecnologia infatti non è solo sostitutiva di un determinato servizio o lavoro ma può essere utile alla sua estensione e alla sua maggiore efficienza. Ci sono già tante esperienze che vanno in questa direzione. Guardarle e cercare di comprenderle credo sia una delle sfide che un sindacato come il nostro deve assolutamente affrontare.
Credo quindi che i raggi della nostra azione possano e debbano essere tanti. Da un lato abbiamo lo strumento della contrattazione a cui affiancare un lavoro di analisi e di studio di quello che dovrà essere in futuro un sistema di welfare in grado di rispondere al grande tema dell'invecchiamento della popolazione.
La ricerca e le proposte contenute nelle pagine che seguono curate da Claudio Falasca per l'Auser nazionale sono un contributo importante a questo complesso lavoro.

Dentro i territori. Lo sviluppo sociale di comunità come prospettiva per l'invecchiamento attivo

Andrea Volterrani,
Università Tor Vergata Roma

Non si può mai sapere in anticipo di cosa siano capaci le persone, bisogna aspettare, dar tempo al tempo, è il tempo che comanda, il tempo è il compagno che sta giocando di fronte a noi, e ha in mano tutte le carte del mazzo, a noi ci tocca inventarci le briscole con la vita, la nostra.

Cecità, Josè Saramago

Essere anziani non è facile nella società contemporanea, ma anche nel passato lo era. L'idea di una presunta età dell'oro è un mito che va sfatato. Le difficoltà di una società tradizionale e prevalentemente agricola erano certamente diverse da quelle odierne, ma non meno dure per gli anziani. Oggi il tema centrale è la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza di quello che gli anziani rappresentano nella quotidianità delle nostre comunità territoriali. È innanzitutto una questione di percezione e di comprensione, ma anche di cambiamento negli atteggiamenti e nei comportamenti collettivi degli stessi anziani e, ovviamente, di tutti i cittadini. Un processo di trasformazione che necessita di essere accompagnato con azioni di comunicazione sociale di comunità, di animazione territoriale continua, di ri-attivazione dei corpi intermedi della nostra società con funzioni diverse dal passato.

Ma cosa dobbiamo percepire e comprendere? Gli anziani sono diventati una risorsa imprescindibile nelle nostre comunità per il mantenimento di un livello minimo di coesione sociale, per la crescita del capitale sociale, per la riproduzione della memoria storica, per la crescita delle relazioni tra generazioni. Sono tutti aspetti che sono profondamente intrecciati con la vita nelle comunità territoriali e anche con un livello più o meno elevato di benessere sociale. Questa non è l'idea di un ritorno ad una comunità idealizzata che non esiste più, ma, piuttosto, il pensare ad uno sviluppo sociale di comunità che possa vedere il protagonismo degli anziani accanto a tutti gli altri abitanti (e non solo cittadini), alle istituzioni e alle organizzazioni di volontariato.

Lo sviluppo sociale della comunità ha come base primaria la capacità di essere presenti negli aspetti minuti della nostra vita di tutti i giorni. Dal riconoscimento reciproco di essere vicinato alla mutualità nei comportamenti sia nel supportare piccoli e grandi bisogni sia nel promuovere opportunità

per se e per gli altri, dal vivere bene e nel benessere alla sensazione di protezione diffusa, dalla moltiplicazione delle relazioni socievoli al rafforzamento di quelle amicali: sono tutte facce della stessa medaglia dove gli anziani, i cittadini e le associazioni di volontariato possono svolgere un ruolo fondamentale.

Tutto questo è possibile però se consentiamo agli anziani di poter abitare la loro quotidianità in sicurezza, con semplicità di movimento e con la possibilità di agire spazi reali e virtuali di relazione. La ricerca sulla domiciliarità evidenzia molte carenze di base in merito alla sicurezza dell'abitare degli anziani che, almeno nel breve periodo, non sembrano avere risposte adeguate dalla pubblica amministrazione. Se a questo si accompagna una cronica debolezza rispetto alla cura degli anziani (e non solo quelli in condizione di non autosufficienza grave) e, più in generale, alla prevenzione fatta di crescita di consapevolezza e conoscenza delle opportunità e delle possibilità di cura, ecco che diventa difficile poter immaginare un percorso che possa modificare la condizione sociale degli anziani nella nostra società.

Quello che, invece, è possibile pensare con maggiore sicurezza sono le capacità che le organizzazioni di volontariato potrebbero mettere in campo. Innanzitutto mettendo in secondo piano la fornitura di servizi, che negli ultimi anni ha fatto perdere di vista il senso e il ruolo del volontariato per abdicare spesso inconsapevolmente a richieste specifiche delle pubbliche amministrazioni locali, a loro volta miopi nel leggere cosa significasse davvero sussidiarietà nei territori a favore di una esternalizzazione votata solo al risparmio. In positivo, invece, la promozione e la crescita della cultura della prevenzione (per la salute, per la sicurezza nelle abitazioni, contro la criminalità e l'illegalità) per tutta la comunità che è spesso relegata ai margini perché operiamo unicamente nella logica delle emergenze. Inoltre la diffusione di conoscenze e di competenze, vecchie e nuove, per contrastare analfabetismo di ritorno e ignoranza diffusa che sono premesse per lo sviluppo di illegalità, frammentazione e vulnerabilità sociale. Infine una attenzione al mantenimento, alla cura e allo sviluppo delle relazioni sociali che veda gli anziani protagonisti di una nuova stagione di rinascita dei territori e di una vitalità di cui sentiamo sempre più il bisogno.

La ricerca sulla domiciliarità evidenzia molte carenze di base in merito alla sicurezza dell'abitare degli anziani

Dalle nuove tecnologie alla certificazione di qualità: le strade per migliorare l'assistenza

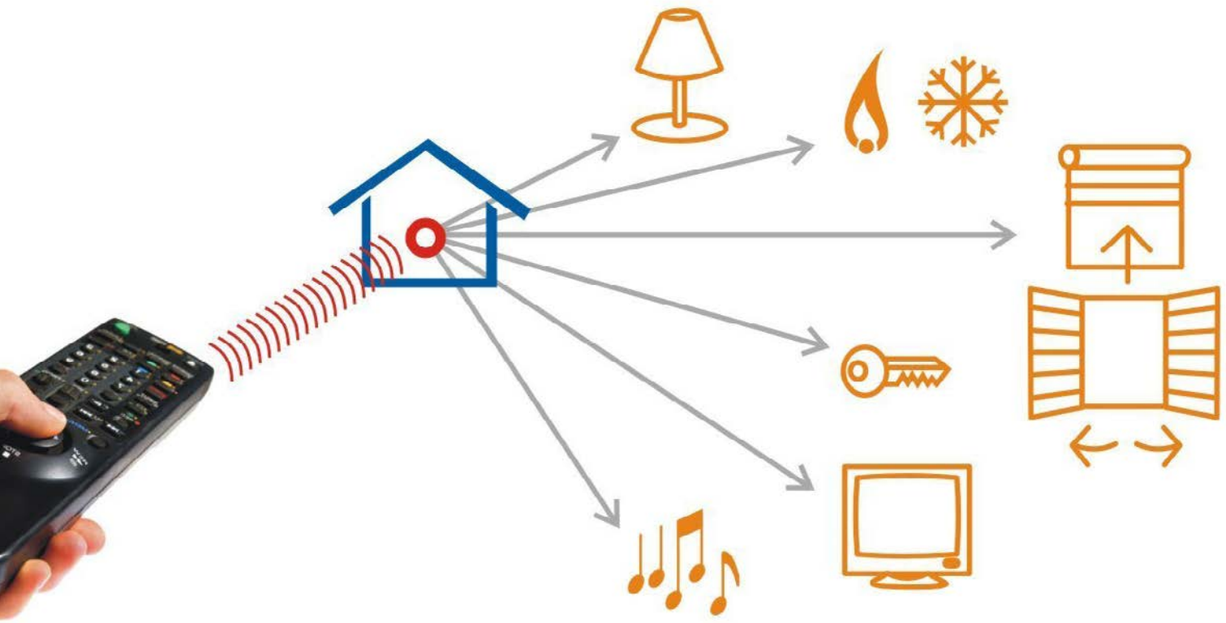
Roberto Bernabei,
Presidente di Italia Longeva

La solitudine che spesso caratterizza la vita degli anziani, soprattutto nel contesto urbano, acuita dalla minore autosufficienza, è uno dei fattori che maggiormente incide sulla loro speranza di vita e quindi sulla loro longevità. La solitudine andrebbe considerata alla stregua di una vera malattia, che dà luogo a una perdita precoce delle capacità cognitive, e per questo andrebbe anche contrastata, anzitutto ripensando le nostre città secondo uno schema socio-sanitario che sia conciliabile con le esigenze degli anziani: perché possano sentirsi meno isolati e, di conseguenza, restare fisicamente e cognitivamente attivi.

Il primo passo, per rendere le città a misura delle persone più avanti negli anni, dovrebbe consistere nell'adeguamento del nostro patrimonio immobiliare. In quest'ottica è fondamentale il ruolo delle famiglie – quelle italiane, come sappiamo, sono nella maggior parte dei casi proprietarie delle abitazioni di residenza – che possono adottare una serie di accorgimenti per evitare situazioni di pericolo tra le mura domestiche: eliminare tappeti e altri arredi "di inciampo", installare 'alert' e *pro memoria* per ricordarsi di assumere i medicinali prescritti, o banalmente di chiudere il gas. In tal senso può giocare un ruolo determinante la domotica e tutta quella tecnologia che può essere impiegata al servizio della tecnoassistenza, consentendo non solo ai familiari e all'anziano stesso di vivere in modo più sereno, ma rendendo anche possibile un monitoraggio continuativo dell'assistito da remoto, a vantaggio dell'efficacia e dell'efficienza di tutti i servizi di assistenza domiciliare, sia privati sia erogati dal Servizio sanitario.

Ancora sul fronte dell'assistenza domiciliare, emerge che il *caregiver* dell'anziano è spesso una badante. Il numero di badanti presenti nel nostro Paese rappresenta una sorta di servizio sanitario parallelo. Più di un milione di operatori e operatrici, dei quali non abbiamo un preciso censimento e dei quali non conosciamo l'effettiva capacità e formazione, sia dal punto di vista assistenziale sia dal punto di vista dei rudimenti in materia sanitaria. Proprio con lo scopo di rispondere a queste mancanze e alle esigenze della popolazione, opera dal '99, presso il CEMI (Centro di Medicina dell'Invecchiamento) al Policlinico Gemelli di Roma, il CEPSAG, che ha l'obiettivo specifico di formare i badanti e poi di mettere in comunicazione la domanda e l'offerta di lavoro – a questo punto specializzata – nel campo dell'assistenza agli anziani.

Vi è poi l'ampio capitolo della residenzialità assistita, dedicata a chi non è più in condizione di continuare a vivere a casa propria, o preferisce – per diverse ragioni – rivolgersi a un contesto assistenziale più strutturato. È sotto gli occhi di tutti che le RSA, le residenze sanitarie assistenziali, presentano una densità, un livello di servizi e in generale un'offerta particolarmente diversificata e disomogenea sul



nostro territorio nazionale. Di qui la nostra idea di lanciare un "Sigillo Qualità Italia Longeva". Si tratta di una certificazione a garanzia della rispondenza delle prestazioni erogate nelle RSA alle più importanti linee guida ed evidenze scientifiche in campo clinico. Questo Certificato non è un riconoscimento ispirato alla logica della premialità, ma piuttosto un percorso di miglioramento. Consente alle RSA, che su base volontaria decidono di intraprenderlo, di ottenere – in caso di esito positivo della verifica, e quindi in presenza di uno sforzo di conformazione alle best practice internazionali – un apposito sigillo, quale riconoscimento della certificazione d'eccellenza.

Il primo passo, per rendere le città a misura delle persone più avanti negli anni, dovrebbe consistere nell'adeguamento del nostro patrimonio immobiliare.

Il Programma "Viva gli Anziani!": vincere l'isolamento sociale degli anziani

Maria Chiara Inzerilli,
Comunità di Sant'Egidio

Per provare a delineare la genesi e gli obiettivi del Programma «Viva gli Anziani!» della Comunità di Sant'Egidio, bisogna tornare al drammatico evento della super mortalità, verificatasi in Europa durante le ondate di calore dell'estate 2003.

Il Programma nasce nel maggio del 2004 proprio come risposta, allo stesso tempo operativa e culturale, allo scandalo di quelle morti, che solo in Italia superarono i 20.000 casi e riguardarono per il 92% anziani over 75 abitanti delle grandi città, spesso soli.

Lo stesso fenomeno si verificò nel resto d'Europa, soprattutto in Francia. Emblematico fu il caso della città di Parigi, dove per più di 300 persone anziane morte a causa del caldo, non si trovò un parente o un conoscente, che ne volesse celebrare il funerale, tanto che dovette intervenire il Governo, organizzando un solenne funerale di Stato, come si fa per i militi ignoti.

Martin Winckler, in un articolo apparso nel settembre 2003 su *Le Monde Diplomatique*,[1] definì quell'evento "l'ecatombe degli invisibili", facendone un'analisi lucida e agghiacciante: questo popolo di anziani, scomparso in poco tempo, segnalava - e segnala anche oggi - alla nostra attenzione una "catastrofe umanitaria", avvenuta nel silenzio. Si tratta di persone che vivevano fra noi, ma come "invisibili", morti anzitempo alla vita sociale, tanto da essere dimenticati da tutti già da vivi. Lo stesso autore, nell'analizzare le ragioni di un tale abbandono, mise l'accento sulla cattiva volontà politica nella gestione dei servizi di Welfare: si lascia che sia la penuria di risorse messe a disposizione a favorire una sorta di eutanasia sociale, che appare in tutta la sua drammaticità soltanto durante l'emergenza, ma che è di fatto una prassi quotidiana.

Del resto questo triste fenomeno non può essere considerato un fatto isolato né spiegato solo con l'emergenza (in questo caso climatica): le cronache dei quotidiani riportano di tanto in tanto episodi simili. E' del 18 settembre del 2015 l'inchiesta pubblicata sulla cronaca di Roma del *"Corriere della sera"* a firma di Rinaldo Frignani dal titolo *"L'infinita strage dei fantasmi"*[2], dove l'autore, commentando il ritrovamento dell'ennesima persona anziana morta in casa da giorni, riporta il dato di circa 100 anziani morti in

1. Martin Winckler, *Morire di caldo, segnale di una sanità malata*, Le Monde diplomatique, settembre 2003.

2.http://roma.corriere.it/notizie/cronaca/15_settembre_19/infinita-strage-fantasmi-morti-100-anziani-abbandonati-deced904-5e2f-11e5-9dfc-2c0d272590d9.shtml

simili condizioni di abbandono nel 2014 a Roma e Provincia. Il caso di Ponte di Nona rimane forse il più eclatante. Maria Carmela Privitera, ex insegnante sessantatreenne, di cui non si avevano tracce dal gennaio 2014, è stata trovata morta nella sua casa romana il 16 settembre 2015 dall'ufficiale giudiziario, arrivato per notificarle una ingiunzione di sfratto. I vicini, invece di segnalarne la scomparsa, avevano sigillato la porta per non sentirne l'odore.

Questo dramma delle morti in solitudine degli anziani rappresenta la punta di un iceberg e la più tragica conseguenza di una realtà molto più diffusa, che è la condizione di isolamento sociale[3], in cui vivono milioni di anziani, condizione che non è riservata solo a questa generazione, ma riguarda tutti: è dunque un segnale di imbarbarimento della società civile da cogliere e da contrastare.

Di fronte a tutto questo si è reso necessario immaginare nuovi scenari culturali e nuove strategie di intervento, in grado di affrontare questo nodo epocale, da cui dipende la tenuta stessa del nostro tessuto sociale.

Zygmunt Bauman, recentemente scomparso, a questo proposito affermava: *"La portata di un ponte si misura dalla forza del suo pilone più debole. La qualità umana di una società dovrebbe misurarsi sulla qualità della vita dei suoi soggetti più deboli. E poiché l'essenza della morale è la responsabilità che ci si assume per l'umanità degli altri, quello è anche il metro del livello etico di una società"*[4]. Se i vecchi, che indubbiamente rappresentano una porzione "fragile" della nostra società, sono tenuti ai margini tanto da non esistere, questo rappresenta una minaccia trasversale per il futuro delle nostre città, che già riguarda tutti: giovani, anziani, ma anche chiunque scivoli nel limbo dell' "inutilità" come chi perde il lavoro o la salute. I vecchi, che Papa Francesco definisce vittime dell'attuale "cultura dello scarto", sono l'avanguardia e lo specchio del destino amaro dell'intera società, se non avviene un cambiamento di rotta verso una nuova cultura di inclusione della fragilità.

Da queste ed altre considerazioni, nasce dunque la sfida del Programma "Viva gli Anziani!", che si radica nel know how maturato dalla Comunità di Sant'Egidio in più di quarant'anni di prossimità al mondo degli anziani, a Roma e nel mondo. Già dai primi anni '70 si rifletteva a Sant'Egidio sulla figura dell'anziano come grande malato di solitudine, in un'epoca in cui, anche per consistenza statistica, il tema della vecchiaia non era all'ordine del giorno, mentre il dibattito culturale si concentrava su altro.

Questa riflessione, nutrita dalla vicinanza concreta alla condizione degli anziani delle periferie di quegli anni, ha portato ad individuare alcuni nodi decisivi, attuali ancora oggi: fra questi l'estraniazione del vecchio dal suo contesto di vita abituale, attraverso il ricorso all'istituzionalizzazione, o una condizione di vita marginale nella città, che arriva fino all'invisibilità e che in questo senso è veramente "democratica" e trasversale.
Il Programma "Viva gli Anziani!" nasce dunque da quest'esperienza decennale, dalla sollecitazione puntuale dei fatti del 2003 e dal desiderio di mettere al servizio di tutti questo patrimonio di conoscenza e di storia, rendendolo un modello di intervento da applicare in larga scala a da validare dal punto di vista dei risultati attesi e della replicabilità in contesti diversi.

Dall'idea motrice della Comunità di Sant'Egidio, si sviluppa da subito una partnership articolata a cui contribuiscono diversi attori pubblici e privati, con ruoli e pesi diversi (in particolare si segnala il contributo di Enel Cuore Onlus e di Roma Capitale, Regione Lazio, ASL Rm1 e ASL RM 3).

Il Programma "Viva gli Anziani!" ha dunque fra i suoi obiettivi prioritari il contrasto dell'isolamento sociale degli anziani attraverso la prevenzione degli effetti negativi di eventi critici (ondate di calore, epidemie influenzali, cadute, la perdita del convivente etc.) sulla salute degli over 80, fra le principali cause di mortalità o di ricorso all'istituzionalizzazione.

La strategia proposta è il monitoraggio attivo: un nuovo modello di intervento pensato per raggiungere grandi coorti di popolazione anziana.

Nell'individuazione dei destinatari si riscontra un'altra delle idee forti del Programma, il modello olistico; infatti i destinatari diretti sono tutti gli over 80 residenti nel territorio individuato per la realizzazione del Programma, mentre i destinatari indiretti sono il grande universo degli attori delle reti informali (vicini, portieri, commercianti, medici di base etc.) e formali (operatori dei servizi socio- sanitari), cioè tutta la rete di rapporti che circonda gli anziani. Dal 2004 ad oggi sono stai convolti nel Programma più di 12.000 anziani e più di 24.000 beneficiari indiretti.

"Viva gli Anziani!" è attivo tutto l'anno con campagne informative, telefonate, visite domiciliari ed interventi vari nel Centro Storico di Roma, recentemente in altre aree cit-

3. è necessario fornire alcune definizioni di "isolamento sociale" e dare qualche cenno sulla letteratura a riguardo. Sicuramente è opportuno citare Robert Kahn, ricercatore sociale americano, che alla fine degli anni '90 pubblica con altri lo studio "Successfull Aging", in The gerontologist, 1998 fra i primi a dare una definizione di isolamento sociale come fattore di disumanizzazione. I suoi studi si pongono l'obiettivo di misurare il fenomeno attraverso parametri oggettivi e misurabili. Altri studi si sono concentrati sulla correlazione fra isolamento sociale ed aumento della mortalità: ad esempio Sugisawa et altri in una ricerca longitudinale triennale su un campione di 2.200 anziani giapponesi, ha esaminato gli effetti delle reti sociali e di sostegno sociale sulla mortalità. Tra le cinque variabili di relazioni sociali, la partecipazione sociale ha un forte impatto sulla mortalità, e questo effetto rimane statisticamente significativo quando altri fattori sono considerati. La partecipazione sociale, il sostegno sociale, e sentimenti di solitudine si trovano ad avere effetti indiretti sulla mortalità degli anziani giapponesi attraverso i loro legami con malattie croniche, stato funzionale, e la salute auto-stimata (in Journal Gerontol. 1994 Jan;49(1):S3-13.Social networks, social support, and mortality among older people in Japan.Sugisawa H1, Liang J, Liu X). Ugualmente significati i risultati degli studi longitudinali statunitensi di Seeman ed altri (Seeman, SL Syme - Psychosomatic Medicine, 1987 - journals.lww.com, Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease, 1987), nella quale si è visto che in un arco di osservazione di cinque anni le persone prive di legami hanno una mortalità dalle due alle quattro volte superiori a chi ha diversi tipi di legami. Esistono poi degli studi più recenti come quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2004 dal titolo "Integrazione sociale e Mortalità" che confermano questi risultati. A questi si aggiungono nuove ricerche che mettono in correlazione isolamento sociale e funzioni cognitive. Ad esempio lo studio del 2010 di Oscar Ybarra dell'Università del Michigan mostra come le interazioni sociali influenzino direttamente la memoria e la performance mentale in modo positivo. Va citato l'importante lavoro di Fratiglioni et altri, pubblicato nel 2000 su The Lancet, che analizza in uno studio longitudinale, condotto su 1.368 persone anziane che vivevano a casa e con funzioni cognitive buone di base. Dopo l'osservazione di tre anni si è potuto constatare che una rete sociale povera o limitata incrementa il rischio di demenza di ben il 60%.Fra gli studi più recenti va citato "Researchers Confront an Epidemic of Loneliness" di KATIE HAFNERSEPT apparso sul The New York Times del 5 settembre 2016.

Questi ed altri lavori hanno contribuito all'elaborazione del concetto di determinanti sociali della salute, come delineato dalla Commissione Europea nel Rapporto sulla situazione sociale dell'Europa 2003 (http://www.amblav.it/Download/Situazione_Sociale_Europea-Panorama_2004.pdf) che afferma il ruolo protettivo sulla salute, che esercitano le reti di prossimità.

4. Z. Bauman, *Una nuova condizione umana*, Vita e Pensiero, Milano 2003, p.147. Dello stesso autore si veda anche Z. Bauman, *La solitudine del cittadino globale*. Feltrinelli, Milano; 2000.

tadine e in altre città italiane. Si tratta di un lavoro capillare finalizzato a creare punti di riferimento all'interno del quartiere ed una rete di prossimità personalizzata intorno ad ogni anziano, che possa proteggerlo dalle conseguenze legate a situazioni di emergenza di vario genere. Questo lavoro costruisce fiducia, nel senso che dà a ciascuno la possibilità di un appoggio del quale fidarsi in un momento di difficoltà con ricadute positive sulla qualità della vita degli anziani e di tutto il quartiere

Infatti la riuscita del Programma sta nella capacità di connettere l'anziano, i suoi bisogni, ma anche le sue risorse, con il tessuto connettivo del suo ambiente, costituito da tutti quei soggetti, che lo abitano e che necessariamente si relazionano fra loro, e con il territorio nel suo complesso.

La parola chiave è "relazione" e gli operatori del Programma sperimentano quotidianamente la necessità di costruire queste relazioni, da cui scaturiscono poi le soluzioni ai problemi individuali e collettivi, come la mancanza di un servizio o la difficoltà di un singolo, che trova risposto nel mutuo aiuto suscitato dal lavoro di rete del Programma. "Relazione" come risposta all' "isolamento".

Si tratta ora di provare a valutare l'impatto di questa nuova strategia di intervento in termini di salute pubblica e di qualità della vita dei beneficiari: il primo elemento da considerare è la mortalità. Dai dati messi a disposizione dall'Ufficio Statistico di Roma Capitale emerge come il Municipio I° Centro Storico, dove il Programma è attivo da dodici anni in alcuni rioni, abbia la mortalità più bassa degli over 75 di tutta la città. Analizzando il dato specifico sulla mortalità estiva nel solo Municipio I° si osserva che il dato migliore sulla mortalità 2014 2015 si ha proprio nei rioni target del Programma (Trastevere, Esquilino, Testaccio). Questo conferma l'incidenza positiva in termini di sopravvivenza degli anziani oggetto dell'intervento, a fronte del gruppo di controllo rappresentato dagli anziani residenti nei rioni dove non è presente il Programma[5].

Un altro dato significativo è la riduzione del tasso di ospedalizzazione stimato intorno al 10% annuo, come pure quella del costo medio per ricovero, entrambe statisticamente significative.

In sintesi: gli anziani seguiti dal Programma si ricoverano in ospedale meno e con minor frequenza degli anziani delle altre zone di Roma (la riduzione del tasso di ospedalizzazione si può stimare di circa il 10%);

Gli anziani del Programma arrivano in ospedale con patologie "meno costose" per la Sanità Regionale, grazie all'opera di prevenzione di cui sono beneficiari. Anche in questo caso la riduzione dei costi è del 10 %.

Relativamente ai ricoveri in residenza, il tasso di incidenza per gli anziani del Programma è dello 0,6% annuo tra il 2005 ed il 2013. In altri Municipi il tasso è di poco inferiore all'1%.

Una riduzione del 40% dei ricoveri in residenza appare quindi un dato realistico e di grande interesse per il management dei servizi socio-sanitari (in relazione ai risparmi che si otterrebbero se il Programma fosse messo a sistema).

Siamo quindi di fronte ad un modello di grande interesse per i decisori pubblici: infatti la riduzione del 10% dei costi dei ricoveri ospedalieri e del 40% delle istituzionalizzazioni comporta una riduzione generale della spesa sia per il comparto sanitario che per quello sociale.

Sul campione di 5.000 anziani seguiti da "Viva gli Anziani!" la stima di questi risparmi, calcolati sulla base delle tariffe attualmente vigenti presso la Regione Lazio e sulla media dei contributi erogati da Roma Capitale per la parte assistenziale è pari a circa 600.000 Euro l'anno.

Ad una migliore qualità della vita (minore ospedalizzazione e minore istituzionalizzazione) corrisponde una minore spesa per l'assistenza; tale risultato diviene particolarmente significativo in tempi di contrazione della spesa pubblica.

Non è dunque impossibile coniugare efficienza del sistema dei servizi con un approccio relazionale puntato all'inclusione dei più fragili, anzi è necessario farlo per il futuro di tutti.

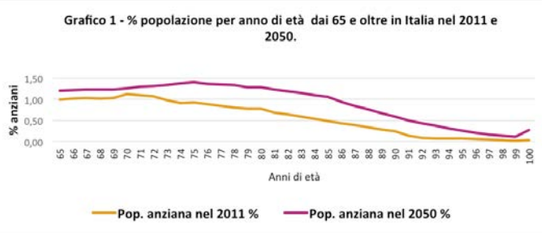
La strategia proposta è il monitoraggio attivo: un nuovo modello di intervento pensato per raggiungere grandi coorti di popolazione anziana.

5. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_2626_listaFile_itemName_14_file.pdf

“Domiciliarità e residenzialità per l’invecchiamento attivo”

Invecchiamento: una prospettiva con cui fare i conti

Il pianeta sarà sempre più popolato da anziani e il cambiamento è già sotto i nostri occhi. In Italia nel 2011 le persone con più di 65 anni erano 12.171.292, il 20,5% del totale della popolazione. Già oggi, secondo i recenti dati EUROSTAT, siamo il paese europeo più vecchio: il 21,4% ha più’ di 65 anni, rispetto a una media UE del 18,5%, e il 6,4% ne ha più di 80, contro una media di 5,1%. Nel 2050 l’ISTAT prevede che gli anziani saranno 21.775.809, il 34,3% della popolazione. Si passerà da un rapporto 1 a 5 a un rapporto 1 a 3 (Grafico 1).



Elaborazione Auser su dati OCSE

Una prospettiva che non interessa solo l’Italia. In tutto il mondo si contano 868 milioni di persone ultrasessantenni, pari al 12% della popolazione, con proiezioni che si spingono verso i 2,4 miliardi per il 2050, quando 21 persone su 100 avranno più di 60 anni.

Un futuro con più anziani che giovani

Per la prima volta nella storia dell’umanità nel mondo ci saranno più ultra sessantenni che ragazzi sotto i 16 anni. Uno scenario dalle inedite implicazioni sociali ed economiche che richiede, già oggi, come sollecita l’OCSE[1], uno straordinario impegno politico e culturale nella elaborazione di una nuova idea del corso di vita delle persone capace di superare stereotipi desueti ed a cui adeguare i tempi del lavoro e del tempo libero, i sistemi previdenziali e sanitari, le politiche abitative e urbane.

Per comprendere pienamente la dimensione del problema la Ragioneria Generale dello Stato[2] valuta che, nelle previsioni dello scenario nazionale base, la spesa per l’assistenza di lunga durata passerà dall’ 1,9% del PIL nel 2015 al 3,2% del PIL nel 2060.

Cambia la “vecchiaia”

I “nuovi anziani” sono sempre più persone in buona salute, tuttavia invecchiando andranno inevitabilmente incontro a malattie croniche che incideranno non poco sul sistema sanitario.

L’ISTAT[3] stima che nel 2013 circa 2,5 milioni di anziani fossero afflitti da limitazioni funzionali (Tab.1), con picchi significativi nel Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia. In particolare le limitazioni più frequenti ovunque sono quelle delle attività nella vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL) che interessa 1,6 milioni di anziani, con tasso nazionale del 12,8%), a seguire quelle relative al movimento che interessa 1,3 milioni, con un tasso del 10,2% e al confinamento che interessa 1,2 milioni con un tasso del 9,4%.

Tab. 1 - ANZIANI PER TIPO DI LIMITAZIONI FUNZIONALI. Valori % 2013

	Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazione funzionale			
		Confinamento	Limitazioni nelle funzioni	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista,udito, parola
IT	19,8	9,4	12,8	10,2	5,2

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Meno ospedali e più cura

Comprensibilmente questo scenario si estenderà con la maggiore longevità. Farvi fronte richiede indubbiamente un deciso cambio di direzione che sposti il centro dell’attenzione nell’azione di assistenza dalla cura in acuto al numero sempre maggiore di pazienti cronici.
Purtroppo l’Italia è in ritardo nel maturare un proprio sistema di assistenza a lungo termine (Long term care – LTC) rivolto agli anziani con particolare riferimento alla non autosufficienza.

Il modello italiano di cura

La cura di lunga durata (LTC) in Italia si caratterizza per la copresenza di due linee di azione: la *“domiciliarità”* e la *“residenzialità”*. La prima si fonda sulla convinzione profondamente radicata e diffusa nella cultura comune che per le persone anziane rimanere in casa propria è sempre e comunque la soluzione migliore. La seconda linea, quella della residenzialità, è costituita da quell’insieme di strutture (presidi) pubblici e o privati in cui le persone anziane bisognose di assistenza vendono ospitate anche a tempo indefinito.

Il confronto quantitativo tra le due linee di azione vede decisamente favorita la domiciliarità a cui ricorrono circa 2,5 milioni di anziani, mentre nelle strutture per la residenzialità trovano assistenza poco più di 278.000 di anziani autosufficienti e non nel 2013.

Un modello sempre più inadeguato

Tuttavia tanto la domiciliarità, quanto la residenzialità manifestano gravi limiti di inadeguatezza.
Quantitativa: di carattere strutturale derivante dalla progressiva crescita dei longevi e di carattere congiunturale per gli effetti della crisi sui redditi familiari e sulle finanze pubbliche. *Qualitativa*: come conseguenza della incapacità dell’attuale modello di assistenza di corrispondere alle domande che esprimono i nuovi anziani.

1. **OCSE** – Ageing: debate the issues – 2015 – Rapporto dell’OCSE sull’invecchiamento della popolazione a livello globale.

2. **Ministero dell’Economia e delle Finanze** - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario – Rapporto n. 17 - 2016

3. **ISTAT** – Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione-2014. L’indagine è stata realizzata su un campione ampliato grazie al sostegno del Ministero della Salute e delle regioni per produrre stime a livello regionale e sub-regionale, per un totale complessivo di circa 120 mila rispondenti.

I LIMITI NELLA DOMICILIARITA'

In Italia il sistema di cura degli anziani non autosufficienti si regge in larga parte sul contributo delle famiglie: secondo l'ISTAT[4] in Italia ci sono circa 3,3 milioni di caregiver familiari, l'8,6% della popolazione italiana adulta, che si prende cura di adulti anziani, malati e disabili.
In prospettiva si prevedono crescenti difficolta

Cresce la domanda di assistenza, ma le risorse per i servizi sono inadeguate

Per la prima volta nella storia del Paese la copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti presenta tutti segni meno: in tutti i servizi sono diminuiti gli anziani presi in carico, nonostante cresca il numero di anziani non autosufficienti; gli utenti ospiti di strutture residenziali fra il 2009 e il 2013 sono diminuiti del 9,1%; quelli che hanno l'indennità di accompagnamento sono scesi dal 12,6% del 2011 al 12,0 del 2013. La spesa per servizi sociali per anziani di regioni e comuni dal 2009 al 2013 è diminuita del 7,9%.
Il Fondo nazionale per le politiche sociali[5], il principale canale di finanziamento, con i continui tagli, che hanno raggiunto anche livelli del 30-40% annuo, è stato fortemente ridimensionato dalle leggi finanziarie annuali fino a raggiungere nel 2012 valore solo simbolico (Tab. 2). Nel 2016 la dotazione del fondo è del 78% in meno di quella che aveva nel 2009. Ciò significa per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuisce per il 12,1% alla spesa sociale.

Tab. 2 – RISORSE PER IL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI (FNPS) 2009 - 2016. Valori in milioni di euro.

Anno	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fondi	1420	435	218	43	344	297,5	313	312

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Con le recenti leggi di stabilità si sta progressivamente recuperando il livello dei fondi stanziati nel 2009 (Tab. 3), ma nonostante questi reintegri i fondi statali restano nettamente inferiori al fabbisogno. Da sottolineare, inoltre, che il rifinanziamento ha carattere esclusivamente annuale, mentre per gli anni successivi permane la situazione di incertezza sui fondi disponibili.

Tab. 3 - FONDI PER LE POLITICHE SOCIALI DELLE REGIONI DAL 2009 - 2013. Valori in milioni di euro

Anno	2009	2010	2011	2012	2013
Fondi	1155	897	303	70	575

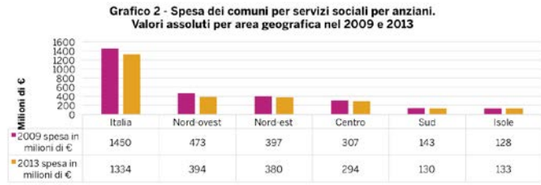
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

I comuni costretti a tagliare i servizi

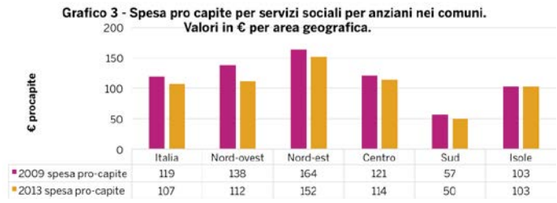
La spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati nel 2009 e 2013 ha subito una diminuzione complessiva dell'1,4%. Nelle regioni del Nord ovest si è ridotta del 7,3%, dell'1,4% nel Nord est: la somma della spesa delle due aree nel 2013 è il 54,7% del totale nazionale (56,5% nel 2009). Nel Centro e nelle Isole è aumentata del 6%, mentre è diminuita del 7,5 nel Meridione. Cifre che tradotte in valori pro capite significano come media nazionale il passaggio da 118 a 117 € dal 2009 al 2013, ma con una enorme variabilità tra le diverse aree che va dai 159€ pro capite nel Nord est ai 51€ nel Meridione: una differenza di 3 a 1.

Crolla la spesa per anziani

Se la spesa complessiva per i servizi sociali degli enti territoriali si è contratta nel quinquennio 2009 - 13 dell'1,4%, quella destinata agli anziani ha subito una ben più drastica riduzione dell'8% (Grafico 2). Ad eccezione delle Isole, dove è aumentata del 4%, nelle restanti aree è diminuita ovunque: del 16,7% nel Nord ovest, del 4,3% nel Nord est, del 4% nel Centro, del 9,1% nel Meridione. Nello stesso periodo i valori pro capite della spesa per anziani sono scesi a livello nazionale da 119 a 107€, passando dai valori massimi del Nord est di 112€ ai valori minimi del Meridione di 50€ (Grafico 3).



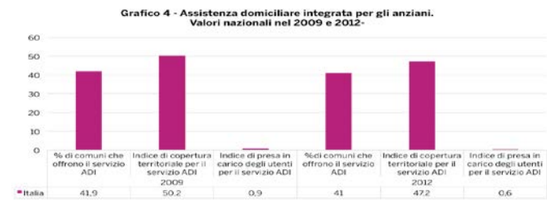
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Si contrae il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)[6]

A livello nazionale i comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare integrata nel periodo 2009-13 sono passati dal 41,9% al 41%. Nel Nord ovest l'offerta del servizio aumenta dal 38,5 a 43,4% dei comuni, nel Nord est c'è una contrazione netta del numero dei comuni passando dal 73,8% al 54,8%, anche nel centro diminuiscono dal 51,7% al 43,3%. Nel Meridione i comuni aumentano dal 32,4 al 37,4%, lo stesso nelle isole dal 7,8 al 10,3% (Grafico 4).
L'indice di copertura territoriale del servizio a livello nazionale diminuisce nel quinquennio dal 50,2 al 47,2. Diminuisce nel Nord ovest dal 37,9 al 36,7, più drasticamente nel Nord est dal 73,5 al 58,3, lo stesso nel centro nel Centro dal 68,9 al 63,4, aumenta sensibilmente nel Meridione da 39,1 a 52,3 mentre si dimezza nelle isole dal 24,5 a 13.
L'indice di presa in carico diminuisce a livello nazionale dallo 0,9 allo 0,6. Nelle aree geografiche l'indice diminuisce in tutte quelle del Nord mentre rimane costante nel resto del Paese



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Si riduce il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)[7]

Nel quinquennio 2009-13 i comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare i diminuiscono passando a livello nazionale dall'86,3 all'85,7% (Grafico 5).
Nelle diverse aree geografiche l'offerta del servizio diminuisce in tutte con l'eccezione del centro e delle Isole. Nel Nord ovest l'offerta diminuisce passando dal 91,3 all'89,9%, nel Nord est dal 94 al 90,8%, nel Meridione 74,9 al 72,2, nel Centro invece aumenta dall'83,2 all'83,7 e nelle Isole dall'82,9 all'84,7%.
Riguardo all'indice di copertura territoriale del servizio abbiamo una leggera diminuzione a livello nazionale passando dal 89,2 a 89,1. Nelle aree geografiche diminuisce nelle aree del Nord, del Centro e nelle Isole, aumenta di 6 punti nel Meridione passando dal 75,4 all'81,6.
Relativamente all'indice di presa in carico diminuisce sia a livello nazionale da 1,6 a 1,3 e sia in tutte le aree geografiche. Lo stesso nelle regioni con l'unica eccezione del Friuli

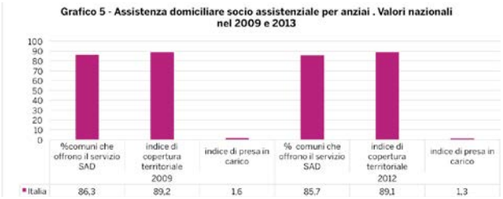
4. ISTAT - La conciliazione tra lavoro e famiglia – 2011

5. **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS)**: è la fonte nazionale di finanziamento degli interventi di assistenza alle persone e alle famiglie, così come previsto dalla Legge quadro di riforma dell'assistenza 328/2000.

6. **Assistenza domiciliare integrata** (ADI): indica il sistema di interventi e servizi sanitari offerti presso il domicilio dell'assistito. Vedi anche definizioni.

7. **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD):** indica quel complesso di servizi socio-assistenziali erogati dai comuni nel proprio territorio a favore della popolazione anziana. Vedi anche definizioni.

Venezia Giulia dove aumenta dal 2,2 al 2,3.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

L' indennità di accompagnamento[8] il vero pilastro della domiciliarità

Nel 2013 l'ISTAT stima che siano 1.511.974 gli anziani a beneficiare della indennità di accompagnamento, il 12,6% del totale anziani e circa il 58,7% delle persone anziane che soffrono di una qualche forma di limitazione funzionale (Tab. 4).

Tab. 4 - ANZIANI BENEFICIARI DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO. Valori assoluti e % per fasce di età nel 2013.

Fascia d'età	N. assoluto	% su tot.
5-74 anni	225.326	14,9
75-84 anni	560.723	37,1
85+ anni	725.925	48,0
Totale 65+	1.511.974	100,0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

La spesa complessiva per indennità di accompagnamento era nel 2013 di 13.372 milioni di €. Di questa cifra il 71,8%, 10.140 milioni, era destinata agli anziani. Tra il 2010 ed il 2013 la spesa complessiva è aumentata del 4,8%, mentre quella per gli anziani è aumentata del 5,4%. Malgrado la spesa sia aumentata il numero di beneficiari dell'indennità è diminuito (Tab. 5).

8. **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.

Tab. 5 - SPESA NOMINALE PER INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO PER BENEFICIARI TOTALI (TUTTE LE ETÀ) E ANZIANI (65+ ANNI) NEL 2010 E 2013.

IT	Spesa per indennità di accompagnamento per il totale dei beneficiari Milioni €)	Variazione % della spesa totale 2010-13	Spesa per indennità di accompagnamento per anziani 65+ Milioni €	Variazione % della spesa per anziani 2010-13
2010	12.762		9.620	
2013	13.372	+4,8	10.140	+5,4

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tra il 2010 e il 2013 la percentuale di anziani beneficiari a livello nazionale si riduce dello 0,7% con una riduzione di ben 19.000 beneficiari (Tab. 6).

Tab. 6 - BENEFICIARI ANZIANI DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (% su popolazione 65+) nel 2010 e 2013.

	2010	2013	Variazione 2010-2013
ITALIA	12,7	12,0	-0,7

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Assistenti familiari - badanti[9] navigano nel sommerso

Sconosciuto è il numero delle lavoratrici e/o lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari. Gli unici dati attendibili sono desumibili dall'Osservatorio dell'INPS sul lavoro domestico[10].

Da questo ricaviamo che nel 2015 i lavoratori domestici erano 886.125, di questi 375.560 (il 42,4%) sono badanti. Dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, passando dal 26% dei lavoratori domestici al 42,4%, con un incremento del 46,1% (Tab. 7).

9. Badante: è il termine usato nel linguaggio comune per designare lavoratrici o lavoratori addetti all'assistenza e alla cura di persone non autosufficienti, o che hanno comunque bisogno di assistenza, in ragione di condizioni di salute o di età, all'interno dell'ambiente domestico, anche se in realtà il termine più indicato è "assistente familiare".

10. **INPS**: Osservatorio sui lavori domestici – Banche dati statistiche

Tab. 7 – LAVORATORI DOMESTICI PER TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO. VALORI NAZIONALI ASSOLUTI E % DAL 2009 AL 2015

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
Badante	257.043	26	290.008	31	306.786	34	362.078	36	366.685	38	367.454	41	375.560	42,4
Colf	700.043	71	631.808	68	589.167	66	646.387	64	589.268	62	539.019	59	510.163	57,6
Senza ??	26.146	3	11.917	1	1.605	0	75	0	90	0	170	0	402	0,0
Totale	**983.759**		**933.733**		**897.558**		1.008.540		**956.043**		**906.643**		**886.125**	

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

La stragrande maggioranza di assistenti familiari sono donne con il 92,9%, il picco più alto mai raggiunto con un incremento tra il 2009 e il 2015 del 63,4%.

Tra il 2009 e il 2015 sono diminuite le badanti di classi di età comprese tra 19 e i 34 anni, mentre sono aumentate le classi comprese tra i 55 e i 65 anni e oltre. La riduzione delle classi giovani è stata del 33,7%, mentre l'incremento delle classi più anziane è stato del 207,6%.

Negli stessi anni aumenta il numero delle settimane lavorate durante l'anno. Nel 2015 sono il 46% i lavoratori occupati per più di 40 settimane, nel 2009 erano il 23%.

Aumenta la fascia di reddito di 10.000€ annuo al 28,5%, nel 2009 era il 10%. La cifra media mensile che gli italiani dichiarano di pagare alle badanti è 920€. Si tratta di un dato medio che contiene le situazioni più diverse. Tenuto conto delle tutele garantite alle badanti regolari e che per molte in condizioni irregolare tali tutele sono comunque monetizzate.

Varie fonti stimano che le risorse economiche mobilitate siano non meno di 9 miliardi di euro per circa 1,5 milioni di anziani.

Critica la condizione abitativa11

Alla prevalenza della soluzione domiciliare nella assistenza agli anziani ha contribuito non poco il grande numero di abitazioni di proprietà. Come documentato nel 2° Rapporto di Abitare e Anziani del 2015, sono circa 10.000.000 gli anziani che vivono in case di proprietà: l'80,3% della popolazione anziana italiana.

Tuttavia anche questa componente manifesta i suoi limiti. Aumenta il numero degli anziani che vivono soli in case di proprietà che nel 2011 si attesta al 34,9% del totale, così come aumenta il numero di abitazioni di grandi dimensioni abitate da anziani soli che si attesta al 65,9%. A fronte non migliora la qualità abitativa delle abitazioni realizzate nel 35,4% dei casi prima del 1961 e il 19,5% prima del 1946. Si tratta quindi di abitazioni che per il 54,9% hanno più di 50 anni. Il 12,8 % risulta essere in condizioni mediocri o pessime e il 20,8% non prevede un vero e proprio impianto di riscaldamento, ma più spesso singoli apparecchi o fonti di calore. Il 76,1% è priva di ascensore.

Tutte situazioni in cui l'opzione domiciliare può rivelarsi una trappola perché non sempre è garanzia di qualità e sicurezza.

Cresce l'indebitamento delle famiglie

A questo insieme di criticità si deve infine tener conto che la revisione dei parametri dell'ISEE[12] nel novembre 2014 ha determinato nuovi livelli di detrazione fiscale per le persone non autosufficienti e l'equiparazione di alcune prestazioni assistenziali (quali ad esempio la pensione di invalidità civile e l'indennità di accompagnamento) a veri e propri redditi che contribuiscono ad alzare l'indicatore. La conse-

11. Si veda 2° Rapporto di Abitare e Anziani del 2015 sulla "Condizione abitativa degli anziani che abitano in case di proprietà"

12. **ISEE:** è l'indicatore della situazione economica equivalente. L'attestazione contenente l'indicatore ISEE consente ai cittadini di accedere, a condizioni agevolate, alle prestazioni sociali o ai servizi di pubblica utilità.

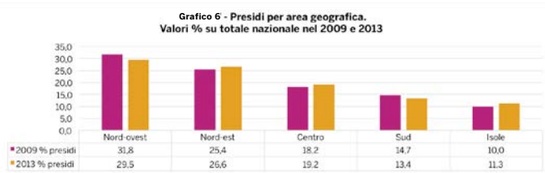
guenza di tale provvedimento è stata quella di costringere le famiglie a pagare quote più elevate di compartecipazione alle spese per sanità e servizi sociali locali intaccando la capacità di spesa dei longevi e dei familiari.
Non sorprende che, secondo il CENSIS[13], siano oltre 561 mila le famiglie che per pagare l'assistenza ad un non autosufficiente hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi o vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi. Tanto più che da sempre il finanziamento del costo dell'assistenza a familiari non autosufficienti ha richiesto uno sforzo economico diffuso nelle reti familiari con quasi 910 mila famiglie in cui più membri si sono tassati per contribuire a pagare tale assistenza.

I LIMITI NELLA RESIDENZIALITÀ

Il secondo pilastro del modello italiano di cura degli anziani si fonda sul sistema di strutture pubbliche o private (Presidi Socio Assistenziali e/o Socio Sanitari) che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) a persone in stato di bisogno.
Al 31 dicembre 2013 risultano attivi 12.261 Presidi che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a 278.000 anziani in stato di bisogno.

Si riduce il numero dei Presidi

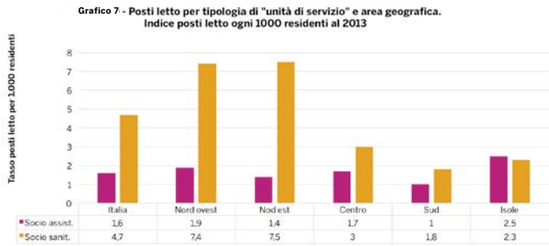
Tra il 2009 e il 2013 il numero dei Presidi si riduce dello 7,2% a livello nazionale.
La loro distribuzione territoriali vede prevalere le regioni del centro nord con il 75,3%. Nel meridione e nelle isole i presidi sono rispettivamente 13,4 e l'11,5 (Grafico 6)



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

13. **CENSIS** - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

All'interno dei Presidi operano 14.751 "unità di servizio"[14]
Le unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-sanitario sono 8.272. Queste dispongono della maggior parte dell'offerta residenziale per un ammontare di oltre 285 mila posti letto (il 74,2% dei posti letto complessivi).
Le unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-assistenziale sono 6.479. L'offerta residenziale si riduce considerevolmente per queste unità che dispongono in totale di 98.117 posti letto, pari al 25,8% dei posti letto complessivi.
L'indice medio nazionale di posti letto ogni 1000 abitanti per le Unità di servizio socio assistenziale è dell'1,6, mentre quello per le Unità socio sanitarie è di 4,7. Le prime hanno un indice massimo di 2,5 nelle isole, mentre le seconde hanno l'indice massimo del 7,5 nelle regioni del Nord est (Grafico 7).
L'utenza prevalente dei presidi interessa varie figure sociali: i minori (0-17 anni), i disabili, le dipendenze, gli adulti con disagio sociale, gli immigrati, gli anziani, persone con problemi di salute mentale, multiutenza. La quota più rilevante, il 62,5% è destinata agli anziani, segue la multiutenza con l'11,7%, i disabili con l'8,4%, i minori con 4,9%.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il carattere di residenzialità delle unità di servizio è decisamente di medie – grandi dimensioni con il 94,1% dei posti letto disponibili con un'organizzazione di tipo comunitario. I mutamenti normativi hanno previsto l'incremento di unità residenziali di piccole dimensioni con organizzazione di tipo familiare: tali unità nel 2013 disponevano solo del 5,6% dei posti letto complessivi, ma la quota aumenta al 31,4% se si considerano le sole residenze per minori.

14. **Unità di servizio:** è l'articolazione funzionale che all'interno di ciascun presidio eroga le diverse tipologie di assistenza. Le "unità" vengono classificate secondo quattro livelli di funzione: di protezione sociale, di livello di assistenza sanitaria erogata, di carattere di residenzialità e di target d'utenza prevalente.

Decresce l'offerta di posti letto per tipologia di ospiti, funzione di protezione sociale e carattere di residenzialità

I presidi dispongono complessivamente, per tutte le tipologie di ospiti, di 384.450 posti letto, 6,3 ogni 1.000 persone residenti, nel 2009 ammontavano a 429.220.
Agli anziani ne sono riservati 278.652 con un indice di 22,5 posti letto ogni 1.000 anziani.
Questo indice se confrontato con quelli dei principali paesi OCSE[15], dove i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani), mette in evidenza come volendo allineare il nostro Paese alla media OCSE servirebbe in incremento di posti letto da circa 111.000 a 500.000.
Nei fatti a causa della crisi il numero dei posti letto si è ridotto. Nel periodo tra il 2009 e il 2013 ha subito una riduzione complessiva media del 10,4% (Grafico 8).

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

15. Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - Dai dati dei principali paesi OCSE si rileva che i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani).

Forti gli squilibri territoriali nell'offerta di posti letto

Nelle aree del Nord ovest e del Nord est si concentra il 66% delle disponibilità di Posti letto, il 15,1 nell'area del Centro il rimanente 18,8 nel Meridione e nelle Isole.
In rapporto alla popolazione l'offerta più alta si riscontra nel Nord con 9,1 posti letto ogni 1.000 residenti. L'indice decresce nelle altre aree e raggiunge i valori minimi nel Sud del Paese con meno di tre posti letto ogni 1.000 residenti.
Le regioni del Nord presentano la più alta disponibilità di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,4 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore inferiore a due nelle regioni del Sud. La distribuzione territoriale di posti letto dedicati alle funzioni di tipo socio-assistenziale segue, invece, un andamento più omogeneo e si assesta su valori molto più bassi in tutte le ripartizioni territoriali, ad eccezione delle Isole, dove l'offerta residenziale assistenziale prevale su quella sanitaria.
Il divario tra le regioni si riscontra anche in relazione alla tipologia di utenza assistita. La maggiore concentrazione di posti letto destinata ad anziani si registra nel Nord, con tassi di circa 29 posti letto ogni 1.000 residenti anziani, mentre nelle altre ripartizioni la quota di posti letto destinata a utenti con più di 64 anni risulta molto inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud con meno di 7 posti letto ogni 1.000 residenti anziani.
Le Isole, ed in modo particolare la Sicilia, si caratterizzano per la più ampia proporzione di posti letto dedicata ad accogliere stranieri (6 posti letto ogni 1.000 residenti stranieri), scostandosi nettamente dal dato nazionale che si attesta su un valore di 1,7 per 1.000 stranieri residenti.

Posti letto per tipologia di ospiti

La destinazione dei posti letto interessa varie figure sociali: i minori (0-17 anni), i disabili, le dipendenze, gli adulti con disagio sociale, gli immigrati, gli anziani, persone con problemi di salute mentale, multiutenza. La quota più rilevante dei posti letto, il 62,5% è destinata agli anziani, segue la multiutenza con l'11,7%, i disabili con l'8,4%, i minori con 4,9%.
Nel periodo 2009-13 i posti letto destinato agli anziani diminuiscono del 23,6%, in termini assoluti 77.017 unità.

Posti letto per funzione di protezione sociale

I posti letto dei presidi sono destinati a diverse funzioni di protezione sociale. La prevalente è sicuramente quella socio sanitaria alla quale vengono destinati il 73,5% dei posti letto disponibili.

Le altre funzioni sono l'accoglienza di emergenze a cui sono destinati il 2,2% dei posti letto, l'accoglienza abitativa il 13,8, la funzione tutelare 3,9%, l'educativa - psicologica lo 0,7% e quella non meglio precisata con lo 0,3%.

Posti letto per carattere di residenzialità

I Presidi differiscono anche per il carattere della residenzialità, definita in base alle dimensioni e al tipo di organizzazione adottato.

Il 94,1% dei posti letto si colloca in "unità di servizio" di medie o grandi dimensioni con un'organizzazione di tipo comunitario. I mutamenti normativi hanno previsto l'incremento di unità residenziali di piccole dimensioni con organizzazione di tipo familiare. Tali unità dispongono soltanto del 5,6% dei posti letto complessivi, ma la quota aumenta al 31,4% se si considerano le sole residenze per minori.

Diminuiscono gli anziani ospiti nei Presidi.

Gli anziani ospiti nei presidi nel 2013 sono 278.652, il 75,8 del totale degli ospiti assistiti. Il 41,5% è ospite dei Presidi del Nord Ovest con una presenza particolarmente rilevante del 23,5% il Lombardia. Nel Nord Est il 28,4% con una flessione del 7,7% nel periodo 2009-13. Nel Centro il 14,2% con un decremento nei cinque anni di riferimento del 7,6%. Nel Meridione il 9,2%, con un calo dello 0.8 dal 2009. Nelle Isole sono il 6,7%, con un calo 6,1 dal 2009.

Per genere

Degli ospiti anziani 70.730 sono uomini e 207.922 sono donne: rispettivamente il 25,4% e il 74,6% del totale. Nell'intervallo 2009 -2013 ambedue i generi diminuiscono: del 5,4% gli uomini e del 10% le donne.

Per età

Oltre i due terzi degli anziani assistiti nelle strutture residenziali (74%) ha superato gli 80 anni, quota che sale al 76% per i non autosufficienti e si riduce al 68% per gli anziani autosufficienti. Il tasso di ricovero per gli anziani con meno di 75 anni è pari a 5 ogni 1.000 residenti e cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, raggiungendo quota 77 per 1.000 tra gli ultra-ottantacinquenni.

Autosufficienti e non

I 278.652 anziani ospiti nei Presidi nel 2013 per il 75,7% sono non autosufficienti: un autosufficiente ogni tre non autosufficienti. Rispetto al 2009 c'è stato un aumento dello 0.9% dei non autosufficienti e una riduzione dello 0,9% degli autosufficienti.

Da un rapporto di 1 anziano autosufficiente per ogni 4,5 non autosufficienti del Nord-ovest e di 1 a 5,5 nel Nord-ovest, si passa dall'1 a circa 2 nel Centro, all'1 a 1 nelle aree del meridione e delle isole.

In calo gli anziani autosufficienti

Gli anziani autosufficienti nel 2013 sono 67.769, il 10,7% in meno rispetto al 2009 quando ammontavano a 75.868. La loro distribuzione per area geografica è del 30,7 % nel Nord-ovest, del 17,7% nel Nord-est, del 21% nel Centro, del 17,5% nel Meridione e del 13,1% nelle Isole. Dal 2009 al 2013 decrescono in tutte le aree ad eccezione del meridione dove aumentano del 2,2%.

Per genere

La stragrande maggioranza di anziani autosufficienti sono donne: il rapporto è di un uomo ogni 2,5 donne. Tra il 2009 e il 2013 gli uomini decrescono in valore assoluto dell'11% circa, mentre le donne decrescono del 10,5%.

Per età

Il 43,7% degli ospiti autosufficienti dei Presidi ha più di 85 anni, che sommati agli anziani compresi tra gli 80-84 anni rappresentano il 67,8% degli ospiti nel 2013. Nelle rimanenti classi di età il 16,3% è nella classe compresa tra 65 e 74 anni, mentre il rimanente 15,8% è nella classe tra 75 e 80.

Per funzione di protezione sociale

Per l'accoglienza abitativa il 42,3% di assistiti nel 2013 e la socio-sanitaria il 47,5%. Nelle altre funzioni abbiamo il 7,3% nella tutelare, 1,3% nella socio – educativa, 1% nella accoglienza di emergenza e lo 0,2 nella educativa - psicologica.

Per carattere di residenzialità

Nel 2013 a livello nazionale gli anziani autosufficienti ospiti per carattere comunitario sono 61.640, il 91 % del totale, mentre nel familiare sono ospiti 5.910 anziani, l'8,7% del totale. Nel quinquennio considerato, 2009-2013, le residenze con carattere comunitario si riducono dell'11,7%, mentre le familiari aumentano dell'88,1%.

Per livello di assistenza sanitaria

Nel quinquennio diminuiscono del 40,7% gli ospiti nei Presidi con assenza di prestazioni sanitarie e questo è sicuramente un dato positivo, nel contempo però aumentano gli ospiti nei Presidi con prestazioni basse e medie, rispettivamente del 5,8 e 3,3% e diminuiscono del 5,4% nei Presidi con prestazioni sanitarie alte. Confrontando la percentuale del 31,9 del 2009 con il 21,2% del 2013 di anziani ospiti con nessuna prestazione sanitaria, nel quinquennio c'è stato un deciso aumento dell'offerta di prestazioni sanitarie, anche se è ancora molto alto il numero di anziani che non godono di servizi sanitari adeguati.

In calo anche gli anziani non autosufficienti

Nel 2013 sono 210.854 gli ospiti non autosufficienti: il 75,7% del totale. Nell'intervallo 2009-2013 diminuiscono del 6,4% passando da 225.182 a 210.854. La loro distribuzione per area geografica è del 44,9% nel Nord ovest che sommato al 31,9% del Nord- st rappresentano il 76,8% del totale nazionale. Le rimanenti quote si ripartiscono per il 12% nel Centro, il 6,6% nel Meridione e il 4,6% nelle Isole.

Per genere

Anche nel caso degli anziani non autosufficienti il rapporto uomini donne è a netto favore delle donne che mediamente è di uno a tre. Tra il 2009 e il 2013 gli uomini decrescono del 3,1%, mentre le donne del 7,4%.

Per età

Il 54,1% degli ospiti non autosufficienti ha più di 85 anni, sommati agli anziani compresi nella classe di età tra 80-84 anni rappresentano il 76% degli ospiti nel 2013. Nelle rimanenti classi di età abbiamo l'11,3% nella classe tra 65-74 anni e il 12,7% in quella tra 75 e 79 anni.

Per funzione di protezione sociale

Fruiscono fondamentalmente delle prestazioni socio sanitarie. A livello nazionale queste sono il 92,7% dell'insieme delle prestazioni, con un leggero calo dal 2009 al 2013. La stessa accoglienza abitativa, che in alcuni casi raggiunge livelli altissimi per gli ospiti autosufficienti, nel caso dei non autosufficienti ha un numero di presenze del 4,6%. Le altre prestazioni si aggirano su valori minimi intorno all'1%.

Per carattere di residenzialità

Anche nel caso degli anziani non autosufficienti la stragrande maggioranza, il 97,6% nel 2013, è ospite di strutture con carattere residenziale comunitario. Tra il 2009 e il 2013 Le residenze a carattere familiare hanno un significativo incremento percentuale del 91%.

Per livello di assistenza sanitaria

Nel 2013 il 52,8% fruisce di prestazioni sanitarie di livello medio, il 31,8 di livello alto, il 13,4 di livello basso e l'1,9 di nessuna prestazione sanitari. Decisamente un quadro migliore rispetto a quello degli anziani autosufficienti dove solo il 45,8% gode di prestazione sanitarie medio-alte.

La gestione dei Presidi

Secondo il CENSIS le residenze per anziani non hanno *appeal*, sono *parcheggi per vecchi* lontani da esigenze e aspettative dei longevi, anche se poi andando a vedere meglio il giudizio di chi ha rapporto diretto con le strutture residenziali fa registrare una valutazione non del tutto negativa.

Questo induce a ritenere che se il predominio assoluto della domiciliarità è lo stato attuale della situazione, tuttavia l'offerta di residenzialità è potenzialmente espandibile rispetto all'attuale dimensione residuale, purché migliori il modello di gestione, la qualità dei luoghi e dei servizi interni. Sono

infatti 4,7 milioni i longevi che sarebbero favorevoli alla residenzialità, purché migliori la sua qualità. Con questo si intende non solo una assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, ma contesti ad alta intensità relazionale, aperti alle comunità esterne a cominciare da quelle limitrofe, piattaforme in grado di valorizzare le potenzialità residue delle persone non autosufficienti con uno spettro adeguato di attività diversificate.

Qui di seguito riportiamo i dati sui caratteri prevalenti della gestione dei presidi su sarà necessario intervenire per rendere i presidi più rispondenti alle aspettative degli anziani e delle famiglie. Sicuramente però che la priorità dovrà essere data al contrasto dei *comportamenti illeciti* che troppo spesso si verificano in queste strutture.

Stando a quanto emerge dalla relazione dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS)[16] alla commissione parlamentare di inchiesta sulla efficienza ed efficacia del servizio sanitario nazionale emerge una situazione particolarmente allarmante.

"A livello nazionale nel biennio 2010-2011 sono stati effettuati, nelle strutture ricettive per anziani in generale, quasi 5.000 controlli, di cui 1.473 casi sono risultati non conformi, 902 sono stati segnalati all'autorità amministrativa e 740 sono stati segnalati all'autorità giudiziaria; vi sono stati inoltre 14 arresti, 1.444 sanzioni penali, 1.438 sanzioni amministrative e 150 adozioni di provvedimenti di chiusura. I dati che forse interessano di più sono quelli che riguardano il benessere degli ospiti: 16 volte abbiamo dovuto effettuare una denuncia per sequestro di persona, 129 volte per abbandono di incapace, 51 volte per maltrattamenti, 236 volte per esercizio abusivo della professione sanitaria e 53 volte perché all'interno le strutture avevano dei farmaci guasti o imperfetti".

Natura giuridica del titolare dei Presidi e soggetto gestore

La titolarità delle strutture è in carico di enti non profit nel 36% dei casi, di enti pubblici nel 25%, di enti privati *for profit* in circa il 22% dei casi e nel 15% a enti religiosi. Nell'88% delle residenze sono gli stessi titolari a gestire direttamente il presidio mentre sono il 12% i titolari che danno in gestione le loro strutture ad altri enti (Grafico 9).

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel 2013 il 75,1% dei gestori dei presidi sono privati. I principali gruppi soni il 17,9% cooperative, il 16,1 società private, il 15,2% fondazioni, il 13,7% enti ecclesiastici. La gestione pubblica interessa il 23,5% dei Presidi e si articola tra Comuni, Aziende pubbliche di servizio, Aziende del SSN, altri enti pubblici.

Finanziamenti pubblici

Il 66,7% dei presidi beneficia di finanziamenti pubblici. Nel 2009 era il 78,8%.

Livello di assistenza sanitaria

L'assistenza sanitaria nei presidi è del tutto assente per il 12,6% dei posti letto, di livello basso nel 18,5%, di livello medio nel 44,7% e di livello alto nel 24,0% dei posti letto.

Dal 2009 al 2013 i dati indicano un incremento positivo delle prestazioni di assistenza sanitaria di livello alto del 6,8% a questo corrispondono dei decrementi significativi delle prestazioni di livello medio del - 13,9% e basso del-2,9% e addirittura del -30,5% dell'assenza di prestazioni.

Per gli anziani nei presidi nel 24,9% dei casi si registra un alto livello di assistenza sanitaria, nel 46,6% una assistenza sanitaria media, nel 19,8% bassa e nel 8,8% dei casi assente.

Nel 2009 l'assistenza sanitaria agli anziani era: alta il 21,3%, media il 49,9%, bassa il 18,1%, nessuna 10,6%.

16. Senato della Repubblica - Commissione parlamentare di inchiesta sulla efficacia e efficienza del servizio sanitario nazionale – 2013

Il lavoro nei presidi

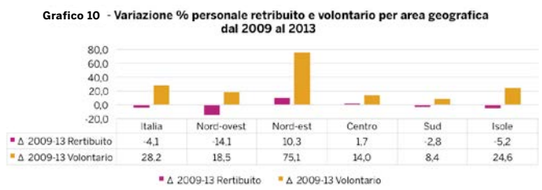
Nel 2013 il personale impegnato nei presidi ammonta a 362.499 lavoratori di cui 308125 retribuiti e 54.374 volontari, rispettivamente 85 e 15%.

Nel 2009 il totale era di 363.607 di cui 321.194 retribuito e 42.413 volontario: rispettivamente 88,3 e 11,7%.

Tra il 2009 e il 2013 il totale del personale è diminuito dello 0,3%, quello retribuito è diminuito del 4,1%, mente il volontario è aumentato del 28,2% (Grafico 10).

Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è di 1,14, praticamente 1 a 1

Circa il 25% del personale è impegnato in attività di direzione, amministrative e di servizio



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Presenza di figure professionali

Nel periodo 2009 – 2013 la presenza di figure professionali operanti presso i presidi ha subito una contrazione del 4,1% passando da 321.194 a 308.125

Le figure prevalenti sono: gli assistenti sanitari con 85.474 unità, il 27,7% del totale; altri addetti alla assistenza alla persona con 47.408 unità, il 15,4%; il personale sanitario infermieristico con 34.574, il 12.22, gli addetti ai servizi generali 30627 unità, 9.9%; i medici in medicina generale 6.703 unità, il 2,2%; gli specialisti in terapie mediche 3.375 unità, 1,1%; gli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche 4792 unità, 1,6%.

Le liste di attesa

Dalla indagine dell'AUSER del 2012[17], circa il 45% dei responsabili di RSA dichiara l'esistenza di liste di attesa. Il dato risulta più elevato nelle regioni del Nord Italia con il 46,3% e in quelle del Sud con il 48,3% mentre poco più confortante è il dato rilevato nel Centro con il 39,4%. I tempi di attesa per l'accesso ad una struttura residenziale o semiresidenziale, ed in particolare per quelle rivolte a strutture in grado di ospitare utenti non autosufficienti, possono raggiungere in media dai 90 ai 180 giorni.

Le rette

I dati relativi alle rette dell'assistenza residenziale sono scarsi, non omogenei e non particolarmente aggiornati. In particolare, con riferimento alle tariffe, la fonte più completa risulta essere il Terzo Rapporto Non Autosufficienza che ha dedicato uno specifico approfondimento alla materia.

Secondo le indicazioni fornite nel Rapporto, la tariffa complessiva "media" nazionale delle strutture residenziali sanitarie si collocava nel 2011 a 106,31 euro, ovviamente con ampio *range* di variabilità - fra gli 80 e i 143 euro per i casi a maggiore intensità assistenziale – in ragione della funzione assegnata ai Presidi nel sistema regionale di cure, degli standard di personale, della consistenza delle prestazioni a carico al Sistema Sanitario Nazionale e della presenza più o meno marcata di strutture a più alta complessità assistenziale.

Analoga variabilità si registra sia con riferimento alla *quota sanitaria*, quantificabile dai 30 ai 103 euro (in ragione del carattere più o meno "sanitario" delle prestazioni comprese nel costo complessivo e delle condizioni cliniche degli ospiti), sia alla *retta alberghiera*, che si traduce in una quota di partecipazione degli ospiti variabile fra i 26 e i 90 euro.

Le carte dei servizi

Secondo la ricerca AUSER del 2012, la quasi totalità delle strutture, l'88%, sono dotate di *Carta dei servizi* e il 70% di esse dispone di un regolamento interno. Nel 95% dei casi si evidenzia il rispetto dei principali requisiti previsti dalle normative sia dal punto di vista igienico sanitario, sia in merito all'abbattimento delle barriere architettoniche. Gli anziani inoltre fruiscono di un discreto numero di servizi generali di vita collettiva erogati direttamente dalle

17. **AUSER** - Ricerca sulle RSA - 2012

RSA, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale, anche se molto spesso a pagamento.

Dall'analisi delle carte dei servizi e dalle risposte ai questionari proposti alle strutture ad integrazione dei dati a disposizione, dalla ricerca si deduce come in larga misura lo strumento della Carta dei Servizi svolga il ruolo primario di mero adempimento normativo e burocratico: uno strumento descrittivo quindi, piuttosto che operativo.
Carenti sono, infatti, i contenuti delle Carte dei Servizi per quel che riguarda la Governance delle aziende.
Esclusivamente il 18% delle RSA riporta informazioni in merito agli organismi rappresentativi, al ruolo degli stessi all'interno della struttura sanitaria, o comunque più in generale in merito alla struttura aziendale.

LE PROPOSTE

Per una domiciliarità e residenzialità a favore dell'invecchiamento attivo

Il quadro complessivo che emerge dalla ricerca è un sistema di cura a lungo termine (LTC) inadeguato a far fronte alle nuove esigenze, in progressiva contrazione anche per effetto della crisi, penalizzato dalla esistenza di alcune gravi criticità.

Il suo adeguamento non è riducibile alla soluzione annosa della ripartizione delle competenze, della eterogeneità nella fornitura dei servizi da parte delle singole regioni, del livello complessivo di spesa pubblica per i servizi di continuità assistenziale, richiede invece di ripensare la filosofia generale su cui si fonda l'assistenza agli anziani nel nostro Paese.
Sono le condizioni attuali e gli scenari futuri che si prospettano per le ragioni demografiche e sociali indagate nella ricerca, che sollecitano la elaborazione di un progetto di riforma di ampio respiro. *Per questo è necessario ridefinire prioritariamente alcune coordinate di fondo di questo possibile progetto nel quadro e in coerenza con una prospettiva di invecchiamento attivo.*

I nuovi anziani

Fragilità e non autosufficienza hanno una relazione diretta con il tempo che passa, tanto che tra gli ottantenni cresce in modo esponenziale la quota di persone che hanno bisogno di supporto. Tuttavia non esiste un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza e la buona anzianità va costruita. I 13 milioni di anziani italiani, che sono le generazioni della ricostruzione, del miracolo economico e le prime fila dei *baby boomers*, stanno rivoluzionando il modo di vivere la terza e quarta età. La longevità attiva è oggi il paradigma concreto di questa rivoluzione silenziosa, quotidiana, molecolare. Non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita, la longevità è una fase con contenuti e finalità proprie, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità.
La vita di relazione è il cuore della longevità attiva e costituisce non solo la chiave della soddisfazione per la propria esistenza espressa dalla maggioranza dei longevi (il CENSIS ha rilevato che 84,5% degli anziani valuta positivamente la propria vita), ma anche una forma di prevenzione primaria rispetto all'insorgere di patologie, in particolare quelle indotte dalla solitudine da cui si generano circuiti regressivi con depressione, patologie varie dello stato dell'umore, e ricorso eccessivo e inappropriato a farmaci e prestazioni sanitarie

Promuovere l'invecchiamento attivo

Stante le dinamiche demografiche è strategico per il futuro promuovere la valorizzazione della longevità attiva, incentivarla, facilitarne la diffusione e la pratica, vale a dire offrire in modo diffuso agli individui le condizioni materiali per attuare la riprogettazione di vita, per decidere di investire sugli anni di vita residua. Gli anni di vita residua a partire dai 65 anni, compatibilmente con il proprio stato di salute e il connesso grado di autosufficienza, devono diventare per ciascuna persona un contenitore pieno di relazioni, attività, impegni, progetti, voglia di fare, insomma devono creare un valore che finisca per avere anche un positivo impatto sociale.

Questa la filosofia dell'invecchiamento attivo si enuclea dai comportamenti di milioni di anziani attuali, e che deve diventare il cuore della risposta sociopolitica e istituzionale alla sfida dell'invecchiamento. Tale filosofia deve informare anche il *care* per i non autosufficienti perché ad ogni stadio di autonomia, anche quello dove essa è minima, è possibile e sicuramente più efficace puntare sulla valorizzazione delle potenzialità residue, piuttosto che operare in modo puramente assistenziale accrescendo, nei fatti, la dipendenza. Solo così sarà possibile costruire un *modello sostenibile e di qualità* in grado di valorizzare l'età longeva senza trasformarla in una patologia e al contempo dare *care* adeguato ai non autosufficienti.

La pratica dell'invecchiamento attivo.

Secondo il CENSIS[18] *s*volgono attività di volontariato regolarmente oltre 712 mila longevi e quasi 3,1 milioni di tanto in tanto; fanno regolarmente attività fisica, dalla palestra alla piscina, oltre 1 milione di longevi e oltre 2,6 milioni di tanto in tanto. 727 mila frequentano regolarmente cinema, teatro e musei e oltre 5,2 milioni vi si recano di tanto in tanto; 346 sono clienti abituali, regolari di ristoranti, trattorie e quasi 6,2 milioni vi si reca di tanto in tanto; giocano a lotto, superenalotto, scommettono in modo vario regolarmente 353 mila longevi e lo fanno di tanto in tanto quasi 4,4 milioni; frequentano regolarmente scuole di ballo, balere, locali in cui si balla 314 mila longevi e oltre 2,5 milioni di tanto in tanto; 151 mila viaggiano regolarmente all'estero e non lontano da 2,9 milioni di tanto in tanto. Guidano più o meno regolarmente l'auto circa 7 milioni di longevi. Inoltre, in ambito lavorativo, svolgono attività lavorativa regolare o in nero quasi 2,7 milioni di persone con 65 anni e oltre: 1,7 milioni lavorano di tanto in tanto e 929 mila con continuità. Oltre 40 mila longevi dichiarano che nel prossimo futuro proveranno ad avviare un'attività autonoma, da una piccola impresa ad un'attività artigiana o commerciale o entrando come socio in una cooperativa, e oltre 225 mila nei prossimi anni si preparano a cercare lavoro.

Sono numeri che descrivono in modo eloquente e impressivo cosa sia concretamente l'invecchiamento attivo nel quotidiano della nostra società.

Una nuova idea di vecchiaia e di welfare

Gli anziani sono una risorsa e non un costo: è questa la visione prevalente degli anziani nella cultura collettiva degli italiani. Persistono stereotipi come quello dell'anziano sempre e comunque fragile, povero e marginale; così come avanzano luoghi comuni, molto presenti sui media, per cui gli equilibri del sistema previdenziale è messo a rischio dai troppi anziani; per non dire dell'idea che la disoccupazione giovanile è causata dalla pervicace pretesa degli anziani di voler continuare a lavorare. Tuttavia, la longevità attiva praticata ormai da quote crescenti di persone della terza e quarta età ha cominciato a promuovere una nuova idea di vecchiaia il cui nucleo centrale è che gli anziani non sono un peso passivo di cui sopportare il carico, ma i protagonisti attivi di una fase molto diversa del nostro vivere collettivo.

D'altra parte è la realtà quotidiana a farsi carico di far avanzare un nuovo modo di vedere gli anziani in quanto già oggi sono protagonisti di contributi concreti, sostanziali alla vita delle famiglie e delle comunità, portatori di valori e stili di vita che possono costituire riferimento importante per andare oltre la crisi e superare la fase del rimpianto di *come eravamo* prima che la crisi iniziasse.

Gli anziani che si prendono cura di altre persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti in modo regolare sono oltre 972 mila e 3,7 milioni lo fanno di tanto in tanto; oltre 1,5 milioni di longevi dichiarano di contribuire con i propri soldi alla famiglia di figli o nipoti, mentre sono non lontano da 5,5 milioni i longevi che lo fanno di tanto in tanto; oltre 3,2 milioni di longevi si prende cura regolarmente dei nipoti e quasi 5,7 milioni lo fanno di tanto in tanto.

18. **CENSIS** - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

Gli anziani quindi non sono solo recettori passivi di risorse e servizi di welfare, ma sono tra i grandi protagonisti di una ridistribuzione orizzontale sia a vantaggio di altri longevi che delle altre classi di età. La bilancia del *dare e avere* tra generazioni deve tenere presente i rilevanti flussi di reddito che partono dal monte pensioni e arrivano ad integrare redditi familiari traballanti e/o a finanziare le spese impreviste e/o gli investimenti relativi all'acquisto casa e/o la formazione dei nipoti; deve tenere anche conto del *care* per i nipoti che consente a tante mamme di lavorare.

Responsabilità, impegno, cultura del limite sono alcuni dei riferimenti valoriali di cui sono portatori i nuovi anziani, utili per andare oltre una fase di soggettivismo estremo, deregolato, segnato da una irrefrenabile corsa nel breve e nel presente, che ha finito per ripiegare le persone su se stesse spegnendo il desiderio del cambiamento.

I valori e gli stili di vita degli attuali longevi sono portatori di una modernità che molto può dire e dare alla società italiana.

La buona longevità si costruisce per tempo

Gli italiani non hanno paura di invecchiare, perché pensano che sia un fatto naturale da affrontare con naturalezza, ma sono consapevoli che la responsabilizzazione individuale conta. Una longevità serena e appagante dipende anche da come ci si prepara: questo riguarda la salute, la psiche e l'economia.

Comportamenti salutari nel quotidiano con abitudini attente ad evitare impatti negativi sulla salute aiutano a prevenire l'insorgenza di patologie; prepararsi ad un tempo non più occupato in via primaria da famiglia, lavoro e relazioni tipiche della fase adulta, vuol dire riprogettare e investire su nuovi contenuti della propria vita quotidiana, sfuggendo al rischio della solitudine e della connessa depressione da cui si origina una spirale regressiva anche sul piano dello stato di salute; per l'economia conta sempre più la capacità di costruire una rete di autotutela perché la sola pensione non sempre basta a garantire benessere e sicurezza.
Le generazioni attuali di longevi beneficiano di percorsi previdenziali forti e patrimoni mediamente solidi fatti di proprietà della prima casa e spesso anche di altri immobili, presidi economici che hanno consentito di affrontare le nuove emergenze assistenziali ad alto costo legate alla non autosufficienza. Per il futuro però, per i longevi che verranno la dimensione economica rischia di non essere più così solida se non sono attivate opportune scelte, sicuramente a livello collettivo lottando in modo deciso per ridurre gli altissimi livelli di precarietà, ma anche a livello individuale, in grado di promuovere nuova accumulazione di reddito e patrimonio.

Favorire la relazionalità come fondamento di una buona longevità.

Le esperienze degli altri paesi, in particolare quella olandese, hanno confermato quanto emerso anche dalle buone pratiche italiane per l'assistenza ai longevi non autosufficienti: occorre allentare il dominio della sanità sulla vita dei longevi e promuovere contesti che siano piattaforme per la moltiplicazione delle relazioni, in cui ci sia un *set* ampio di attività, iniziative, progetti in cui le persone possono coinvolgersi e a partire dalle quali sviluppare rapporti con gli altri. Una longevità serena richiede buona salute, una certa sicurezza economica e reti di relazioni, contesti in cui rompere la gabbia della solitudine che, con il passare degli anni, diventa una minaccia consistente, e che molto spaventa i longevi. Quale che sia la soluzione che prevale per la persona non autosufficiente, la domiciliarità o la residenzialità, tutto deve essere orientato a garantire reti di relazioni, opportunità per essere attivi, condizioni per realizzare progetti e aspettative, affinché i longevi siano protagonisti della vita delle comunità. Il nuovo paradigma socioculturale, la longevità attiva e la valorizzazione delle potenzialità residue, deve informare ogni luogo, attività, iniziativa rivolta ai longevi, perché solo così sarà possibile promuovere soluzioni anche assistenziali sostenibili.

Le azioni per una domiciliarità e residenzialità a favore dell'invecchiamento attivo

1. Rendere le città amiche degli anziani

A conclusione dell'editoriale della guida dell'OMS "Global Age-friendly Cities"[19] si dice *"Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato per il suo benessere e dall'altro per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo"*.
Successivamente, nel capitolo 2, la guida dell'OMS prosegue: *"Una città a misura di anziano incoraggia l'invecchiamento attivo ottimizzando le opportunità a favore della salute, della partecipazione e della sicurezza, allo scopo di rafforzare la qualità della vita mentre la gente invecchia. Dal punto di vista pratico, una città a misura di anziano adegua le sue strutture e i suoi servizi in modo da renderli accessibili e usufruibili dalle persone più anziane con bisogni e capacità diverse"*.
Queste importanti dichiarazioni ricondotte nella realtà italiana significano che le politiche, i servizi, l'ambiente e le strutture devono sostenere e permettere che le persone invecchino attivamente con le seguenti modalità:
integrare - Una città a misura di persone anziane può scaturire solo da un approccio "integrato" mirato al loro stile di vita. Adottare questo approccio significa coordinare le azioni attraverso le diverse aree della politica cittadina e dei servizi in modo che si rinforzino reciprocamente;
facilitare - La parola d'ordine che deve essere messa al centro delle politiche per un ambiente urbano sociale e fisico a misura di anziano deve essere "facilitazione". Le politiche, i servizi, l'ambiente e le strutture devono "facilitare" l'espressione della vasta gamma di capacità e di risorse delle persone anziane; la risposta alle necessità e alle preferenze connesse con l'invecchiamento; il rispetto delle decisioni e delle scelte relative allo stile di vita delle persone anziane; la protezione di coloro che sono più vulnerabili; la promozione del loro inserimento in tutte le aree della vita della comunità, nonché il loro contributo;
anticipare - In una città favorevole agli anziani dovrebbe essere normale che l'ambiente naturale e quello costruito siano preparati ad accogliere utenti con capacità diverse anziché essere concepiti per una persona (cioè per un giovane maschio) che si trovi nella "media" immaginaria.
rispettare - Il riconoscimento ed il rispetto dovrebbe caratterizzare le relazioni sociali e i servizi, come anche le strutture fisiche e i materiali. Il rispetto e la considerazione nei confronti dell'individuo dovrebbero essere i valori essenziali ovunque, sulla strada, in casa e sui percorsi, nei servizi pubblici e commerciali, nell'impiego e nelle strutture assistenziali.
proteggere - I servizi pubblici ed accreditati dovrebbero impiegare personale amichevole che pazientemente fornisce assistenza alle persone anziane. I commercianti dovrebbero servire le persone anziane con la stessa prontezza con cui servono gli altri clienti. Le comunità dovrebbero avere riconoscenza verso le persone anziane per il loro contributo passato, non solo per quello attuale. Dato che l'educazione favorisce la conoscenza, gli alunni e le alunne delle scuole dovrebbero ricevere informazioni sull'invecchiamento e sulle persone anziane, e i media dovrebbero rappresentarli in modo realistico e non stereotipato.
promuovere - Una città favorevole agli anziani promuove il loro inserimento in tutte le aree della vita della comunità, nonché il loro contributo. Per questo è necessario un forte ruolo dei servizi sociali municipali nel promuovere la solidarietà tra le generazioni e le culture all'interno delle comunità facilitare le relazioni sociali nei servizi locali e nelle attività che fanno incontrare le persone di ogni età. Dovrebbero essere favorite le occasioni per i vicini di conoscersi tra loro; vegliando sulla sicurezza reciproca, aiutandosi e comunicando l'un l'altro. Grazie a una rete servizi

19. **WHO - "Global Age-friendly Cities – 2007** - la Guida ha lo scopo di coinvolgere le città a diventare più amiche dei bisogni degli anziani, in modo da valorizzarne il potenziale che rappresentano per l'umanità.

sociali, uomini e donne, parenti, amici, vicini e fornitori di servizi, i componenti anziani della comunità dovrebbero sentirsi integrati e sicuri. Ci dovrebbe essere, inoltre, un contatto personalizzato, non solo con il telefono amico, con le persone anziane a rischio di rimanere socialmente isolate e dovrebbero essere ridotte al minimo le barriere economiche, linguistiche e culturali che vengono percepite dalle persone anziane.

2. Adeguare il patrimonio immobiliare alle esigenze dell'invecchiamento attivo

Come detto nel volgere di pochi decenni un terzo della popolazione avrà una età superiore ai 65 anni. Si tratta di un mutamento profondo di cui ancora non percepiamo le implicazioni.

L'allungamento della vita porta a guardare con occhi diversi la stagione all'invecchiamento, tuttavia non si può non prendere atto che in prospettiva saranno crescenti i problemi derivanti da una quota di popolazione sempre meno autonoma nelle sue funzioni più elementari. Questo comporterà sicuramente una crescente domanda di spazi, prodotti e servizi di supporto, già ampiamente percepita da quei settori economici attivi nell'offerta di prodotti a favore dell'invecchiamento attivo, che se non ben indirizzata e governata potrebbero produrre pesanti effetti sulle già magre risorse pubbliche.

Questo deve indurre ad accelerare la messa a punto di una strategia fondata su una più chiara percezione del problema che, come indica il rapporto *"Anziani e casa nell'unione Europea" a cura dell'Osservatorio Europeo del Social Housing* 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 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 agire su due linee di azione finalizzate la prima all'adeguamento del patrimonio immobiliare esistente, in larga parte di proprietà degli anziani, adeguandolo ai moderni standards di sicurezza e confort, dotandolo di tutte quelle tecnologie che rendono più agevole la gestione domestica.

La seconda linea di azione è quella di rafforzare quell'insieme di relazioni e servizi, tanto pubblici quanto privati, per garantire all'anziano tutti i necessari supporti di vicinato, per sostenerlo e accompagnarlo nelle sue condizioni di salute e nel soddisfare i suoi bisogni sociali e culturali.

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. Si tratta invece di stabilizzarle e meglio indirizzarle sulla base di standard di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana.

Al riguardo sono illuminanti le esperienze internazionali riportate nel Capitolo 8 del 2° Rapporto di AeA.

Lo stesso adeguamento del sistema dei servizi non comporta, verosimilmente, l'impegno di ulteriori grandi risorse, quanto piuttosto la necessità di ridefinirne responsabilità e qualità delle relazioni che legano i diversi gestori dei servizi e del loro insieme con il singolo anziano.

In particolare due soggetti possono dare un grande contributo alla maturazione di nuovi modelli abitativi a favore dell'invecchiamento attivo.

Innanzitutto gli Enti che gestiscono il patrimonio residenziale pubblico. In considerazione delle loro finalità istituzionali, delle loro grandi esperienza e professionalità e tenuto conto del loro rilevante patrimonio abitativo, è fuori di dubbio come possano giocare un ruolo centrale nel promuovere politiche abitative attente ai bisogni degli anziani.

Questo impegno può avvenire in particolare in quattro direzioni.

- *Qualificando il patrimonio già in loro possesso dotandolo, progressivamente, di tutti quei "servizi" indispensabili per affermare un nuovo modello abitativo sempre più inclusivo.*
- *Proponendosi come protagonisti in quei programmi di trasformazione del patrimonio pubblico in corso ed in cui sono previste quote significative di social housing.*
- *Facilitando il diffondersi di esperienze nuove di coabitazione assistita*
- *Ponendosi come punto di riferimento per i programmi di riqualificazione del patrimonio abitativo privato offrendo servizi di orientamento.*

In questo impegno essi potrebbero sollecitare il coinvolgimento di tutti quei soggetti pubblici detentori di consistente patrimonio immobiliare quali gli enti di previdenza a partire dall'INPS.

Quest'ultimo, in considerazione del suo rilevante patrimonio immobiliare è fuori di dubbio che possa giocare un ruolo diretto nel promuovere politiche abitative attente ai bisogni degli anziani così come precedentemente delineate. Anche perché è a favore degli interessi che l'Istituto rappresenta fare sì che il patrimonio di cui è detentore non perda valore di mercato. Questo oggi è possibile farlo rendendo il patrimonio sempre più rispondente ad una domanda sociale crescente derivante dal processo di invecchiamento della popolazione. Così facendo l'INPS si fa promotore attivo per affermare moduli abitativi a favore degli anziani verso quei soggetti pubblici e privati operativi nei programmi di social housing, in particolare quelli che intervengono sul patrimonio pubblico.

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.

3. Qualificare i servizi della domiciliarità

Garantire risorse adeguate e stabili nel tempo agli enti territoriali.

Per impedire che si consolidi l'idea che l'assistenza alla persona anziana si riduca alla erogazione di singole prestazioni e sempre meno a prendersi carico complessivamente della persona, è indispensabile garantire agli enti erogatori i servizi adeguate e stabili risorse nel tempo interrompendo l'altalena delle disponibilità degli ultimi anni. Non tener conto di questa esigenza produce un doppio danno: insicurezza per il malato e impoverimento per la famiglia.

Questo vale in particolare in questi anni in cui sta emergendo in tutta evidenza come il problema della povertà costituisca una concreta problematica sociale. Nel nostro Paese il rischio di povertà riguarda circa un terzo della popolazione e, ad eccezione del 2014, negli ultimi anni ha registrato una continua crescita. Diversi dati convalidano questo trend negativo che sta caratterizzando la popolazione nazionale. L'INPS ha confermato che tra il 2008 e il 2014 la quota di Italiani con un reddito al di sotto della soglia di povertà è cresciuto di circa un terzo, passando da 11 a 15 milioni di individui. Nello stesso periodo di tempo, la percentuale delle famiglie con un reddito inferiore a questa soglia è salita dal 18 al 25 per cento.

A questo processo è sicuramente da ricondurre la tendenza a riportare nell'ambito famigliare l'assistenza agli anziani con il conseguente abbandono del lavoro da parte in particolare delle donne e della riduzione delle presenze nelle strutture residenziali.

Non garantire le necessarie risorse agli erogatori territoriali dei servizi di assistenza significherebbe contribuire a inasprire rendere questo processo con pesanti conseguenze sociali.

Garantire efficaci servizi di assistenza domiciliare ADI e SAD

Come si è visto nell'analisi e come emerso nel recente convegno promosso da *Italia longeva (11-12 luglio 2016)*, i due servizi di base della domiciliarità, ADI e SAD, sono soggetti a fluttuazioni di offerta in conseguenza alla variazione delle risorse rese disponibili per il Comuni, presentano difformità di efficienza ed efficacia nei diversi modelli di

prestazione dei servizi nelle diverse regioni, pongono un serio problema di equilibrio territoriali interregionale e infra regionale. Di fatto assistiamo ad un panorama abbastanza variegato in cui a fronte di esperienze regionali di grande qualità, esistono realtà in cui il servizio stenda a raggiugere livelli di adeguatezza soddisfacente.

L'ipotesi che si avanza è quella di istituire una banca nazionale (europea) delle migliori pratiche e di introdurre un sistema di indicatori omogeneo a livello nazionale per valutare la progressione nel miglioramento della performance nella prestazione del servizio.

Impegno nella emersione del lavoro nero nel lavoro di cura
Si tratta di un primario problema economico e sociale. Stime di varie fonti sostengono che la consistenza delle persone che lavorano in nero nella assistenza agli anziani siano quanto meno il doppio delle 375.560 rilevate dall'Osservatorio INPS nel 2015.

Negli ultimi anni non ci sono stati interventi particolari per regolare il mercato privato delle assistenti familiari. In linea generale, sono disponibili degli incentivi fiscali per i destinatari delle cure e per le relative famiglie che impiegano lavoratori nel settore dell'assistenza domiciliare con contratti regolari (legge n. 342/2000 e legge n. 296/2006).
L'opzione strategica principale adottata per affrontare il caso dei cittadini extracomunitari in questione è stata la legalizzazione di quelle persone impiegate nel mercato parallelo senza un regolare contratto o anche un permesso di soggiorno. Alcuni decreti *ad hoc* hanno permesso sia ai migranti che ai loro datori di lavoro di regolarizzare la loro posizione senza conseguenze legali.
Questa una strada va ripresa con più decisione interrompendo il circuito delle reciproche convenienze: le famiglie pagano meno e sono libere da vincoli, mentre le assistenti familiari rinunciano a un insieme di garanzie e di tutele, in cambio di una paga più vantaggiosa.
Si tratta di lavorare per fare in modo che il costo della regolarizzazione non sia troppo elevato per le famiglie, prevedendo ad esempio misure di detrazione dal reddito e che nel contempo garantisca un ritorno economico per le lavoratrici.
Riconoscimento professionale, contrattuale e formazione nel lavoro di cura.
Mentre si lavora sulla emersione va comunque avviato un serio lavoro per il riconoscimento professionale e contrattuale di queste lavoratrici a garanzia dei loro diritti, ma anche dell'anziano e delle famiglie.

Una famiglia quando decide di ricorrere ad un assistente famigliare per la cura del proprio anziano deve essere messa in condizione di sapere quali competenze professionali le sono necessarie: questo è possibile solo se sono disponibili profili professionali definiti e riconosciuti.

Nello stesso tempo l'assistente famigliare deve essere messo in grado di far valere le sue competenze in quanto riconosciute nella forma contrattuale che garantisce i suoi diritti.

Tutto questo, se coniugato contrattualmente con programmi di formazione consente di avviare un processo di qualificazione diffusa di quell'insieme di assistenti familiari (badanti) a cui affidiamo la cura di persone a noi care senza avere nessuna garanzia della loro professionalità.

Rendere trasparente l'incontro tra domanda e offerta nel lavoro di cura
Una pluralità di soggetti individuali e collettivi negli ultimi anni si sono attivati per intermediare l'incontro tra la domanda e l'offerta nel lavoro di cura. Il livello di trasparenza di questa sorta di servizio spesso lascia a desiderare sia dal punto di vista delle famiglie (tariffe, garanzia di professionalità, livelli di competenza, sicurezza) sia dal punto di vista dei lavoratori (salario, diritti contrattuali, formazione). Il tema è di una delicatezza straordinarie a cui è possibile porre rimedio promuovendo l'istituzione, come e stato fatto in alcune città, il "registro degli assistenti familiari" che raccoglie i nomi di chi fa assistenza agli anziani, garantendo a questo scopo una formazione specifica. Il registro, che dovrà essere reso disponibile a chiunque cerchi un assistente familiare di sicura esperienza e capacità. Duplice la finalità: fornire uno strumento che faciliti la ricerca di assistenti familiari qualificati; sostenere la crescita professionale e l'inserimento lavorativo di chi offre questo servizio.
Istituire il fondo unico per la non autosufficienza
Come emerge chiaramente dalla ricerca il livello di reddito di tantissimi anziani non sempre è tale da garantire il ricorso, in caso di bisogno, a strutture residenziali o assistenti familiari. Un problema che in prospettiva molto probabilmente tenderà ad aggravarsi se nei prossimi anni non si inverte radicalmente la tendenza al precariato come condizione per garantire adeguati livelli pensionistici ai futuri anziani.

D'altra parte gli ultimi anni hanno dimostrato come le risorse che di anno in anno finanziano il Fondo nazionale per la non autosufficienza di cui alla legge 296/2006 non sono in grado di garantire la domanda sia per quantità che per costanza delle risorse. Ne consegue che nel mentre non deve venire meno l'impegno a incrementare e stabilizzare le disponibilità di risorse pubbliche che alimentano il fondo nazionale, nel contempo è opportuno istituire un Fondo nazionale per la non autosufficienza di carattere mutualistico o assicurativo.

Negli anni passati sono state avanzate varie ipotesi e alcune di esse sono state anche sperimentate in paesi europei, ad esempio in Germania. Andrebbe verificata la possibilità di dotare anche il nostro paese di un fondo con l'intendo di fornire sostegno a persone non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione. Deve comunque essere chiaro che le risorse del fondo sono aggiuntive rispetto alle risorse pubbliche già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti.

4. Qualificare e ampliare l'offerta di residenzialità
Incrementare l'offerta residenziale: alcuni elementi orientativi di riferimento possono essere tratti da dati nazionali esistenti e da parametri internazionali dedotti dai sistemi sanitari che presentano modelli organizzativi confrontabili con il nostro.

Dai dati dei principali paesi OCSE si rileva che i servizi residenziali per anziani sono
organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani).

Dagli attuali 278.652 posti letto disponibili nelle residenze ne deriva un rapporto di 22,5 posti letto ogni 1000 anziani (dato 2011). Allineare il dato alla media OCSE servirebbe in incremento dal 33,3% al 166,6%.

Qualificare e rendere trasparente la gestione: i numerosi casi di vero e proprio malaffare che avvengono nelle strutture residenziali per anziani, di cui ci documentano i NAS, mettono in luce l'esigenza di un enorme problema di affidabilità dei soggetti, individuali e d'impresa pubblica e privata, a cui si chiede di assistere le persone anziani per loro natura deboli e incapaci di difendersi.
Dopo ogni vergognoso evento di cui danno notizia i mass media si alza sempre un coro di proteste e di proposte che, solitamente, scema nel giro di pochi giorni lasciando tutto invariato.
Per porvi rimedio, verificati i seri limiti delle carte dei servizi, è necessari intervenire su più linee di azione.
Intanto quello della prevenzione: al riguardo due cose sembrano essere fondamentali: la prima è esercitare un controllo serrato sul contenuto e rispetto delle convenzioni, la seconda è di introdurre in forma vincolante un serio sistema di gestione per la qualità tanto delle strutture quanto dei singoli operatori.
Al riguardo numerose strutture, in particolare nel Nord, hanno adottato sistemi di gestione della qualità, ma la maggior parte sono ispirate alla norma UNI EN ISO 9001 e alla norma UNI 10881. Soltanto un numero limitato ha percorso la strada della certificazione da parte di un ente terzo (organismo di certificazione), investendo in organizzazione e offrendo al pubblico un attestato emesso da un ente indipendente

Questa deve essere la strada da percorrere. I modelli a cui fare riferimento sono numerosi e molti dei contenuti su cui si dovrebbe fondare il sistema sono stati approfonditi tanto dalla *Commissione Nazionale per la Definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, quanto dalle regionali,* l'importante è che il sistema sia vincolante in modo da "costringere" gli operatori a progressivi miglioramenti nel tempo da sottoporre a verifiche periodiche da parte di un soggetto terzo, non necessariamente pubblico.
Sul fronte della repressione dei comportamenti illeciti è importante che la Camera abbia approvato il DDL unificato "Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture sociosanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo". È auspicabile che quanto prevede il provvedimento diventi rapidamente operativo.

Garantire l'equilibrio e la sostenibilità del sistema

Nei diversi paesi europei il rebus principale riguarda il *come finanziare* questo segmento di welfare, visti gli elevati costi destinati a crescere ulteriormente dato l'invecchiamento della popolazione. In Svezia e nel Regno Unito si spinge per spostare gli anziani dalla soluzione residenziale, considerata troppo costosa, a quella domiciliare che dovrebbe essere più praticabile. Esplodono però i casi di cattiva assistenza che nel Regno Unito accendono il furore popolare, laddove emergono casi di maltrattamenti di longevi a domicilio da parte di operatori sottopagati e stressati dall'obbligo di rispettare tempi di intervento ridottissimi.
Non c'è ad oggi un modello replicabile in toto o che si sia affermato come *benchmark*. In Italia per la non autosufficienza si stima siano mobilitate rilevanti risorse private di longevi e famiglie: oltre 9 miliardi di euro per le badanti, 4,9 miliardi di euro per il pagamento delle rette per gli oltre 295 mila longevi ospiti di residenze; poi ci sono le risorse pubbliche come l'indennità di accompagnamento che risulta pari a 9,6 miliardi di euro per i longevi e a oltre 12,7 miliardi per il totale dei beneficiari. La spesa pubblica per la *long term care* per gli anziani non autosufficienti risulta pari all'1,9% del Pil 2015, vale a dire circa 25 miliardi di euro. Il futuro è legato alla valorizzazione delle redditività sociale di queste risorse, alla capacità di migliorare quello che viene finanziato e prodotto con esse.
Se ad oggi la maggioranza degli italiani in caso di non autosufficienza conta sulla copertura di risorse non dedicate come i propri risparmi mobiliari e immobiliari ed il supporto dei familiari, dall'indagine del CENSIS è emersa una propensione potenziale degli italiani ad accantonare risorse *dedicate* a finanziare nel tempo forme di tutela dalla non autosufficienza: considerando le dichiarazioni soggettive degli occupati sono potenzialmente mobilitabili poco più di 17 miliardi di euro annuali. Una cifra virtuale, puramente indicativa, eppure segnala una novità: la disponibilità dei non longevi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza. Una novità importante su cui riflettere al fine sviluppare, qualificandolo, il modello italiano di cura di lunga durata.

LE RUBRICHE/1

a cura di **Fabio Piccolino**

GOVERNO E ISTITUZIONI ▶

IL FUTURO DEMOGRAFICO DELL'ITALIA

Secondo i dati Istat, la popolazione residente attesa per l'Italia è stimata a 58,6 milioni nel 2045 e a 53,7 milioni nel 2065: rispetto al 2016, in cui i residenti son 60,7 milioni, si tratta di una perdita di 2,1 milioni nel 2045 e di 7 milioni nel 2065. L'età media della popolazione passerà dagli attuali 44,7 a oltre 50 anni del 2065. Le future nascite non saranno sufficienti a compensare i futuri
decessi. Considerando che l'intervallo di confidenza finale varia tra 47,8 e 52,7 anni, il processo di invecchiamento della popolazione è da ritenersi certo e intenso.

DENTRO L'ITALIA DELLE DISUGUAGLIANZE

Le persone con almeno 65 anni hanno raggiunto il 22% della popolazione italiana: è uno dei dati che emerge dal Rapporto annuale delll'Istat che in questa edizione ha realizzato un focus con la classificazione delle famiglie per gruppo sociale. Su un totale di 25.775.000 famiglie italiane il gruppo sociale più numeroso è composto dalle famiglie di operai in pensione pari a 5.852.000 che corrispondono a 10.5 milioni di persone. Seguono le famiglie di impiegati che sono 4.582.000 pari a 12.2 milioni di persone. Mentre il primo gruppo ha un reddito medio, il secondo è considerato benestante. In cima alla classifica il gruppo classe dirigente pari a 1.856.000 persone che ha il reddito superiore del 70% rispetto alla media e ha un titolo universitario o post laurea.
Hanno un reddito basso le famiglie con stranieri che sono le più colpite dalla crisi e hanno un reddito inferiore del 40% alla media: si tratta di 1.839.000 famiglie pari a 4.730.000 persone. Nella piramide sociale le famiglie a basso reddito di soli italiani caratterizzate dall'essere famiglie numerose: si tratta di quasi 2 milioni di famiglie corrispondendo a 8.280.000 persone.
Cresce il numero di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché considerata troppo costosa: dal 4% del 2008 aò 6,5% del 2015. Il fenomeno è più accentuato nel Mezzogiorno.

L'IMPEGNO SOCIALE DEGLI ITALIANI

Le disuguaglianze sociali corrispondono ad una diversa capacità di adottare stili di vita salutari e di partecipare attivamente alla vita sociale del Paese.
Nel Rapporto annuale Istat è stato realizzato un focus che classifica oltre 25 milioni di famiglie italiane in base al reddito, al titolo di studio, alla cittadinanza e non più solo in base alla professione come nelle analisi precedenti. Il 24% delle persone dai 14 anni si impegna nell'associazionismo, il 17% lo fa attivamente mentre il 14,8% offre un contributo economico.
I gruppi sociali più ricchi, la cosiddetta "classe dirigente", composta dal 9,3% del totale delle famiglie (4,6 milioni di persone), aiutano di più gli altri: un terzo partecipa in modo concreto (31,8%) oppure finanza le attività delle associazioni (30,9%) portando il tasso dell'impegno ad oltre il 40%. Molto attivi anche gli anziani: 5 milioni di persone che per il 35,4% è coinvolto direttamente nell'associazionismo (25,8%) oppure lo finanzia (23,8%). Partecipazione

sopra la media ance per le famiglie di impiegati (oltre 12 milioni di persone): il 32% dedica il proprio tempo per gli altri oppure finanzia le associazioni.
Soltanto solo il 7,6% delle persone che provengono da famiglie a basso reddito composte da almeno una persona straniera praticano l'associazionismo.

SALUTE, ITALIA A DUE VELOCITÀ

La cronicità è la prima delle emergenze di salute italiane: circa il 40% della popolazione ha almeno una malattia cronica, mentre il 23,7% è multi cronico. È uno degli aspetti che emerge dal 14° Rapporto Osservasalute , curato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane dai quali emergono sostanziali differenze tra nord e sud nell'assistenza, conseguenza di un federalismo sanitario che ha generato un'Italia a più velocità.
Nel complesso, emerge un'Italia alle prese con una popolazione sempre più vecchia, con diminuzione di nascite sotto il tasso di sostituzione. E dove gli stili di vita non migliorano, mentre peggiora la prevenzione.

10 PUNTI PER LA SALUTE NELLE CITTÀ

Il Comitato delle Regioni ha delineato i punti chiave e le azioni da mettere in campo nelle città per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute dei cittadini, con l'obiettivo di realizzare 'Health cities', ovvero città consapevoli dell'importanza della salute come bene collettivo e che quindi mettono in atto politiche mirate e chiare, per tutelarla e migliorarla.

Il manifesto è articolato in 10 punti:

1. Ogni cittadino ha diritto ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane

2. Assicurare un alto livello di alfabetizzazione e di accessibilità all'informazione sanitaria per tutti i cittadini, aumentando il grado di autoconsapevolezza

3. Inserire l'educazione sanitaria in tutti i programmi scolastici, con particolare riferimento ai rischi per la salute nel contesto urbano

4. Incoraggiare stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie

5. Promuovere una cultura alimentare appropriata attraverso programmi dietetici mirati, prevenendo l'obesità

6. Ampliare e migliorare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo

7. Sviluppare politiche locali di trasporto urbano orientate alla sostenibilità ambientale e alla creazione di una vita salutare

8. Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle malattie croniche, trasmissibili e non trasmissibili

9. Considerare la salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano

10. Studiare e monitorare a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini, attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, Aziende sanitarie, Centri di ricerca, industria e professionisti

VIA LE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Le barriere architettoniche nelle aree condominiali vanno eliminate a prescindere dalla presenza nell'immobile di persona affetta da invalidità: è la sentenza n. 7938/17 con cui la Corte di Cassazione ha sancito un importante e ormai consolidato principio. La vicenda è legata all'installazione di un ascensore da parte di una condomina anziana, con problemi di deambulazione, a cui il condominio di era opposto

OGNI ANNO TRE MILIONI DI INCIDENTI DOMESTICI

La casa rappresenta uno degli ambienti più pericolosi per le persone che ci vivono o lavorano: secondo l'Istat ogni anno si verificano circa tre milioni di incidenti domestici, che coinvolgono il 5 per cento della popolazione. Nella maggior parte dei casi si tratta di incidenti di lieve o media gravità che coinvolgono soprattutto bambini ed anziani; ma sono molti anche i casi in cui l'incidente può avere conseguenze gravi come una inabilità permanente o addirittura la morte. Per quanto riguarda i lavoratori domestici, in particolare, dalle statistiche ufficiali pubblicate dall'Inail risulta che nel 2015 (ultimo anno disponibile) sono stati registrati 4.820 infortuni sul lavoro di cui 12 con esiti mortali.

Il Comitato delle Regioni ha delineato i punti chiave e le azioni da mettere in campo nelle città per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute dei cittadini, con l'obiettivo di realizzare 'Health cities', ovvero città consapevoli dell'importanza della salute come bene collettivo

LE RUBRICHE/2

a cura di **Fabio Piccolino**

ORGANIZZAZIONI SOCIALI

CGLI, CISL E UIL: "INVESTIRE DI PIÙ SULLE FAMIGLIE"

Cgil, Cisl e Uil, in una nota unitaria in occasione della Giornata Internazionale della Famiglia hanno evidenziato la necessità di maggiori investimenti sulle famiglie se vuole rafforzare la coesione sociale e dare una nuova direzione allo sviluppo. Secondo le organizzazioni sindacali "non bastano più misure parziali o interventi transitori, vanno promosse politiche organiche e durature per ridare fiducia alle famiglie italiane, destinando maggiori risorse finanziarie, ma anche riorganizzando e ripensando il nostro sistema di welfare sociale e con adeguate politiche per la creazione di nuovi posti di lavoro. Sostegno ai redditi, sviluppo dei servizi e agevolazioni per la conciliazione tra lavoro e responsabilità familiari sono i tre assi di una strategia politica che deve vedere la corresponsabilizzazione di tutti i soggetti sociali".

LEA, VIGILARE SUGLI IMPEGNI

Le organizzazioni che avevano contestato i contenuti dei nuovi LEA Sanitari (Livelli Essenziali di Assistenza) prendono atto degli impegni a recepire le richieste e a inserire i rappresentanti delle Associazioni nella "Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA", ma continueranno a vigilare sull'attuazione di quanto concordato, affinché il diritto alla salute e alla riabilitazione venga attuato senza regredire e senza discriminazione tra le differenti patologie. Secondo molte organizzazioni impegnate sul fronte dei diritti alla salute i nuovi LEA sono ben lontani dall'essere esaustivi ed applicabili. Per talune patologie, anzi, sono addirittura peggiorativi.

RIFORMA TERZO SETTORE, I SINDACATI CHIEDONO UN CONFRONTO

Le confederazioni ribadiscono che la riforma del Terzo settore deve rafforzare i principi del Terzo settore espressi nella legge delega: libertà associativa, partecipazione, democrazia, assenza di fine di lucro e finalità sociali". Cgil, Cisl e Uil aggiungono che "il decreto sull'impresa sociale, l'unico che abbiamo potuto vedere in anteprima, non accoglie pienamente i principi di democrazia economica e partecipazione, e apre preoccupanti spazi a logiche commerciali in ambiti che invece devono restare saldamente ancorati alla solidarietà e alla giustizia sociale". "Rinnoviamo pertanto - concludono - la richiesta di confronto con il Ministro, mentre trasmetteremo al Parlamento le nostre proposte".

LOTTA ALLA POVERTÀ E REDDITO DI INCLUSIONE. PER SUSANNA CAMUSSO È "LA PRIMA PIETRA"

Secondo la Cgil, le risorse stanziate per il reddito di inclusione sono ancora insufficienti a determinare che sia un processo universale. La firma del memorandum di intesa sul reddito di inclusione, avvenuta venerdì 14 aprile, siglato dal presidente del Consiglio Paolo Gentiloni, insieme all'Alleanza contro la povertà e al ministro del Lavoro Giuliano Poletti è secondo Susanna Camusso "la prima pietra". Il segretario della Cgil ha aggiunto: "Dobbiamo riconoscere che l'Alleanza contro la povertà da anni sta proponendo una scelta sul tema dell'inclusione e non solo con il sussidio; una scelta di uscire davvero dalla trappola della povertà e di costruire processi di istruzione e lavoro che sono fondamentali per avere un progetto di vita e una possibilità positiva".

"INVESTIRE NELLA SALUTE": I SINDACATI CONTRO LE DISUGUAGLIANZE

"La tutela della salute non può essere ridotta a merce o compromessa dalle politiche di austerità, intendiamo rilanciare il nostro impegno e la nostra mobilitazione per sostenere il pieno rispetto di questo diritto costituzionale". È quanto si legge in una nota unitaria di Cgil, Cisl e Uil in occasione della Giornata Mondiale della Salute.

"Nel nostro Paese - proseguono i sindacati confederali - persistono troppe disuguaglianze di salute, troppe persone rinunciano alle cure e spesso sono costrette a cercare risposte lontano dal proprio territorio. La priorità - sostengono - è investire in prevenzione e in promozione della salute, agendo su tutti i suoi determinanti: reddito e lavoro, poiché come ricorda l'OMS la povertà è la più funesta delle malattie e la stessa speranza di vita è legata alle condizioni sociali delle persone, istruzione, alloggio e ambiente"

Per Cgil, Cisl e Uil "occorre destinare risorse adeguate al Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale, mettendo fine alla stagione dei tagli e dei ticket, combattendo sprechi e corruzione e provando a risolvere l'annosa questione delle liste d'attesa, causa principale del ricorso alla spesa 'out of pocket'". "I LEA - continuano - vanno assicurati in tutto il territorio nazionale per superare gli intollerabili divari, e vanno rilanciati gli investimenti finanziari per realizzare le necessarie strutture di alta specialità nel Mezzogiorno, al fine di ridurre la forte mobilità sanitaria regionale".

UN PIANO DI EDILIZIA SOCIALE CONTRO DISAGIO ABITATIVO E DISOCCUPAZIONE

Cgil, Fillea Cgil e Sunia propongono a governo e forze politiche un Piano di edilizia residenziale sociale con programmazione pluriennale per rispondere ai bisogni abitativi delle fasce più deboli della popolazione e generare consistenti opportunità occupazionali. Nel 2015 le famiglie in difficoltà a causa dell'onerosità delle spese per la propria abitazione sono state circa 3 milioni, l'l'11,7% del totale; il 90% degli sfratti è avvenuto per morosità; oltre il 70% delle famiglie in locazione (2,3 milioni di nuclei) ha un reddito inferiore ai 30mila euro annui e vive in prevalenza nei grandi centri urbani, dove gli affitti sono più elevati. Inoltre, il 20% delle famiglie proprietarie (3,3 milioni) deve assolvere al pagamento di un mutuo, e circa un terzo ha un valore immobiliare inferiore a quello per cui hanno chiesto il prestito. Infine, 650mila sono le domande di edilizia pubblica inevase presso i Comuni e gli ex Iacp.

LE RUBRICHE/3

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

L'OMS ADOTTA IL PIANO GLOBALE SULA DEMENZA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato il Piano globale di azione sulla demenza 2017-2025 che chiama i governi a un impegno strutturale per raggiungere obiettivi ben definiti per una consapevolezza maggiore. Nel mondo le persone colpite sono 50 milioni e si prevede che saranno il triplo nel 2050; più della metà delle persone affette da demenza vive in Paesi a basso e medio reddito, dove solo il 10% dei malati riceve una diagnosi.

ALZHEIMER AL G7 DI TAORMINA

Con 47 milioni di malati nel mondo, che secondo l'OMS raddoppieranno nei prossimi 20 anni, l'Alzheimer è diventata una vera e propria epidemia: per questo nel G7 tenutosi in Italia lo scorso maggio le Accademie Scientifiche dei principali paesi del mondo, hanno presentato una relazione su "Aging society: neurological epidemics", nella quale le malattie neurodegenerative, sono definite epidemia mondiale per la loro preoccupante crescita. Invecchiamento della popolazione, stili di vita non corretti, inquinamento, stress, sono tra i fattori che stanno facendo crescere le demenze, tra le quali l'Alzheimer rappresenta circa il 70 %. L'Italia, con 1,2 milioni di malati, è un Paese particolarmente a rischio, avendo una delle popolazioni più vecchie del mondo.

LE PROPOSTE DEI SINDACAI EUROPEI ALLA UE

Rilancio degli investimenti pubblici e privati per far ripartire l'economia e creare occupazione, crescita dei salari, sostegno alla proposta europea per diritti sociali estesi a tutti, maggiore impegno sul tema dell'immigrazione con una assunzione di responsabilità generale. Sono i quattro temi che i sindacati europei propongono alla Ue, illustrati alla stampa in occasione dell'anniversario dei Trattati di Roma sull'Unione Europea.

CITTÀ A MISURA DI ANZIANI. L'ESEMPIO DI UDINE

Dieci anni fa l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato il programma "Global age friendly cities" per incoraggiare l'invecchiamento in buona salute e migliorare la qualità di vita di una popolazione sempre più longeva. Oggi per esempio a Varsavia ci sono semafori più lenti per facilitare l'attraversamento, a Manchester sedili nei negozi per riposarsi tra un acquisto e l'altro, ad Akita, in Giappone, mMarciapiedi con sistemi di scioglimento del ghiaccio per ridurre cadute e infortuni. Secondo le indicazioni dell'Oms,una città "amica degli anziani" adegua innanzitutto strutture e servizi in modo che ne possano usufruire anche persone con capacità e bisogni diversi: restare attivi e partecipare alla vita sociale, infatti, è il cuore di una sana longevità e aiuta anche a prevenire l'insorgere di malattie, in particolare quelle indotte dalla solitudine, come la depressione. La rete globale dell'Oms "Città e Comuni amici degli anziani" comprende attualmente oltre 400 città di 37 Paesi (146 milioni di persone). Ne fa parte anche Udine, capofila di un gruppo di lavoro sull'invecchiamento all'interno della "Rete europea città sane Oms". Nella città friulana sono state ridotte le barriere architettoniche e implementati servizi e iniziative per stimolare a rimanere fisicamente, mentalmente e socialmente attivi attraverso attività ricreative e visite guidate, gruppi di cammino, corsi di ginnastica dolce o di Attività fisica adattata (Afa), percorsi di cittadinanza digitale per usare la Rete, fino al progetto CamminaMenti, con laboratori creativi, yoga, proiezioni di film, corsi di cucina o di matematica, biomusica, giochi per esercitare la memoria.

Dieci anni fa l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato il programma "Global age friendly cities" per incoraggiare l'invecchiamento in buona salute e migliorare la qualità di vita di una popolazione sempre più longeva.

L'ITALIA È IL PAESE PIÙ SANO AL MONDO

Secondo il Bloomberg Global Health Index, l'Italia è il paese più sano al mondo, in una classifica di 163 Paesi, con un punteggio di 93,11 su cento. Ogni paese considerato nell'indice è classificato in base a diverse variabili: aspettativa di vita, cause di morte, rischi per la salute come pressione alta, consumo di tabacco, disponibilità di acqua pulita e rischio di malnutrizione. Fra i punti di forza, l'elevato numero di medici e soprattutto l'alimentazione, ricca di verdure e condita con olio extravergine di oliva. Nel nostro Paese si contano 3,9 dottori ogni 1000 abitanti. Un numero elevato, che pone l'Italia al quinto posto di questa speciale classifica, dietro a Grecia (6,29 dottori ogni 1000 abitanti), Austria (4,9), Germania (4,05) e Svizzera (4,04). Un numero che, però, sorprende: sono quotidiane, infatti, le polemiche relative all'oggettiva carenza del personale, all'interno degli istituti ospedalieri italiani. situazione dovuta al mancato ricambio generazionale del personale medico dopo l'entrata del numero chiuso alla Facoltà di medicina nel 1999. I medici sono più numerosi in Germania, nonostante ciò nella classifica di Bloomberg questo Paese che gode tra l'altro di ottima economia è solo al 16° posto.

LE RUBRICHE/4

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INNOVAZIONE

CHAT YOURSELF, L'APP CHE AIUTA CHI HA L'ALZHEIMER

Una nuova applicazione che aiuta chi soffre di problemi cognitivi: si chiama "Chat Yourself" ed è una una sorta di guida e memoria virtuale, che aiuta e sostiene chi, per colpa dell'Alzheimer, inizia a perdere memoria e orientamento. In pratica una chat automatizzata di Messenger che permette di "chattare con se stessi" per tenere a mente informazioni fondamentali. "Chat Yourself" è infatti capace di conservare nella sua memoria virtuale l'intera vita della persona, per poi restituirle singolarmente su richiesta: informazioni fondamentali come il nome, l'indirizzo, l'età, la strada per tornare a casa, il recepito dei figli. La chat è stata sviluppata da Nextopera con Young & Rubicam, Italia Longeva - il network dedicato all'invecchiamento creato dal ministero della Salute, dalla Regione Marche e dall'Irccs Inrca - e la collaborazione di Facebook. Al primo accesso il programma chiede all'utente di rispondere a una cinquantina di domande per poter raccogliere le informazioni necessarie a fornire successivamente le risposte esatte (abitazione, lavoro, famiglia, salute, abitudini). Può essere utile che l'anziano - all'atto di iscrizione e nel fornire la prima volta le risposte - sia assistito da un familiare. Nei prossimi mesi, il progetto continuerà ad essere monitorato da Italia Longeva e dal team di psicologi.

Home4Dem, la smart-house per garantire indipendenza alle persone con demenza

Si chiama Home4Dem il progetto che prevede un sistema di allarmi e sensori automatici in casa che, collegati a una app sullo smartphone, avverte in caso di emergenza e aiuta i familiari di una persona con demenza a rilevare anomalie e cambiamenti nelle abitudini del proprio caro. Finanziato nell'ambito del programma europeo Ambient Assisted Living, il progetto ha l'obiettivo di garantire il più a lungo possibile l'indipendenza delle persone con demenza nella propria abitazione e facilitare la vita dei familiari.

Il kit verrà collaudato per un anno da 120 familiari di anziani con demenza lieve o moderata tra Italia, Svizzera, Norvegia e Svezia, di cui 30 seguiti dall'Inrca. Altamente personalizzabile, comprende diversi sensori hi-tech che, collocati in punti chiave della casa, servono per segnalare l'apertura di porte e finestre (anche in fasce di orario prestabilite) e rilevare fumo e acqua a terra. Una notifica sul cellulare allerterà in tempo reale i familiari in caso di situazioni di pericolo.

D2H, dottore a domicilio Secondo una recente indagine sono più di sedici milioni gli italiani che faticano a reperire un medico per una visita al proprio domicilio. È per questo motivo che è nato il servizio D2H, "Dottore a Domicilio", con il quale si ha la possibilità di geolocalizzare lo specialista più vicino e richiedere facilmente una visita immediata a domicilio ovunque ci si trovi. È sufficiente scaricare l'App sul proprio tablet o smartphone, disponibile negli App Store o sul sito www.dottoreadomicilio.it, inserire il proprio indirizzo e in pochi istanti visualizzare l'elenco di tutti i medici reperibili nelle vicinanze. Un sistema che si sta radicando sempre di più tra le nuove abitudini di consumo.

"A casa mia", a Parma la teleassistenza domiciliare H24

Il servizio di teleassistenza domiciliare "A casa mia" del Comune di Parma garantisce 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, monitoraggio e sicurezza alle persone anziane, disabili, con patologie croniche o fragili, in particolare se sole.

Il sistema garantisce ad anziani e persone fragili di restare nel proprio domicilio con tranquillità grazie ad un sistema di teleassistenza sempre attivo in grado di fornire aiuto in caso di circostanze a rischio. Si tratta di un servizio che ha anche importanti risvolti di carattere preventivo con una telefonata settimanale di aggiornamento che permette di verificare le singole situazioni.

Il servizio è attivo dal 2011 che ha un costo di circa 1 euro e 70 centesimi al giorno, più o meno 50 euro al mese; sono esenti coloro che hanno fascia Isee al di sotto di 15 mila euro. Per attivarlo è molto semplice basta chiamare il numero verde 800 500 606.

Anziani e digitale

Gli over 65 si avvicinano sempre di più mondo del digitale: secondo una ricerca dell'Active Ageing & Silver Marketing Lab della Bocconi, il 52,9% di questa fascia di popolazione usa internet, il 61,8% conosce i social network, anche se l'uso dei dispositivi mobile è ancora indietro rispetto alla navigazione su pc fisso e portatile. per questo, ci sono diversi progetti che puntano a diffondere le nuove tecnologie anche tra gli utenti anziani. Per esempio c'è l'app iNonni, realizzata da Sanofi, dotata di grafica e di funzionalità semplici per consentire ai senior di accedere alla tecnologia digitale. La app visualizza sul device quattro grossi riquadri colorati, ognuno dei quali corrisponde a una sezione: Imparare, con corsi tematici anche sul digitale; Comunicare, con un sistema di messaggistica facile da usare; Svagarsi, con una serie di esercizi per tenere allenata la mente; Star bene, con informazioni e contenuti sulla salute e sulle medicine. Oppure ci sono app la cui funzione è quella di ridisegnare la grafica in modo da rendere ben visibili i numeri e i comandi sullo smartphone, come Koala Phone Launcher, che ingrandisce le icone e il tastierino numerico, con la possibilità di creare un menù SOS dove impostare un numero da chiamare in emergenza, e Big Launcher.

APERTI PER FERIE

Per vivere l'estate sereni, sicuri e informati con i servizi dell'Auser

auser
La cittadinanza non ha età

www.auser.it