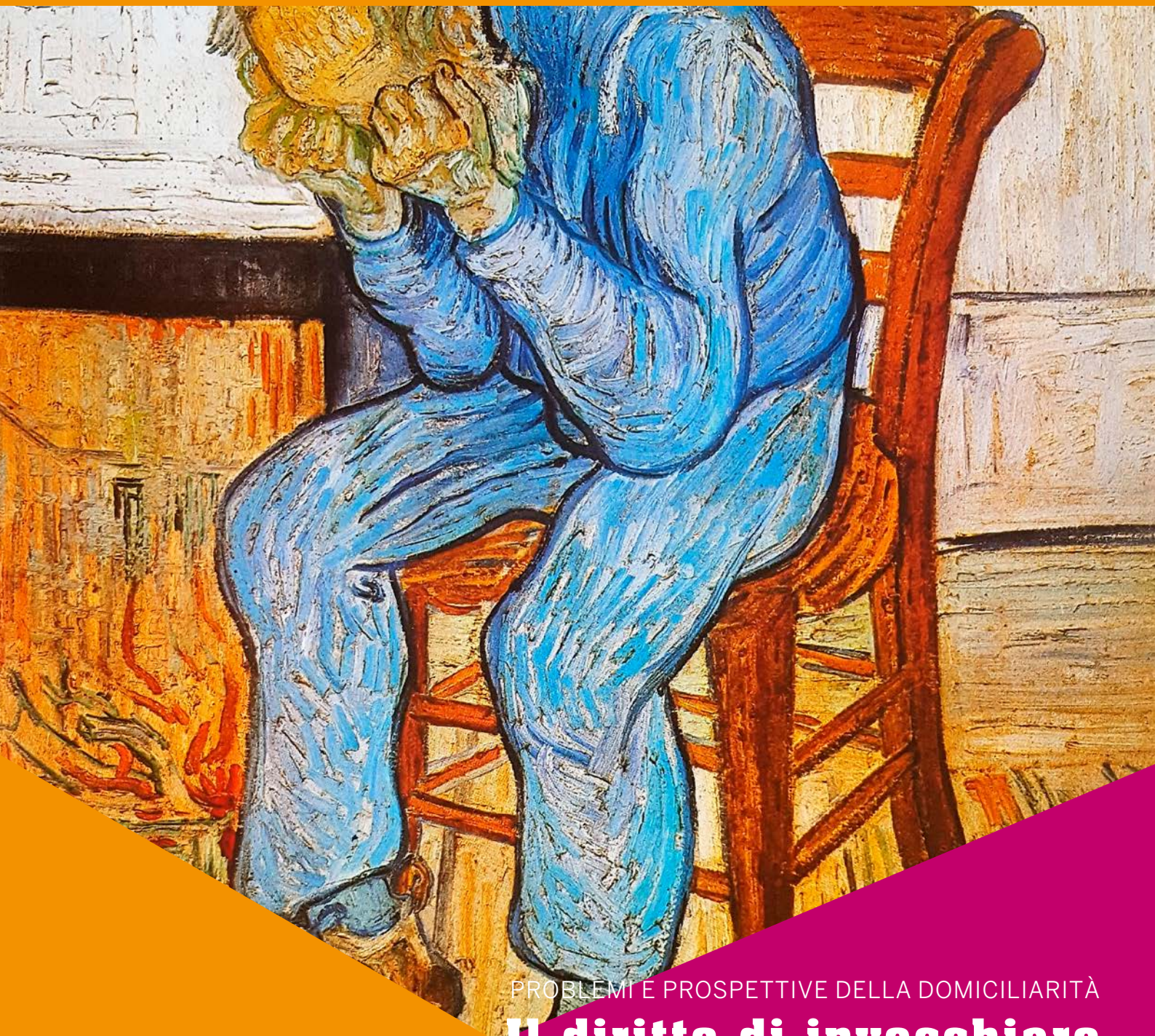
ABITARE E ANZIANI
informa

RIVISTA ONLINE DI INFORMAZIONE SUI PROBLEMI ABITATIVI DEGLI ANZIANI Numero 2/2018



PROBLEMI E PROSPETTIVE DELLA DOMICILIARITÀ

Il diritto di invecchiare a casa propria

ABITARE E ANZIANI

Numero **2/2018**

Associazione AeA, Abitare e Anziani

Soci 2018
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 2/2018

Proprietà e editore

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

Direttore Responsabile
Giusy Colmo

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

Progetto grafico e impaginazione
Idea Comunicazione

Le foto nella rivista riproducono le opere di
Vincent Van Gogh realizzate negli ultimi anni della
sua vita ospite nell'Ospizio di Saint Paul a Saint- Rémy
In copertina " Vecchio uomo triste".

SOMMARIO

03 – **Un welfare per una società più longeva**
Claudio Falasca

07 – **Presentazione**
Enzo Costa, Ivan Pedretti

10 – **I problemi**

I. L'aumento della popolazione anziana e urbana
II. L'aumento delle persone anziane con limitazioni funzionali.
III. Le famiglie sempre meno in grado di prendersi cura degli anziani.
IV. La diminuzione del numero dei caregivers famigliari
V. L'impoverimento: rischio reale per le famiglie con persone anziane con limitazioni funzionali.
VI. Precarietà nel lavoro oggi e basse pensioni domani: assistenza incerta per i futuri non autosufficienti.
VII. La babele dei servizi per la domiciliarità
VIII. L'insostenibilità dell'attuale lavoro di cura informale
IX. Le condizioni abitative: anziani prigionieri in casa propria
X. La condizione urbana: la difficoltà di essere "cittadini"
XI. I conti della assistenza domiciliarità non tornano.

23 – **Le prospettive**

I. La domiciliarità come diritto della persona
II. Essenziale e urgente il Piano nazionale per la non autosufficienza
III. La buona longevità si costruisce nel tempo
IV. Riconoscere il lavoro di cura familiare
V. Pensare per reti di servizi di prossimità
VI. Il lavoro di cura fonte di buona occupazione, se organizzato.
VII. Qualificare la condizione abitativa
VIII. L'invecchiamento attivo come "valore urbano generale"
IX. Maggiori risorse per la domiciliarità

LE RUBRICHE *a cura di Fabio Piccolino*

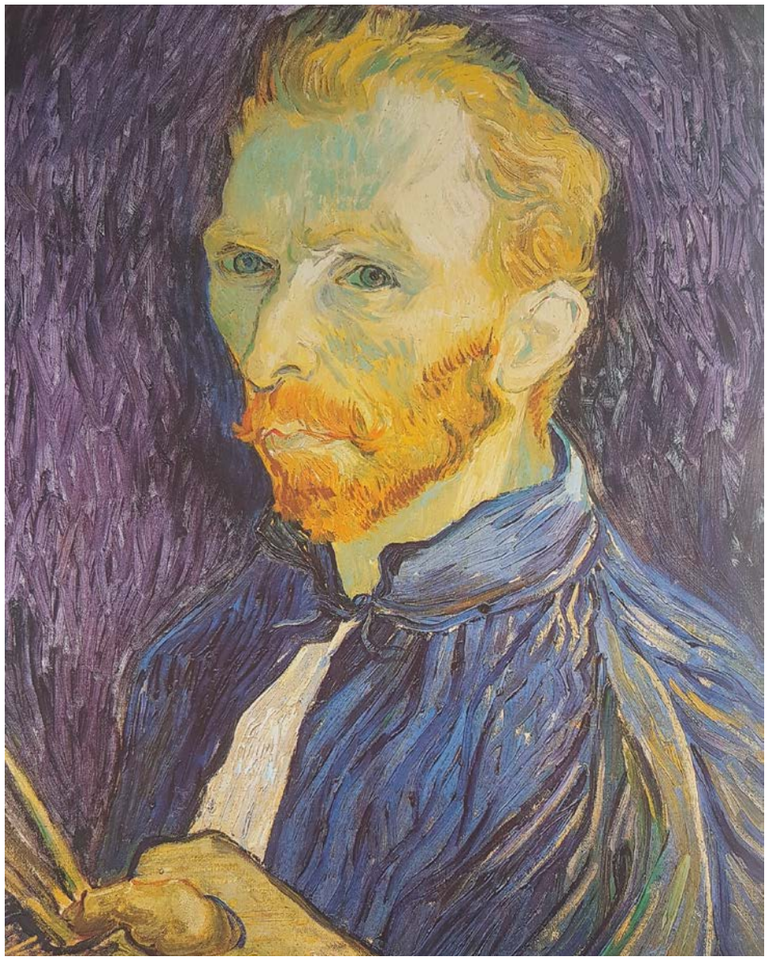
53 – **GOVERNO E ISTITUZIONI**
57 – **ORGANIZZAZIONI SOCIALI**
60 – **OSSERVATORIO INTERNAZIONALE**
63 – **OSSERVATORIO INNOVAZIONE**

Un welfare per una società più longeva

Claudio Falasca,
Direttore di AeA

L'interrogativo al centro della ricerca è: in che misura il sistema italiano di "domiciliarità", pilastro fondamentale del sistema assistenza di lungo termine (long term care - LTC), nei prossimi anni sarà in grado di corrispondere alle conseguenze della crescente longevità della popolazione e del maggiore coinvolgimento della donna nel mercato del lavoro. Come si comprende è un interrogativo che si fonda su una evidente contraddizione di carattere strutturale: crescente numero di anziani bisognosi di cura a fronte del decrescente numero di caregiver famigliari, in particolare appunto, donne. Evidentemente nulla impedisce il ricorso al mercato privato di cura, ma anche questo richiede alcune condizioni che non possono essere date per scontate, quali ad esempio la solvibilità dell'anziano presente e soprattutto futuro.

Queste criticità, come altre ancora, sono state messe in evidenza da più parti come capaci di compromettere



Autoritratto, Van Gogh

EDITORIALE

seriamente il futuro della assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti. Una evenienza assolutamente da evitare tenuto conto delle conseguenze gravissime che produrrebbe su milioni di famiglie e persone anziane che pensano, per scelta o per necessità, di affidarsi al sistema di servizi riconducibili in modo diretto e/o indiretto a questa forma di assistenza.

Per meglio comprendere e "misurare" la reale consistenza di queste criticità, l'AUSER ha ritenuto utile promuovere la presente ricerca su "Problemi e prospettive della domiciliarità - Il diritto di invecchiare a casa propria", che fa seguito a quella su "Residenzialità e domiciliarità per l'invecchiamento attivo" presentata il 9 febbraio 2017, con l'obiettivo di contribuire al dibattito sulle azioni da promuovere per l'ammodernamento, in termini di efficacia ed efficienza sociale, della assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti.

Si tratta di un tema complesso che richiede una chiara cornice di riferimento in considerazione del fatto che l'invecchiamento della popolazione apre scenari inediti con i quali è necessario misurarsi in modo innovativo.

I molteplici aspetti che coinvolgono la LTC – culturali, sociali, politici, economici – vanno affrontati sapendo che deve essere la società nel suo complesso che si deve sentire impegnata ad elaborare una diversa idea di vecchiaia, all'altezza del mutamento intervenuto nelle speranze di vita, ravvisandovi la possibilità di una straordinaria conquista di civiltà.
L'invecchiamento deve uscire, In particolare, dalla dimensione della residualità in cui viene spesso considerato dai decisori politici e istituzionali, così come deve superare l'ottica esclusivamente consumistica e di mercato in cui numerosi interessi tentano di confinarlo.

Piuttosto, occorre far crescere la consapevolezza che i temi che ruotano intorno a una società che invecchia "interrogano" tutti i fattori che la tengono coesa. Vanno quindi rafforzati tutti i presidi di socializzazione e di coesione.

Questo è possibile se si afferma con chiarezza la convinzione che anche in una società sempre più longeva la famiglia rimane il primo e fondamentale presidio in quanto è in essa che le generazioni realizzano strette relazioni e reciprocità affettive, culturali, economiche e, quindi, continua a configurarsi come "il primo soccorso e l'ultimo ricorso" delle persone. Un presidio che, per essere messo in condizioni di svolgere pienamente la sua funzione, richiede misure di sostegno che tengano conto delle profonde modifiche strutturali, culturali e sociali presenti e future.

Così come è la comunità territoriale, pur sapendo che in essa si intrecciano dinamiche sociali contraddittorie, dense di criticità, nei rapporti tra generazioni e culture, il luogo dove si irradiano le reti di solidarietà, dove si sviluppano i beni relazionali e dove è possibile sperimentare un welfare di comunità che integri fecondamente la collaborazione delle famiglie, delle reti primarie, del terzo settore e del volontariato, dei privati, della contrattazione sociale territoriale e della contrattazione sindacale di secondo livello, con la promozione e la leadership del welfare pubblico.
Tutto questo comporta la necessità e la capacità di agire in modo sistemico su un insieme ampio di fattori tutti determinanti per la qualità della vita delle persone anziane e non solo. L'orizzonte da assumere a riferimento è, allora, "l'intero arco della vita" per impostare una diversa idea di vecchiaia e da cui derivare un progetto sociale integrato e innovativo capace di determinare mutamenti profondi nell'intera collettività[1].

Questo richiede:

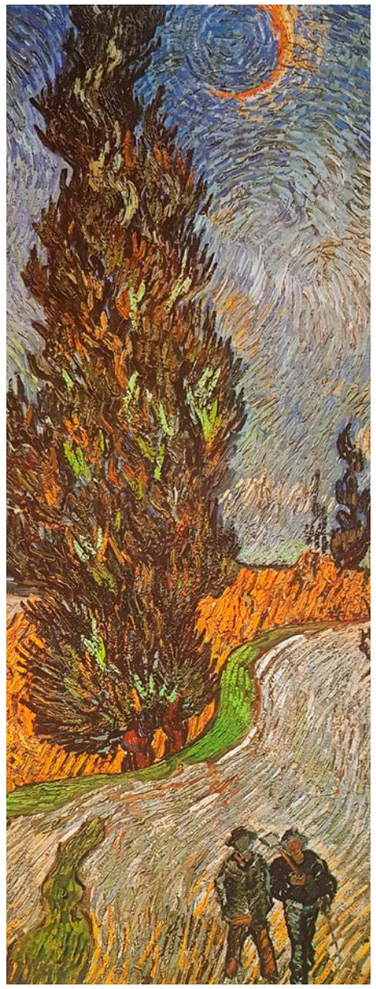
- comprendere come proprio partendo dalla popolazione anziana, nella quale le diverse criticità e le tante forme delle nuove esclusioni sociali assumono specifico rilievo, si possono ricostruire legami capaci di ridare speranza e senso al futuro per tutte le età, promuovendo l'incontro tra memoria del passato, nuove dinamiche sociali e permanenti esigenze di relazione;
- verificare quanto le politiche per l'invecchiamento attivo aumentino realmente i costi dei servizi sanitari, assistenziali, sociali, previdenziali, sconfiggendo chi usa i problemi di carattere finanziario per mettere in discussione tutele e diritti, destrutturando il sistema del welfare, che va innovato, ma non ridimensionato;
- realizzare una rete di servizi di prossimità a livello di quartiere, capace di rispondere ai diversi e mutevoli bisogni a cui la persona anziana andrà incontro via via che si riduce la sua autonomia funzionale nella gestione della sua vita quotidiana;
- affrontare l'insieme delle questioni che riguardano la condizione abitativa degli anziani, anch'essa colta nei suoi vari aspetti: la casa in quanto tale, le sue dotazioni strumentali, i servizi che a essa si connettono, l'agibilità del contesto urbano, la quantità e la qualità dei trasporti pubblici, la disponibilità e la qualità degli spazi pubblici, il territorio come rete di relazioni, la possibilità di sen-tirsi e rendersi utili nel proprio contesto comunitario, il vivere il territorio come luogo "sicuro" (con tutto ciò che ne deriva e di tutte le sue declinazioni legate anche alla partecipazione attiva della vita sociale), la possibilità di partecipare;
- incanalare il lavoro "liberato"

1. - Dal documento su "Invecchiamento attivo e solidarietà tra le generazioni" del 2012 di SPI-CGIL, CISL Pensionati, UIL Pensionati, AUSER, ANTEA, APA in occasione dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo

dell'anziano verso attività che producono quei beni che né il mercato né il a interesse – il primo – o ha le risorse necessarie – il secondo – per produrre: beni relazionali, beni di merito, di alcune tipologie di beni pubblici e alcune categorie di beni di uso collettivo fondamentali per promuovere, costruire, facilitare "comunità solidali" (un compito sicuramente più impegnativo che nel passato, perché si tratta di fare solidarietà tra diversi, ossia tra culture, memorie, appartenenze diverse);

- dedicare attenzione ai temi dell'educazione permanente per tutte le età, tenendo conto, in particolare, dell'importanza che ha sul benessere psicosociale delle persone che invecchiano. Così come è importante sostenere il ruolo della ricerca e dello sviluppo della tecnologia per il mantenimento della qualità della vita delle persone anziane che entrano in percorso di non autosufficienza.

Si tratta, insomma, di aprire una prospettiva politica e sociale in cui alle persone che invecchiano sia riconosciuta quella dignità e quei diritti, proclamati dalle Nazioni Unite, a partire dal reddito e in cui sia promosso il loro protagonismo attraverso la cittadinanza attiva come volontariato civico.



Cipressi con il cielo stellato, Van Gogh

Presentazione

Enzo Costa,
Presidente AUSER

Ivan Pedretti,
Segr. Gen. SPI-CGIL

Questa nuova ricerca, realizzata per l'Auser dall'architetto Claudio Falasca, riprende lo studio presentato nel 2017 e ha l'obbiettivo di promuovere e facilitare, attraverso un mix di analisi e proposte, le forme di assistenza a domicilio per le persone anziane garantendogli la permanenza nel proprio ambiente di vita.
Lo studio è articolato in modo che sia nelle analisi che nelle proposte la persona rimanga al centro degli interventi proposti e ogni azione sia orientata a fornire risposte ai suoi bisogni.

Tutte le modalità di intervento sono pensate per permettere il miglioramento della qualità della vita delle persone anziane attraverso il mantenimento del massimo di identità e di autostima rendendo loro possibile la permanenza presso il proprio domicilio in condizioni di sufficiente autonomia personale.

Il tema trattato è quello della "domiciliarità" intesa come contesto significativo per la persona, che comprende la casa, ma anche ciò che la circonda, cioè l'habitat collegato alla storia, all'esperienza, alla cultura, alla memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza di ognuno. Ma anche come un "diritto fondamentale della persona" senza quel contesto di relazioni, senza la "domiciliarità" così come l'abbiamo intesa, la persona non è più "rispettata".

Tutte le teorie che cercano di studiare "la persona" sono concordi nel riconoscerle tre caratteristiche fondamentali: la sua unicità, la sua globalità e la sua relazionalità. Il concetto di persona richiama pertanto la visione totale del bisogno (il bisogno di una persona incide sulla persona sia esso un bisogno fisico, o psichico o relazionale) e richiede, quindi, una risposta alla persona nella sua globalità da parte del servizio o di chi si prende cura e non potrà ridursi ad una serie più e meno complessa di prestazioni e ancor meno di monetizzazioni del disagio.

Spiega bene questo concetto una lettera del Prof. Norberto Bobbio, un grande personaggio della vita italiana, scritta quando aveva 89 anni: "Ho la fortuna di vivere in casa mia, dove abito da tanti anni, e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi... siedo al mio tavolo, dove ritrovo ogni giorno le mie carte..., il libro che avevo cominciato a leggere..., la mia vecchia penna stilografica, il blocchetto di appunti... Lo spazio della casa è tanto più essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza...

La propria casa dà sicurezza, ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto, dal trovarti in un mondo che ormai, chiuso tra le pareti, ti è diventato sempre più estraneo. Tanto più si è vecchi tanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più è difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare altrove, dove saresti spaesato, perderesti la tua identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri".

Questa pubblicazione affronta il tema della "domiciliarità" partendo da un'analisi dei dati disponibili, primi fra tutti il cambiamento demografico e la qualità e quantità dei servizi, sia pubblici che privati, che vengono offerti nel nostro Paese, costruisce una visione futura sulla Long Term Care, analizza il ruolo della famiglia e le diseguaglianze di reddito, per poi arrivare alle condizioni abitative e agli standard urbanistici.

Il quadro che emerge ci dimostra che nel proseguo degli anni la qualità della vita degli anziani e delle persone non autosufficienti peggiora in quantità e qualità dei servizi disponibili, manca una strategia complessiva, il "sistema Paese" è fermo alla monetizzazione, tra l'altro insufficiente, del disagio della persona.

Poter invecchiare nel proprio domicilio non è visto come un diritto della persona, manca una legge organica nazionale sulla non autosufficienza, sull'invecchiamento attivo e sul riconoscimento del lavoro di cura familiare si è fatto pochissimo, non si è mai affrontato seriamente il tema del badantato, come si continua a non intervenire sulla qualità abitativa e sulle politiche di nuova urbanizzazione delle città e del Paese.

La ricerca offre molte analisi ma soprattutto molte proposte di soluzioni ai problemi sollevati, si rilancia la legge sulla non autosufficienza e quella sull'invecchiamento attivo come politiche che migliorano la qualità della vita delle persone e ne prevengono gli acciacchi, rilanciando il tema della longevità come una risorsa per l'intera comunità.

Il cambiamento demografico, il numero delle persone non autosufficienti e degli insufficienti servizi disponibili ci dicono che intervenire sulla "domiciliarità" è una strada obbligata, anche Papa Giovanni Paolo II nella sua lettera agli anziani nel lontano 1999 affermava: "Il luogo più naturale per vivere la condizione di anzianità resta quello dell'ambiente in cui egli è <di casa>, tra parenti conoscenti ed amici, e dove può svolgere ancora qualche servizio. A mano a mano che, con l'allungamento medio della vita, la fascia degli anziani cresce, diventerà sempre più urgente promuovere questa cultura di una anzianità accolta e valorizzata, non relegata ai margini. L'ideale resta la permanenza dell'anziano in famiglia con la garanzia di efficaci aiuti sociali rispetto ai bisogni crescenti che l'età e la malattia comportano."

Invecchiare a casa non ha solo un significato materiale o rituale, la realtà che ci circonda e il cambiamento epocale che stiamo vivendo lo esigono, è necessario garantire efficaci aiuti sociali rispetto ai bisogni crescenti nel rispetto della persona in tutto l'arco della sua vita.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
Articolo 32 della Costituzione italiana

L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.
Articolo 25 - Diritti degli anziani - Carta Europea dei diritti fondamentali

L'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia, oltre che in caso di perdita del posto di lavoro, secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali.
Articolo 34 Comma 1 - Sicurezza sociale e assistenza sociale – Carta Europea dei diritti fondamentali

Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.
Articolo 35 - Protezione della salute - Carta Europea dei diritti fondamentali

Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.
Articolo 25 comma 1 della Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo

I problemi

Tabella 1 - Previsioni demografiche assolute e % anziani con più di 65 anni				
ANNI	2016	2025	2045	2065
Totale popolazione	60.700.000	60.400.000	58.600.00	53.700.000
Anziani + 65 anni	22.0 %	24,7 %	33,7 %	33,1 %

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tabella 2 - Previsione anziani con limitazioni funzionali				
ANNI	2016	2025	2045	2065
Anziani con limitazioni funzionali	2.650.000	2.950.000	3.900.000	3.500.000

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

I. L'AUMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA E URBANA.

Le dinamiche demografiche del paese sono probabilmente il principale problema con cui fare i conti ai fini della valutazione della adeguatezza del servizio di domiciliarità per gli anziani non autosufficienti.

- Per la prima volta nella storia, la popolazione urbana nel mondo ha superato la popolazione rurale. Nel 2014 la popolazione urbana ha raggiunto i 3.900 milioni, pari al 54% della popolazione mondiale. Un cambiamento di grandissima portata, uno "squilibrio" che avrà conseguenze pesanti sulle politiche di welfare e sull'ambiente.
- Si prevede che entro il 2050 il mondo sarà per un terzo rurale (34%), per due terzi urbano (66%), più o meno il contrario della distribuzione globale della popolazione rurale e urbana della metà del XX secolo. Anziani e bambini saranno i soggetti sociali che più risentiranno di queste trasformazioni. Nel nostro Paese questo fenomeno si manifesta nella continua crescita delle periferie urbane e nel complementare spopolamento dei piccoli comuni delle aree interne, in particolare delle regioni meridionali.
- L'Italia, come documenta l'ISTAT, è tra le punte avanzate del processo di trasformazione demografica, arrivando ad essere uno dei paesi più longevi del pianeta (Tabella 1): nel 2045 si prevede che le persone con più di 65 anni saranno un terzo del totale della popolazione che nel complesso sarà fortemente ridimensionata passando dagli attuali 60 milioni circa a 58,6 milioni con una riduzione del 3,5% e per il 78% sarà concentrata nelle città.

II. L'AUMENTO DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONI FUNZIONALI.

Le progressive limitazioni funzionali delle persone anziani, conseguenti al passare degli anni, sono il secondo problema con cui fare i conti, anche se non c'è equivalenza tra longevità e riduzione dell'autonomia funzionale. Confrontando, infatti, gli incrementi percentuali del numero di anziani con gli incremento degli anziani con limitazioni funzionali negli anni 2025, 2045, 2065, con base 2013 (Tabella 2), verifichiamo che le percentuali dei secondi rispettivamente del 12%, 40% e 28% sono sempre sensibilmente inferiori a quelle corrispondenti all'aumento del numero totale di anziani del 15,5%, 53,5% e 38%. Questo a dimostrazione che il numero dei futuri non autosufficienti può essere drasticamente ridotto con efficaci misure di prevenzione.

Anche se la longevità non significa automaticamente perdita di autosufficienza, tuttavia l'analisi delle previsioni fatte sulla base di diversi possibili scenari dicono che comunque è da prevedere un aumento di circa 300.000 non autosufficienti al 2025, 1.250.000 al 2045 e 850.000 nel 2065.

In merito al grado di limitazioni funzionali degli anziani con più di 65 anni dallo studio realizzato da Della Bella e Lucchini[2] su un campione di 60.000 famiglie su dati dell'indagine multiscopo ISTAT del 2012-2013, risulta:

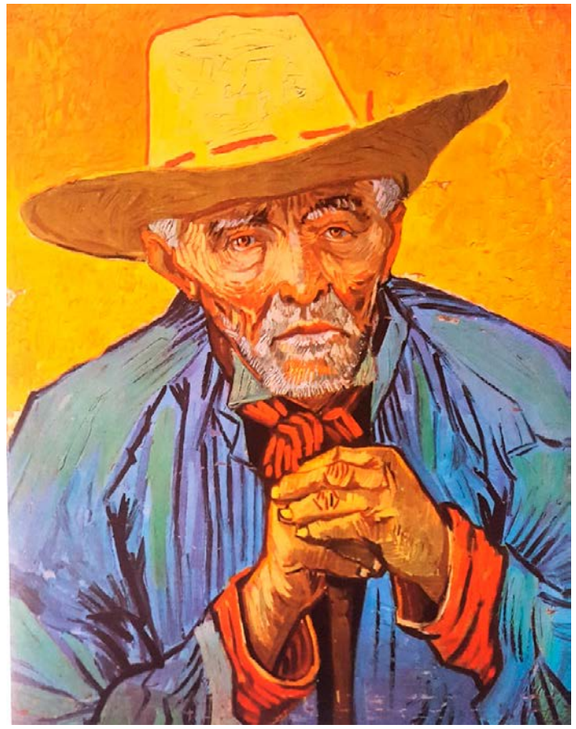
- in perfetta autosufficienza il 42,6% del campione;
- autosufficienza: il 27,5%;
- parziale non autosufficienza: il 15,7%;
- non autosufficienza grave: il 12,1%;
- totale non autosufficienza, 2,1%.

III. LE FAMIGLIE SEMPRE MENO IN GRADO DI PRENDERSI CURA DEGLI ANZIANI.

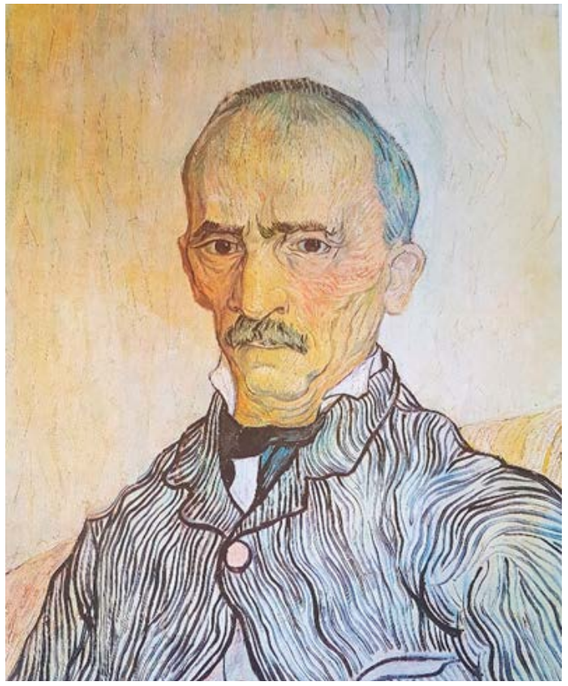
Ancora oggi la famiglia svolge un ruolo centrale nel lavoro di cura. Le trasformazioni passate e in corso dei nuclei famigliari, tuttavia, ne stanno mutando profondamente i caratteri. A fronte di queste trasformazione e alla crescente domanda di assistenza è più che legittimo domandarsi in che misura saranno in grado di sostenere in modo soddisfacente l'impegno che l'assistenza richiede.

Questo anche in considerazione delle sollecitazioni che spingono le donne, vero pilastro del ruolo di assistenza della famiglia, ad un più ampio impegno nel mercato del lavoro (Tabella 3). Considerando che il tasso di occupazione delle donne a livello nazionale si attesta circa il 48,1% e l'ambizione è quanto meno raggiungere il livello medio europeo del 61,5% risulta chiaro che il lavoro di cura in ambito familiare subirà un drastico ridimensionamento del contributo di circa 2.500.000 donne.

2. La non autosufficienza in Italia: una analisi multivariata di Sara Della Bella e Mario Lucchini in Ripensare le politiche per la non autosufficienza ed. il Mulino - 2015



Ritratto dell'ospite Escalier, Van Gogh



Sorvegliante capo dell'Ospizio Saint Paul, Van Gogh

Questo si collocherà all'interno di situazioni familiari fotografate dall'ISTAT nel 2015 nel modo seguente:

- presenza maggioritaria di coppie senza figli fino alla soglia degli 84 anni: è così per il 48,0% delle persone fra i 65 e i 74 anni, per il 40,4% delle persone fra i 75 e gli 84anni;
- significativa presenza (19,9%) di famiglie con coppia fra i 65 e i 74 anni in cui sono ancora presenti figli non ancora usciti dal nucleo genitoriale;
- famiglie con tutti anziani: dal 21,9% del 2003 al 23,9% del 2012-2013 per le famiglie di 65+ e dal 10,4% del 2003 al 12,7% del 2012-2013 per le famiglie di 75+;
- notevole percentuale di famiglie composte da persone sole: il 48,7% delle famiglie composte da persone sole sono anziani di 65 anni e più, di cui il 17,0% delle persone ha un'età compresa fra i 65 e i 74 anni; il 20,7% delle persone fra i 75 e gli 84anni; l'11,1% persone con più di 85 anni;
- condizione prevalente di persona sola dopo gli 84 anni: è così per il 52,2% delle persone con 85 anni e più;
- accentuato gap di genere nell'esperienza della solitudine in età avanzata:
- fra gli uomini la percentuale di persone sole di 65 anni e più è del 30,0%, mentre fra le donne raggiunge il 62,5% (gap di genere di 32,5 punti percentuali);
- le donne vivono una straripante esperienza della vedovanza: l'83,5% delle persone vedove fra i 65 e gli 89 anni sono donne.

Tabella 3 – Adeguamento del tasso medio di occupazione delle donne in Italia a quello dell'UE

Donne 20-65 anni nel 2017	Tasso occupazione Italia	A Tot. donne occupate	Tasso occupazione UE	B Tot. donne occupate	Differenza B - A
18.098.809	48,1%	8.705.527	61,5%	11.130.767	2.425.240

(Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT)

Tabella 4 - Oldest Support Ratio nel 2016, 2026, 2045, 2065

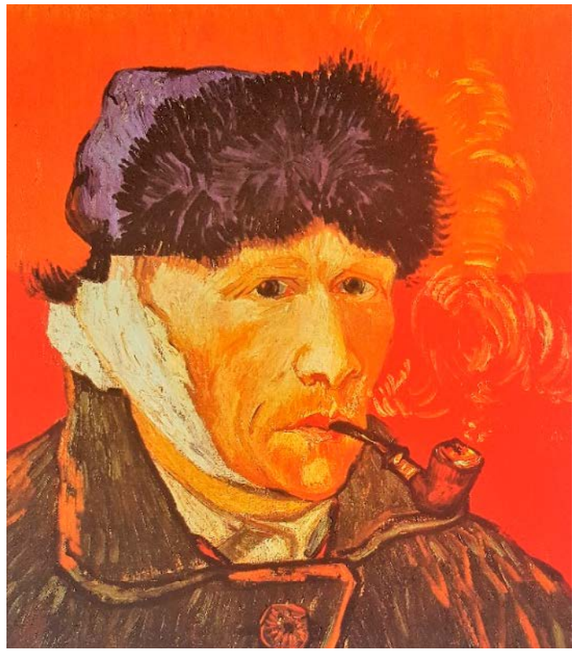
Anni/Età	40-64	Più di 65	OSR
2016	22.943.545	12.646.392	**1,8**
2025	23.010.509	14.090.215	**1,6**
2045	18.272.057	18.973.520	**0,96**
2065	16.908.585	17.125.051	**0,98**

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

IV. LA DIMINUZIONE DEL NUMERO DEI CAREGIVERS FAMIGLIARI

Previsioni demografiche, incremento della domanda di assistenza di lunga durata, mutamenti della famiglia, spinte per un maggiore impegno della donna nel mercato del lavoro, sono tutte dinamiche da cui emerge con grande chiarezza che in breve nel Paese si aprirà un serio problema di come garantire una crescente quota di caregiver per l'assistenza agli anziani in quanto il lavoro di cura fino ad oggi garantito in ambito familiare subirà, come si è visto, un drastico ridimensionamento.

Dal calcolo dell'indice Oldest Support Ratio (OSR)[3] con riferimento alle previsioni demografiche dell'ISTAT al 2016, 2025, 2045 e 2065 si ottiene (Tabella 4) che il rapporto tra le due classi di età passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 64 anni per ogni persone con età superiore ai 65 anni, ad un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grossomodo si conferma anche nel 2065. Questo significa che il rapporto passerà dalla media di 2 caregiver per un anziano nel 2016 a una media di 1 caregiver per un anziano 2045.



Autoritratto, Van Gogh

3. L'Oldest Support Ratio (OSR) è un indicatore adottato dalla Nazioni Unite definito come: il numero di persone di età compresa tra 50 e 74 anni per ogni persona di età ≥ 85 anni. Nel nostro caso, al fine di tener conto di una soglia di età in cui iniziano a insorgere problemi familiari di assistenza (età genitori e nonni) e della consolidata soglia statistica dei 65 anni, viene assunto a riferimento il numero di persone di 40-65 anni in rapporto agli over 65.

V. L'IMPOVERIMENTO: RISCHIO REALE PER LE FAMIGLIE CON PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONI FUNZIONALI.

Di cosa c'è bisogno per vivere una vecchiaia felice? Fondamentalmente di una buona salute, una casa in cui vivere, famiglia, amici e naturalmente di un po' di soldi per essere sereni. Secondo i dati del rapporto OCSE del 2013 "*Pensions at a Glance*"[4] la maggior parte dei pensionati ha uno standard di vita non dissimile da quello dei lavoratori attivi. Tutto vero ... in teoria, ma in pratica? Non è forse altrettanto vero che tanti pensionati già oggi e ancor più in futuro, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese? E come è pensabile affrontare una vecchiaia da non autosufficiente con una pensione lorda media INPS di circa 1.486 euro? E per questi anziani non è forse reale il rischio di ulteriore impoverimento?

Dal report dell'ISTAT[5] sulla povertà in Italia del 2017, risulta che nel 2016 (Tabella 5) sono 1 milione e 619mila le famiglie residenti in condizione di povertà assoluta, nelle quali vivono 4 milioni e 742mila individui. Rispetto al 2015 si rileva una sostanziale stabilità sia per le famiglie che per gli di individui.

Tabella 5 - Incidenza di povertà assoluta per età della persona di riferimento. Anni 2015-2016, valori percentuali

Età della persona di riferimento	2015	2016
18-34 anni	10,2	10,4
35-44 anni	8,1	8,9
45-54 anni	7,5	7,6
55-64 anni	5,1	5,2
65 anni e più	4,0	3,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

La povertà relativa interessa il 10,6% delle famiglie residenti per un totale di 2 milioni 734mila, e 8 milioni 465mila individui, il 14,0% dei residenti (Tabella 6).

Tabella 6 - Incidenza di povertà relativa per età della persona di riferimento. Anni 2015-2016, valori percentuali

Età della persona di riferimento	2015	2016
18-34 anni	12,8	14,6
35-44 anni	13,5	14,6
45-54 anni	11,9	11,6
55-64 anni	9,0	9,4
65 anni e più	8,0	7,9

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Come si vede dai dati su esposti, sia quelli riferiti alla povertà assoluta e sia quelli sulla povertà relativa, indicherebbero che gli anziani sono i meno esposti al rischio povertà.
Eppure, secondo la ricerca del CENSIS[6], oltre 561 mila famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi o vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi in altre forme per far fronte agli oneri della assistenza ad un familiare non autosufficiente. Evidentemente l'analisi sui mutamenti dei profili della povertà in Italia non riesce a catturare pienamente questa relazione.

Il dato di fatto di cui non si tiene conto è che un modello di assistenza fondato sulla domiciliarità comporta come conseguenza una esposizione finanziaria delle famiglie impegnate nel garantire il care sia direttamente sia finanziando il care erogato da altri soggetti, come le badanti o gli infermieri.

Ancora con riferimento al CENSIS[7], nel suo rapporto annuale riporta "Ad ogni persona non autosufficiente è associato un flusso di risorse monetarie in uscita che si intrecciano e che nel complesso generano un ammontare molto elevato: l'esempio più eclatante è costituito dalla stima di 9 miliardi di euro l'anno per la retribuzione delle badanti, a cui si aggiungono altre spese come quelle sanitarie private relative a una matrice complessa fatta di visite, analisi di laboratorio, trattamenti riabilitativi, farmaci, ecc. con un valore stimato intorno a 4,6 miliardi di euro l'anno".

Dal che ne consegue che, in media, una famiglia con una persona non autosufficiente ha una spesa sanitaria privata che è pari a più del doppio rispetto a quella delle altre famiglie italiane e, quindi, soggetta a una dinamica dagli effetti socialmente regressivi. Ed infatti come risulta dall'indagine del CENSIS del 2017 il 51% delle famiglie con un non autosufficiente hanno avuto difficoltà a sostenere spese per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e socioassistenziali, di contro al 31,5% delle altre famiglie (Tabella 7).

Tabella 7 - Famiglie che hanno avuto difficoltà a sostenere spese sanitarie di tasca propria per tipologia di famiglia - Valori percentuali

	Famiglie	
	Senza non autosufficienti	Con non autosufficienti
SI	30,5	51,0
NO	69,5	49,0
Totale	100,0	100,0

Fonte: CENSIS 2017

4. OCSE - Pensions at a Glance – 2013

5. ISTAT – Report sulla povertà - 2017

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

7. CENSIS – Rapporto sulla situazione sociale del Paese - 2017

Tabella 8 - Residenti tra 15 e 34 anni, forza lavoro e tasso di attività nel 2012 e 2916							
	2012			2016			2016/2012
	Tot. res. 15-34 anni	Tot. forza lavoro 15-34 anni	Tasso att.	Tot. res. 15-34 anni	Tot. forza lavoro 15-34 anni	Tasso att.	Variazione % tasso di attività
Maschi	6.869.498	3.986.937	58,03	6.778.107	3.717.641	54,84	-3,92
Femmine	6.697.057	3.047.297	45,50	6.510.098	2.801.312	43,03	-3,67
Totale	1.3566.555	7.034.233	51,84	13.288.205	6.518.953	49,05	-3,79

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tabella 9 - NEET (giovani non occupati e non in istruzione e formazione) 15–34 anni nel 2012 e 2016							
	2012			2016			2016/2012
	Tot. res. 15-34 anni	NEET	% NEET	Tot. res. 15-34 anni	NEET	% NEET	Var. % NEET
Maschi	6.869.498	1.362.947	19,84	6.778.107	1.424.017	21,00	4,48
Femmine	6.697.057	1.880.198	28,07	6.510.098	1.852.703	28,45	-1,46
Totale	13.566.555	3.243.145	23,90	13.288.205	3.276.720	24,65	1,03

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tabella 10 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) per utenti anziani (+65 anni) e spesa per utente - Anni 2009 – 2013.										
		2009				2013			Δ 2009 - 2013	
	N. anziani	N. utenti anziani	% utenti	Spesa per utente	N. anziani	N. utenti anziani	% utenti	Spesa per utente	Δ utenti %	Δ spesa %
Italia	11.974.530	190.908	1,6	1.834	13.007.490	149.995	1,2	2.123	-0,4	+15,7

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

VI. PRECARIETÀ NEL LAVORO OGGI E BASSE PENSIONI DOMANI: ASSISTENZA INCERTA PER I FUTURI NON AUTOSUFFICIENTI.

La precarizzazione del mercato del lavoro è una sorta di bomba ad orologeria per la possibilità dei futuri non autosufficienti di farsi carico degli oneri derivanti dalle cure di cui avranno bisogno. Il dato di fatto, accreditato da tutte le fonti, è che i lavoratori precari molto difficilmente potranno godere di prestazioni previdenziali adeguate a far fronte al rischio non autosufficienza. Questo tanto più se viene ridimensionato l'intervento pubblico nella LTC.

Indicativo di questo possibile futuro è il basso tasso di attività[8] dei residenti tra i 15 e i 34 anni: il 51,84% nel 2012 che scende al 49,05% nel 2016 di cui il 54,8% maschi e il 43% femmine, con una riduzione percentuale del 3,79 (Tabella 8).

A destare particolare preoccupazione sono i NEET[9] che dal 23,9% nel 2012 sono aumentati al 24,4%: la percentuale più elevata rispetto agli altri paesi europei (Tabella 9).

VII. LA BABELE DEI SERVIZI PER LA DOMICILIARITÀ

I servizi domiciliari di cura sono uno dei pilastri su cui si fonda la LTC in Italia. Dal loro funzionamento dipende in larga misura la qualità della soluzione domiciliare della non autosufficienza. Purtroppo, come ampiamente dimostrato tanto nella ricerca AUSER su *Domiciliarità e residenzialità* del 2017, quanto nello studio *sull'Assistenza Domiciliare Integrata* di Italia Longeva[10] del 2017, non pochi sono i problemi di efficienza ed efficacia che rendono inadeguata l'attuale concezione di questi due servizi di cui riescono a beneficiano troppo basse percentuali di anziani nei diversi livelli di non autosufficienza.

8. Tasso di attività: è dato dal rapporto tra popolazione attiva e totale della forza lavoro nella classe di riferimento. I tassi specifici per età permettono da un lato di seguire determinate fasce della popolazione ma anche di comprendere l'evoluzione del tasso complessivo in funzione all'evolversi della struttura demografica della popolazione (aspetto molto importante per via delle classi di età del baby boom).

9. NEET: giovani tra i 15 e i 34 anni che non lavorano e che non sono più inseriti in un percorso di studio (Not in Education, Employment or Training)

Tabella 11 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per anziani (+65 anni) e media ore annuali di ADI per anziano – Anni 2009 - 2013								
	2009			2013			Δ 2009 - 2013	
	N. utenti anziani	% utenti anziani	Ore per utente anziano	N. utenti anziani	% utenti anziani	Ore per utente anziano	Δ % utenti anziani	Δ % ore per utente anziano
Italia	448641	3,7	19	611.871	4,8	17	+36	-10,5

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tabella 12 - Copertura del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) su anziani con limitazioni funzionali. Valori assoluti e percentuali e differenziale percentuale – dati 2013							
	Anziani + 65 anni	Anziani con limitazioni funzionali	% Anziani con lim. funz. su totale anziani	Utenti ADI anziani	% Utenti ADI su tot. anziani	% Utenti ADI su anziani con limitazioni	Δ % Utenti ADI/% Anziani con lim. funzionali
ITALIA	13.007.490	2.575.483	19,8	611.871	4,8	23,7	-15.0

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel quinquennio 2009/2013 in Italia gli anziani sono aumentati dell'8,6%, passando da 11.974.530 a 13.007.490. Nello stesso arco temporale sono diminuiti del 21,4% gli anziani che hanno beneficiato del Servizio di Assistenza Domiciliare passando da190.908, l'1,6% della popolazione anziana del 2009, a 149.995, l'1,2% del 2013 (Tabella 10).

A differenza della SAD, nel quinquennio 2009-2013 l'ADI registra un incremento passando dal 3,7% al 4,8% della popolazione anziana (Tabella 11).

Nel 2013 riuscivano ad accedere al servizio ADI solo il 23,7 del totale anziani con limitazioni funzionali (Tabella 12).

VIII. L'INSOSTENIBILITÀ DELL'ATTUALE LAVORO DI CURA INFORMALE

Per lavoro di cura informale si intende l'esternalizzazione a soggetti esterni al perimetro familiare (badanti[11]) l'assistenza degli anziani non autosufficienti presso il loro domicilio. Negli ultimi due decenni le famiglie hanno fatto un ampio ricorso a questa modalità di assistenza malgrado presenti numerose criticità: nero, qualificazione degli operatori, rapporto tra domanda e offerta, ecc.

Ma al di là delle criticità organizzative e sociali, le vere incognite che incombono sulla sostenibilità del sistema sono soprattutto di natura economica.

I costi del welfare informale grava quasi interamente sui bilanci famigliari, visto che a fronte di una spesa di 667 euro al mese, solo il 31,4% riesce a ricevere una qualche forma di contributo pubblico che si configura per i più nell'accompagno (19,9%).

Se complessivamente la spesa che le famiglie sostengono incide per il 29,5% sul reddito famigliare non stupisce che

10. Italia Longeva: La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa – 2017

11. Badanti: rientrano nella più generale categoria dei lavoratori domestici cioè coloro che prestano un'attività lavorativa continuativa per le necessità della vita familiare del datore di lavoro come ad esempio colf, assistenti familiari (badanti) o babysitter, governanti, camerieri, cuochi ecc. Rientrano in questa categoria anche i lavoratori che prestano tali attività presso comunità religiose (conventi, seminari), presso caserme e comandi militari, nonché presso le comunità senza fini di lucro, come orfanotrofi e ricoveri per anziani, il cui fine è prevalentemente assistenziale.

Giardino dell'Ospizio Saint Paul, Van Gogh

la maggioranza di esse (56,4%) non riesca più a farvi fronte e sia corsa ai ripari: il 48,2% ha ridotto i consumi, pur di mantenere il collaboratore; il 20,2% ha intaccato i propri risparmi; addirittura il 2,8% delle famiglie si è dovuta indebitare.

L'irrinunciabilità del servizio (ben l'84,4% dichiara di non poterne fare a meno) sta peraltro portando alcune famiglie (il 15,1%, ma al Nord la percentuale arriva al 20%) a considerare l'ipotesi che un membro della stessa possa rinunciare al lavoro per "prendere il posto" del collaboratore.

Per quanto lo scenario di qui ai prossimi anni appaia gravido di incertezze si stima comunque che l'evoluzione della domanda di "badanti", mantenendo stabile il tasso di utilizzo dei servizi da parte delle famiglie, porterà il numero degli attuali collaboratori da 1 milione 655 mila a 2 milioni 151 nel 2030, determinando un fabbisogno aggiuntivo complessivo di circa 500 mila unità. È questo il dato che emerge dalla ricerca Fondazione CENSIS e ISMU12.

IX. LE CONDIZIONI ABITATIVE: ANZIANI PRIGIONIERI IN CASA PROPRIA

Se la scelta della domiciliarità si nutre di un rapporto forte con l'abitazione in cui l'anziano non autosufficiente ha vissuto parte importante della sua vita, questo, tuttavia, si può rivelare una trappola perché non sempre è garanzia di qualità e sicurezza. Solo per fare un esempio: è del tutto evidente che se l'anziano vive in un'abitazione priva di ascensore, condizione in cui si trova più del 56% delle case di proprietà degli anziani con più di 65 anni, la scelta della domiciliarità si trasforma in una sorta di "stato detentivo".

Il "Secondo rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia" del 2015 di Abitare e Anziani[13] riporta che gli anziani che vivono in abitazioni di proprietà sono quasi 10milioni e non sono case nuove. Il 70% ha più di 50 anni, nel 20% sono ancora più vecchie.

Nel 7% dei casi non c'è l'impianto di riscaldamento, nel 56% di case con anziani in edifici superiori a due piani manca addirittura l'ascensore (Tabelle 13,14,15).

Un indicatore particolarmente significativo della "qualità abitativa" dal punto di vista di persone "fragili" sono i dati ISTAT[14] sugli incidenti domestici. Nel 2014 quasi 700.000

12. CENSIS – ISMU Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera per conto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel corso del 2012.

13. Abitare e Anziani – 2° rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia che vivono in case di proprietà - 2015

14. ISTAT – Report: Gli incidenti domestici - 2014

Tabella 13 - Anziani in abitazioni di proprietà - Valori nazionali al 2011 assoluti e percentuali				
a	b	c	% b/a	% c/b
Tot. anziani	Tot. anziani in ab. in proprietà	Tot. ab. in proprietà con anziani		
12.384.972	9.947.438	7.244.065	80,3	72,8

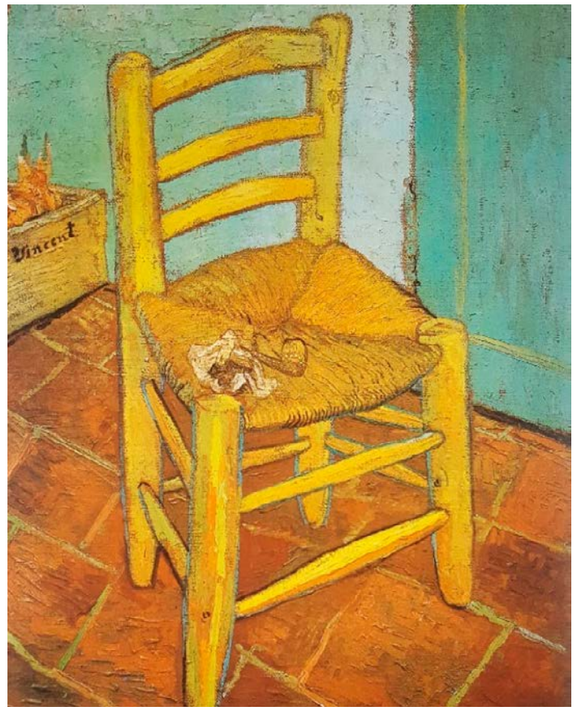
Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tabella 14 - Abitazioni di anziani per epoca di costruzione										
Anni	<1919	19-45	46-62	62- 71	72-81	82-91	92-01	02-11	>2011	Totale
Abitazioni	762.189	651.905	1.153.241	1.715.613	1.474.943	807.452	382.102	176.025	120.595	7.244.065
% su totale	10,5	9	15,9	23,7	20,4	11.1	5,3	2,4	1,7	100

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tabella 15t - Abitazioni di oltre due piani senza ascensore				
	Edifici oltre due piani senza ascensore	Tot. ab. oltre due piani	Tot. ab. con anziani	Tot anziani
Totale nazionale	2.414.994	4.047.498	7.265.021	9.947.438

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT



La sedia di Vincent con la sua pipa, Van Gogh

persone – 11,3 ogni mille – hanno dichiarato di essere rimaste coinvolte in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Si tratta, nel complesso, di 783mila incidenti nei tre mesi, con una media di 1,1 incidenti per persona colpita.

Il fenomeno è chiaramente connotato per genere ed età: le donne, gli anziani e i bambini sono le categorie maggiormente a rischio di incidenti domestici. Il 70,4% di tutti gli incidenti ha come vittima una donna, con un numero di incidenti subìti più che doppio rispetto a quelli che colpiscono gli uomini (551mila incidenti subìti da donne contro 232mila degli uomini). Oltre un terzo degli incidenti (36%) riguarda una persona di 65 anni e più e il 4,5% ha come vittima un bambino sotto i 5 anni

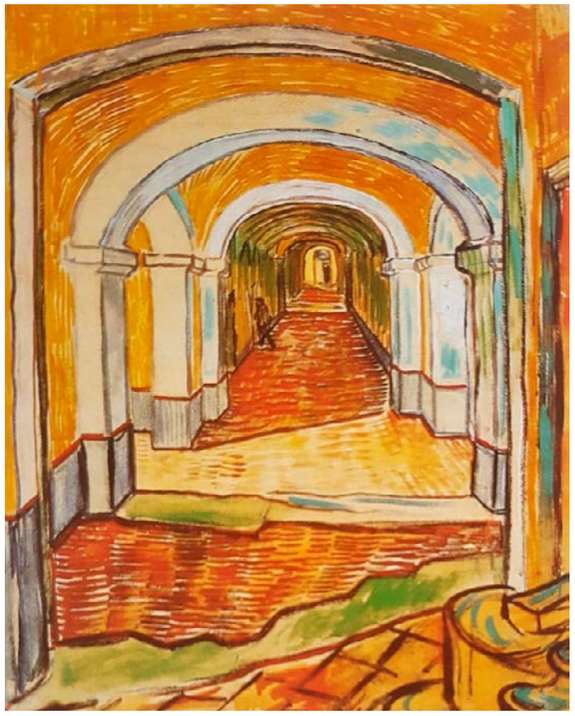
L'assoluta predominanza di cadute tra le donne anziane (rispettivamente 76,1% per la classe di età 65-74 anni e 81% per quella da 75 anni in su) si traduce in una più elevata incidenza di fratture a danno soprattutto degli arti inferiori; viceversa, per gli uomini le lesioni più frequenti sono le ferite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

Donne, anziani e bambini le categorie più a rischio. Cucine, pavimenti e scale i luoghi più rischiosi.

X. LA CONDIZIONE URBANA: LA DIFFICOLTÀ DI ESSERE "CITTADINI"

L'ONU e l'OMS[15], affermano che l'allungamento della vita è la testimonianza del successo dello sviluppo umano

15. OMS – Città a misura di anziani: una guida – In Quaderni di sanità pubblica marzo 2008



Colori dell'ospizio Saint Paul, Van Gogh

durante il secolo passato, in larga misura avvenuto grazie alla affermazione della cultura urbana che ha consentito progressi determinanti negli standard della vita a partire dall'igiene, la sanità, l'alimentazione, l'assistenza.

Se questo è stato vero in passato è discutibile se vale ancora per l'oggi e per il futuro tenendo conto che le nostre città grandi e piccole stanno diventando una sorta di inarrestabili frullatori dei processi sociali, culturali, economici e territoriali che producono pesanti effetti sulla qualità della vita dei cittadini anziani.

La vita per gli anziani nelle città è piuttosto complicata e faticosa: i presidi sanitari e assistenziali sono spesso fuori mano e mal collegati; i negozi sotto casa per generi di prima necessità sono sempre più rari; il trasporto pubblico è inadeguato e rischioso; mancano servizi come bagni pubblici, panchine, ecc.; i marciapiedi e gli attraversamenti stradali sono insicuri e poco agibili; mancano punti di informazione, di assistenza, di ritrovo; le strade poco illuminate e insicure (la velocità media necessaria ad attraversare le strisce pedonali in tutta sicurezza è 1,2 metri al secondo. Peccato però, spiega il dipartimento della Salute inglese, che un anziano pedone riesca a camminare con una andatura compresa tra i 0,7 e i 0,9 metri al secondo). Le città, trafficate e stressanti, non sembrano progettate per gli abitanti anziani, i quali potrebbero preferire quella soluzione che Chris Phillipson, sociologo dell'Università di Manchester, chiama self-imposed house arrested - arresti domiciliari auto-imposti.

Come messo in evidenza nel seminario promosso da Abitare e Anziani[16], le normative nazionali che regolano gli standard urbanistici risalgono al 1968 (D.M. 1444), cioè hanno 50 anni, e le norme sulla abolizione delle barriere architettoniche sono dell'1989 (D.M. 236) cioè 29 anni: inutile sottolineare come in questi decenni sia cambiato il mondo, in particolare per quanto riguarda le problematiche inedite che pone all'organizzazione urbana la crescente componente anziana.

È inoltre necessario tener conto dell'altra faccia della concentrazione urbana. Dal 1971 al 2015 in quasi 2.000 piccoli Comuni la popolazione è diminuita di più del 20% con numerosi casi di vero spopolamento in cui gli abitanti residui sono solo persone anziani prive, in non pochi casi, dei minimi presidi di sussistenza, tanto che il Parlamento ha ritenuto necessaria la Legge n. 158/2027 "Salva borghi" per tentare di contrastare il progressivo abbandono.

Infine, nei Piani di zona di cui all'art.19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", al di là dei numerosi limiti nella loro gestione, c'è anche da rilevare che il riferimento alla dimensione territoriale è di mero carattere generale, quando invece c'è bisogno di una relazione più stretta tra tipologia dei servizi, dislocazione territoriale e luoghi in cui risiede la domanda sociale.

XI. I CONTI DELLA ASSISTENZA DOMICILIARITÀ NON TORNANO.

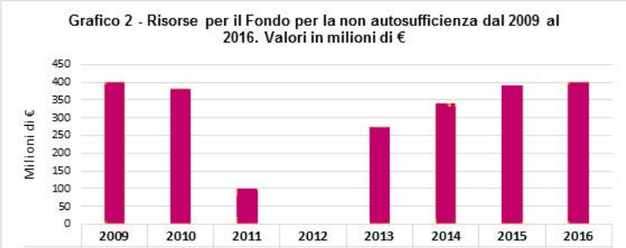
Il rapporto tra le diverse esigenze che si confrontano sul terreno della assistenza degli anziani non autosufficienti si sta dimostrando sempre più insostenibile per gli anziani e le famiglie. Stanno venendo meno, in particolare, quelle condizioni che fino ad ora hanno consentito alle famiglie di sostenere il grosso dell'impegno del lavoro di cura. A non tornare, in particolare, sono le spese in larga misura gravanti sui bilanci familiari già messi a dura prova dalla crisi. Dare risposte credibili a questo problema è la questione prioritaria per una evoluzione positiva della LTC in Italia.

L'assistenza (che per la parte pubblica comprende l'assistenza sociale, mentre quella sociosanitaria è inglobata nelle sanità) è un'area critica. Il suo valore complessivo è di 31,4 miliardi[17], solamente l'1,9% del PIL, del tutto inadeguata a fronte dell'invecchiamento della popolazione e dell'emergere di nuovi bisogni di cura delle persone e di sostegno alle famiglie. La spesa pubblica contribuisce per il 52,4% molto meno che per altri settori. Come è noto, le prestazioni di assistenza sociale sono affidate principalmente alle amministrazioni locali, sempre più in difficoltà a causa della riduzione delle risorse disponibili (Grafico 1,2). Il contributo del welfare occupazionale all'assistenza è tutt'ora minimo: circa 560 milioni. Il

16. Abitare e Anziani – Standard edilizi e urbanistici per l'invecchiamento attivo - 2018

17. Osservatorio sul bilancio del welfare delle famiglie italiane – 2017

Fonte: elaborazione AUSER su dati ISTAT

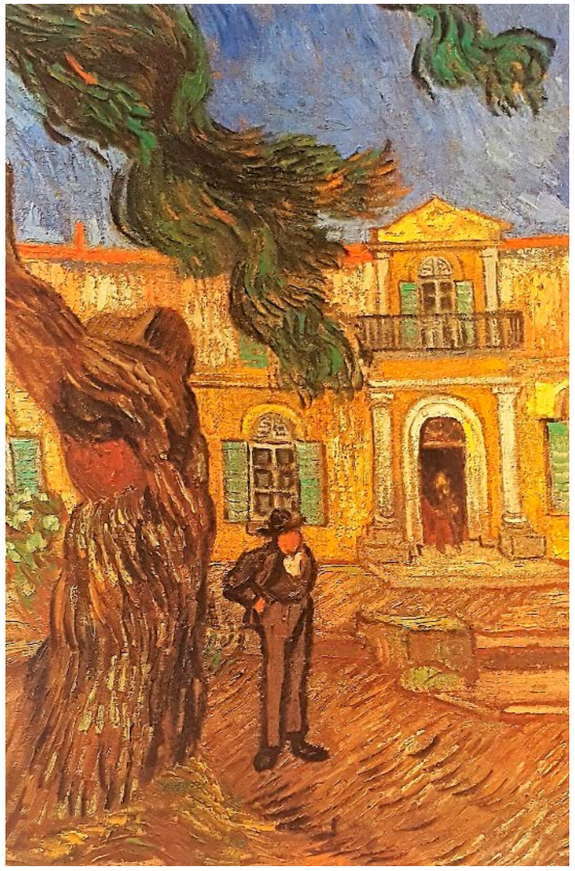


welfare aziendale, recentemente sostenuto da una nuova normativa, in prospettiva può forse essere di aiuto per le famiglie grazie agli incentivi fiscali di cui beneficia e grazie alla capacità che le aziende hanno di aggregare la domanda e organizzare soluzioni efficienti: ma siamo solo agli inizia. Non stupisce dunque che buona parte della spesa per assistenza sia sostenuta direttamente dalle famiglie: 14,4 miliardi, 48,8% del totale[18].

In questo quadro le famiglie si trovano ad affrontare le spese in gran parete da sole e facendo ricorso all'impegno personale deli familiari. Le criticità non consistono solamente nel peso economico che le famiglie devono sostenere, ma anche nell'inadeguatezza dell'offerta: mancano supporti per i cittadini che garantiscono la qualità dei servizi e ne facilitino la reperibilità. La non autosufficienza di un familiare è un evento che cambia gli assetti economici e sociali dei una famiglia. Solamente il 23,8% di coloro che lo hanno affrontato dichiarano di essere stati in grado di coprirne le spese. Ma per pochi di questi (14,3%) il reddito è stato sufficiente. La maggior parte hanno dovuto intaccare i risparmi o ricorrere all'aiuto di amici e parenti. Nella stragrande maggioranza dei casi (76,2%) le famiglie non sono state in grado di provvedere integralmente all'assistenza e hanno dovuto fare delle rinunce: hanno rinunciato ad un maggiore livello di assistenza per la persona da curare (40,4%), oppure a spese sanitarie (26,4%) o hanno ridotto i consumi alimentari (33,2%).

18. In questa voce sono aggregate le spese familiari per la cura residenziale e domiciliare degli anziani, per l'aiuto domestico (le golf) e per la cura a domicilio dei bambini (babysitter).

Le prospettive



Pino e figura davanti all'Ospizio Saint Paul, Van Gogh

I. LA DOMICILIARITÀ COME DIRITTO DELLA PERSONA

L'anzianità non è un mero dato anagrafico: piuttosto è una 'costruzione socialè, nella quale convergono idee, sentimenti e valori. La prima cosa da fare, quindi, è mettere in campo un'idea di invecchiamento come un processo della vita nella sua interezza: di qui la centralità del concetto di 'arco della vita', da cui partire per reimpostare una cultura della persona anziana e una politica sociale integrata, in vista di azioni progettuali al cui centro sia la persona, nel suo divenire

Nello spirito del progetto del sindacato unitario[19] continuare a considerare la domiciliarità, così come oggi avviene, come mero servizio o come prestazione è un approccio quanto meno miope.

La "domiciliarità" va intesa, invece, come quell'insieme di misure, azioni, condizioni che consentono all'anziano/a di vivere più pienamente possibile il proprio ambiente di vita fatto della propria abitazione, ma anche dell'ambiente urbano e comunitario che lo circonda, cioè l'habitat collegato alla sua storia, alla sua esperienza, alla sua cultura, alla sua memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza che lo legano a quei luoghi di ognuno.

In questo senso la persona anziana deve essere messa in con-

19. Proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza del sindacato unitario presentata in Parlamento nel 2006

dizioni di poter rivendicare, qualora lo desideri, una sorta di "diritto alla domiciliarità" creandone le condizioni nel contesto urbano di vita e attivando una rete di risorse e servizi come supporto alla garanzia di domiciliarità nei confronti della persona e della famiglia.

É questo lo spirito che deve animare una domiciliarità coerente con una politica a favore dell'invecchiamento attivo incardinata nella "Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine"

II. ESSENZIALE E URGENTE IL PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Sta maturando la consapevolezza che né le varie unità d'offerta sociosanitarie, né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nella loro casa. Modalità nuove e più efficaci per supportare la domiciliarità, quindi, non possono limitarsi né ai servizi domiciliari né, tantomeno, a una mera esternalizzazione del servizio di cura (le badanti), ma devono esplorare prospettive più ampie. Questo rende essenziale il Piano nazionale per la domiciliarità rivendicato unitariamente da anni dalle Confederazioni sindacali con la presentazione al Parlamento nel 2006 delle firme raccolte per la Proposta di legge di iniziativa popolare.

Il Piano consentirà di inquadrare il welfare domiciliare nel quadro più complessivo della qualità delle condizioni in cui vivono le persone anziane non autosufficienti a partire dalla qualità delle loro abitazioni, che motiva il senso stesso della domiciliarità, e della adeguatezza del sistema dei servizi di vicinato: in altri termini quelle condizioni che consentono la realizzazione di un welfare di prossimità condiviso e partecipato.

La previsione nel Decreto legislativo in merito alle "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" di un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze[20] introduce una novità importante a condizione, ovviamente, che non diventi un mero piano di ripartizione delle risorse e che venga, invece, colto come l'occasione per una riflessione complessiva.

20. Comma 6c dell'art. 21 del Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"

Testo della proposta di legge sulla non autosufficienza promossa dai sindacati dei pensionati CGIL, CISL E UIL - 2005

ARTICOLO 1
FINALITÀ

1. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, e nel rispetto degli articoli 117 e 119 della Costituzione, la presente legge, al fine di incrementare il sistema di prevenzione, contrasto e riabilitazione dei processi di non autosufficienza e per il sostegno ed il benessere delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie, determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da erogarsi nei casi di non autosufficienza, definisce i principi per la loro garanzia attraverso il Piano per la non autosufficienza, istituisce il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

2. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e servizi di cui alla presente legge i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico approvato con decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

ARTICOLO 2
DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E PIANO INDIVIDUALIZZATO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

1. Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) e dell'Ics e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

2. La valutazione multidimensionale è effettuata nell'ambito del distretto da apposite unità puri professionali appartenenti ai servizi sociosanitari, composte da medici specialisti nelle discipline cliniche oggetto della disabilità, da personale sanitario dell'area infermieristica e della riabilitazione e da assistenti sociali designati dai Comuni, nonché dal medico di medicina generale della persona da valutare.

3. Per la valutazione della non autosufficienza le Unità di cui al precedente comma si avvalgono di strumenti e metodologie validati e uniformi su tutto il territorio nazionale e idonei alla misurazione del grado di autonomia funzionale, quale risultante delle condizioni organiche delle patologie cronico-degenerative e di comorbilità e dei loro esiti, delle condizioni psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali ai fini dello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana, della cura di sé e dell'uso degli strumenti e mezzi di comunicazione.

4. Le fasce della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità;

- incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;

- incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi ed al governo della casa;

- incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana, alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e instabilità clinica.

5. A favore della persona non autosufficiente viene predisposto dall'Unità pluriprofessionale un Piano individualizzato di assistenza (Pia) che stabilisce le prestazioni di cura, di riabilitazione, di assistenza personale, di aiuto nel governo della casa e, qualora necessarie, misure di sostegno al reddito personale. Nella redazione del Pia sono coinvolti i familiari e, qualora richiesto dall'interessato, un esperto indicato dalle organizzazioni sindacali o dagli organismi di tutela dei cittadini. La realizzazione del Pia è monitorata da un operatore del servizio con funzioni di responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, i suoi familiari e le risorse ambientali, al fine di valorizzare e utilizzare tutte le risorse idonee a migliorare le condizioni delle persone non autosufficienti.

6. I criteri e le modalità di attuazione del presente articolo sono disciplinate e periodicamente aggiornate nell'ambito del Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

ARTICOLO 3

LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI E DIRITTI ESIGIBILI

1. I livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali per le persone non autosufficienti (Lesna) che devono essere parte integrante dei livelli essenziali sociali da definire ai sensi degli articoli 18, comma 3 e 22 della legge 8 novembre 2000 n. 328 ed i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza e sono a carico del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

2. I Lesna garantiscono su tutto il territorio nazionale l'esigibilità dei seguenti diritti:

a) informazione e consulenza sulla rete di prestazioni offerte per la non autosufficienza e accesso unificato ai servizi sociosanitari, nonché misure di pronto intervento;

b) valutazione multidimensionale individuale;

c) Piano individualizzato di assistenza (Pia) e accompagnamento nel percorso assistenziale stabilito;

d) prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ricovero di sollievo) nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale, familiare e sociale.

3. Per assicurare in ambito sociale gli interventi di cui al comma 2, sono definiti i seguenti livelli essenziali delle prestazioni:

a) assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare;

b) aiuto domestico familiare, ivi compreso quello a sostegno delle cure prestate dai familiari;

c) assistenza economica;

d) adeguamento e miglioramento delle condizioni abitative ai fini di una miglior fruizione dell'abitazione;

e) sostegno alla mobilità.

4. Le prestazioni garantite dai Lesna non sono sostitutive di quelle sanitarie, si integrano con le stesse ed in particolare con quelle indicate nell'allegato c del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, e concorrono alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata sociosanitaria, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 e successive modificazioni ed integrazioni. I livelli essenziali sanitari e sociosanitari, erogati con continuità temporale e senza restrizioni per le persone non autosufficienti, si integrano con le prestazioni garantite dai Lesna. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 2, comma 6, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come sostituito dall'articolo 2 del decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

5. Le Regioni possono stabilire ulteriori e più elevati livelli essenziali, assumendosene l'onere finanziario.

ARTICOLO 4

COORDINAMENTO DELLE MISURE ECONOMICHE EROGATE DALLO STATO NEI LESNA

1. Per le persone riconosciute non autosufficienti ai sensi della presente legge, nei livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza (Lesna), si affiancano e si coordinano anche le misure di carattere economico erogate dallo Stato alle persone con invalidità, sordomutismo e cecità, di cui alle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, 11 febbraio 1980, n. 18, ed ai decreti legislativi 21 novembre 1988, n. 508, e 23 novembre 1988, n. 509. Fatti salvi i benefici in atto e i diritti maturati fino all'entrata in vigore del Piano di cui all'articolo 5, la concessione delle prestazioni economiche di cui al primo comma, a decorrere dalla data dallo stesso prevista, è effettuata all'interno della valutazione delle condizioni psico-fisiche del richiedente, con le modalità indicate all'articolo 2.

2. Le prestazioni economiche di cui al presente articolo sono erogate anche nel caso in cui la persona non autosufficiente sia ospitata in strutture semiresidenziali e residenziali non riabilitative, prevedendo l'utilizzo degli emolumenti economici percepiti, come concorso ai costi della tariffa alberghiera, ferma restando l'attribuzione alla persona non autosufficiente di una somma non inferiore al 25% dell'assegno sociale di cui all'articolo 3 della legge 8 agosto 1995

n. 335, e successive modificazioni ed integrazioni.

ARTICOLO 5
PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

1. La definizione, le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei Lesna, le priorità di intervento, le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi per la non autosufficienza, gli indicatori ed i parametri per la verifica della realizzazione dei livelli essenziali e della utilizzazione delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza approvato con le procedure di cui all'articolo 18 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

2. Il primo Piano è approvato entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Il sistema informativo dei Servizi sociali di cui all'articolo 21 della legge 8 novembre 2000, n. 328, integrato con i dati del Servizio informativo sanitario e della spesa sociale degli Enti locali per la non autosufficienza, provvede al monitoraggio annuale dello Stato dell'erogazione dei Lesna, del loro grado di efficienza ed efficacia, dei risultati conseguiti anche rispetto al contenimento della spesa ospedaliera impropria secondo le modalità ed i criteri del monitoraggio stabiliti con il Piano nazionale di cui al presente articolo.

4. Le iniziative collegate all'affermazione di nuovi stili di vita, volti a rallentare il decadimento psichico e fisico e a mantenere attivi interessi culturali e mobilità nelle persone non autosufficienti, sono promossi sulla base di programmi nazionali e regionali d'intesa con le organizzazioni sociali e di tutela dei cittadini.

ARTICOLO 6
SOGGETTI EROGATORI

1. Ai livelli essenziali provvedono i Comuni e il Servizio sanitario, in forma diretta o accreditata, secondo le rispettive competenze, come disciplinate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"; alle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), provvede lo Stato. Nelle forme di accreditamento è riservato un ruolo primario alle organizzazioni di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

2. I livelli essenziali di cui all'articolo 3, comma 2, lettera d), ove sia carente l'offerta dei servizi da parte dei soggetti di cui al precedente comma, possono essere erogati anche secondo le indicazioni previste dell'articolo 17 della legge 8 novembre 2000, n. 328. L'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettere a), b), d), può avvenire anche attraverso persone singole, in possesso di adeguata qualificazione, o comunque disponibili a percorsi formativi di base. I criteri e le modalità di attuazione del presente comma sono stabiliti, nel rispetto delle competenze delle Regioni e delle province autonome, dal Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

ARTICOLO 7
ESIGIBILITÀ DEI DIRITTI

1. Le persone non autosufficienti come sopra definite e, per quanto di competenza, le rispettive famiglie, hanno diritto alle prestazioni incluse nei Lesna anche su richiesta della persona interessata o di chi la rappresenta. In caso di inadempimento da parte del competente ente è ammesso ricorso in via giurisdizionale. Gli interessati possono essere assistiti in giudizio dagli istituti di patronato, dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato.

ARTICOLO 8
FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

1. Per l'attuazione della presente legge è istituito, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il "Fondo nazionale per la non autosufficienza", di seguito denominato "Fondo".

2. Il Fondo persegue, con i criteri previsti dal Piano nazionale per la non autosufficienza, le seguenti finalità in favore delle persone non autosufficienti:

a) attuazione dei livelli essenziali di cui agli articoli 3 e 4;

b) potenziamento dei servizi, delle prestazioni e degli interventi socioassistenziali;

c) finanziamento dei titoli per la fruizione di prestazioni sociali;

d) sostegno delle famiglie, ivi compresi quello economico e la copertura previdenziale dei familiari addetti all'assistenza della persona non autosufficiente, e riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche attraverso servizi di sollievo ed agevolazioni tariffarie;

e) erogazione delle risorse necessarie per il pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in strutture residenziali o di ricorso ad altre strutture anche a carattere diurno;

f) assistenza economica, ivi compresa l'erogazione degli assegni ed indennità di cui all'articolo 4, comma 1.

3. Alla programmazione ed erogazione dei servizi, prestazioni ed interventi di cui al comma precedente provvedono i soggetti titolari in base alle leggi delle rispettive Regioni e Province autonome ed alle indicazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e dei rispettivi Piani regionali.

4. Restano ferme le competenze del Servizio sanitario nazionale e le modalità di finanziamento in materia di preven-

zione, di cura e di riabilitazione con continuità temporale e senza restrizioni per le persone individuate come non autosufficienti.

ARTICOLO 9

FINANZIAMENTO DEL FONDO

1. Il finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza è a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 3.

2. Al Fondo affluiscono altresì le somme derivanti:

a) dalle risorse destinate all'erogazione ai soggetti beneficiari degli assegni ed indennità di cui all'articolo 4, comma 1;

b) dai contributi di solidarietà di cui all'articolo 1, comma 350, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, calcolato ai fini dell'Ire sui redditi di importo superiore ad euro 100.000 annui;

c) dall'importo dei premi non riscossi del gioco del lotto e delle lotterie nazionali;

d) dai finanziamenti derivanti da programmi europei;

e) da donazioni di soggetti privati, comprese le fondazioni ex-bancarie; su tali donazioni si applicano i benefici fiscali vigenti in favore delle Onlus;

f) dal recupero di entrate conseguenti all'emersione del lavoro irregolare derivante dall'applicazione dell'articolo 6, comma 2;

g) dal recupero dell'evasione fiscale.

3. La ripartizione fra le Regioni delle risorse del Fondo è effettuata, entro il 31 dicembre di ogni anno, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e finanze, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari. La ripartizione viene effettuata, secondo i criteri contenuti nel medesimo decreto, sulla base di indicatori riferiti alla percentuale di persone non autosufficienti sulla popolazione di riferimento e degli altri indicatori e criteri previsti ai fini della ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali e tenendo conto della realtà dei territori meno sviluppati e dei risultati del monitoraggio di cui all'articolo 5.

ARTICOLO 10

FONDI INTEGRATIVI REGIONALI

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire Fondi regionali ed interprovinciali integrativi per la non autosufficienza al fine di integrare le risorse finanziarie disponibili e di erogare prestazioni, interventi e servizi integrativi od ulteriori rispetto a quelli assicurati attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Tabella 16 - Stili di vita e salute delle persone anziane in un flash nel 2015

Indicatore	Anno	Valore %	Var. % sul 2005
Persone di 65-74 anni in buona salute (variazione sull'anno 2009)	2015	40,2	+8,9
Persone di 65-74 anni con almeno una malattia cronica	2015	74,8	-0,9
Persone di 65-74 anni che svolgono attività fisica con continuità	2015	11,2	+60,0
Persone di 65-74 che dichiarano di aver consumato farmaci nei due giorni precedenti l'intervista	2015	75,8	+8,8
Persone di 65-74 in sovrappeso	2014	46,5	+0,2
Persone di 65-74 che consumano alcolici fuori pasto (variazione sull'anno 2006)	2014	17,5	=
Persone di 65-74 anni che fumano	2014	12,7	-0,8
Persone di 65-74 anni che consumano 5 o più porzioni al giorno di verdure, ortaggi o frutta	2014	5,2	+6,1

Fonte: Istat ≠anziani

III. LA BUONA LONGEVITÀ SI COSTRUISCE NEL TEMPO

La *Carta Europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani*[21] se assunta nei suoi contenuti programmatici è ricca di implicazioni. In particolare, dal punto di vista della prevenzione delle limitazioni funzionali con l'avanzare dell'età, significa intervenire attivamente su quella complessa interazione di concause, operanti nel presente e/o eredità di stili di vita passati, che concorrono nel favorire o danneggiare la salute (fattori economici, sociali, culturali, politici, ambientali, comportamentali e biologici).

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. Non esiste, tuttavia, un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza. 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 (Tabella 16). 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.

IV. RICONOSCERE IL LAVORO DI CURA FAMILIARE

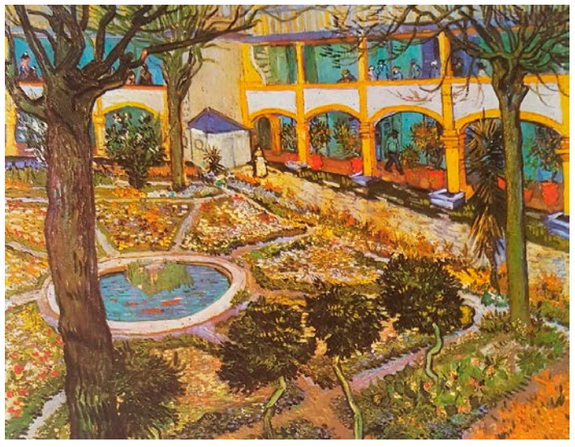
Il riconoscimento del lavoro di cura familiare, per lo più garantito dalla presenza femminile, non è più solo il riconoscimento di una funzione sociali fondamentale e di elementari diritti del lavoro, ma è sempre più una stringente necessità sociale a fronte della prevedibile crescente domanda. "Tutte le ricerche comparative – sostiene Chiara Saraceno22 - segnalano che, a differenza dei paesi in cui vi sono politiche pubbliche per la non autosufficienza orientate prevalentemente a offrire servizi, in Italia i famigliari delle persone non autosufficienti – per lo più donne, come mogli, figlie, nuore – non si occupano solo degli aspetti relazionali e organizzativi, ma soprattutto della cura diretta, materiale, ogni giorno, spesso per mesi e anni, riducendo anche la partecipazione al mercato del lavoro. L'assegno di accompagnamento può servire a integrare il reddito o a pagare qualche ora ad una badante, ma non basta a sollevare dalla responsabilità delle prestazioni quotidiane di cura e tantomeno garantisce che questa sia appropriata. D'altra parte, la disponibilità di servizi domiciliari o diurni è molto variabile da un comune all'altro. Lo stesso vale per gli

21. Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine – 2010

22. Chiara Saraceno - Non autosufficienza. L'indennità di accompagnamento non basta - Ti con zero 2017

assegni di cura, offerti in base a criteri spesso eterogenei in alcune regioni e comuni. In generale, solo chi ha un reddito elevato può permettersi di acquistare servizi che sollevino dalla cura materiale".

Primi segni di cambiamento, ma inadeguati, sono contenuti nell'articolo della Legge di stabilità 2018 che introduce nel nostro Paese il "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare". L'iniziativa, pur significativa in quanto per la prima volta segna l'emergere di una attenzione nuova verso un problema ad oggi ignorato, è comunque un primo timido passo in un cammino decisamente lungo verso il riconoscimento di diritti fondamentali per i caregiver.



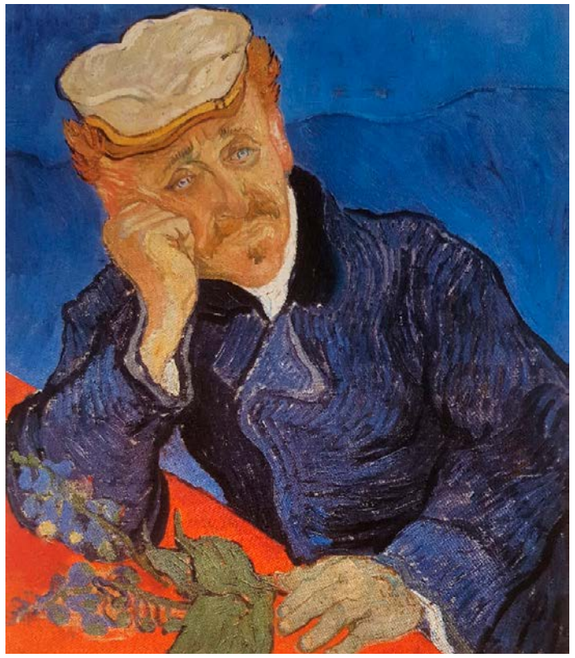
Il giardino dell'ospedale di Arles, Van Gogh

V. PENSARE PER RETI DI SERVIZI DI PROSSIMITÀ

Colmare gli squilibri territoriali creando un sistema di servizi prossimità per la domiciliarità a livello di territorio/quartiere in grado di garantire all'anziano una continuità di cura adeguata alle sue condizioni, evitando che venga sottoposto a costrizioni o discontinuità traumatiche per il suo equilibrio psico-fisico.

Assumere come obiettivo il funzionamento della rete di relazioni significa prendere in considerazione tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaria, rionale o amicale, sino a spingersi verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio.

Questo comporta acquisire le indispensabili conoscenza circa le diverse situazioni e problematiche particolari che caratterizzano la popolazione anziana nei specifici contesti regionali e/o locali. Il livello di integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria, le tipologie alternative di gestione dei servizi, le modalità di integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi pubblici, le conseguenze



Ritratto del Dott. Gachet con ramo di digitale, Van Gogh

a lungo termine delle contribuzioni economiche dirette in seno alla famiglia, la distribuzione territoriale dei presidi sanitari e per l'assistenza sono solo alcuni degli aspetti che possono contribuire alla costruzione della "rete" e di cui sarebbe grave sottovalutare l'importanza ai fini degli effetti sull'anziano, sulla famiglia e sul sistema di welfare stesso.

Le azioni prioritarie per la realizzazione della rete sono:

- superare la babele;
- integrare i Livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza (LESNA) con
- i Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- dare continuità al sistema residenzialità / domiciliarità;
- assicurare presidi di servizi di cura intermedia;
- istituire la figura del "case manager – gestore del caso"

VI. IL LAVORO DI CURA FONTE DI BUONA OCCUPAZIONE, SE ORGANIZZATO.

Stando all'andamento di tutti gli indicatori nei prossimi anni assisteremo ad una sicura e progressiva crescita della domanda di lavoro per la cura degli anziani tanto in ambito pubblico, quanto nel lavoro privato e del terzo settore:

- la popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura che passerà dai circa 2.5 milioni valutati dall'ISTAT ne 2013, ai circa 3,5 - 3,9 milioni nel 2045 secondo lo scenario intermedio;
- l'Oldest Support Ratio (rapporto tra le classi di età comprese tra 40 e 65 anni e quella superiore ai 65 anni) per il 2016, 2025, 2045 e 2065 dice che il rapporto passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di

età compresa tra 40 e 65 anni per ogni persone con età superiore ai 65 anni, ad un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grossomodo si conferma anche nel 2065.

Già da questi due indicatori, aumento degli anziani con difficoltà funzionale nell'ordine di 1,5 milioni e riduzione del lavoro di cura familiare di circa la metà dell'attuale, si può desumere con una certa attendibilità che la domanda di lavoro di cura aggiuntivo si aggirerà intorno a circa un milione.

- A conferma, prendendo a riferimento il numero delle lavoratrici e lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari, se ne ricava che dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, passando dal 26% dei lavoratori domestici nel 2009 al 42,4%, con un incremento del 46,1%. Certo la crisi ha toccato anche questo settore: rendendolo ancora più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. L'INPS calcola comunque che ogni 28 famiglie vi sia un lavoratore domestico, anche se il CENSIS nel 2010 ne quantifica una ogni dieci, facendo emergere dallo studio che vi siano 1.538.000 domestici che prestano il loro lavoro in 2.412.000 famiglie.
- Un quarto indicatore è il lavoro pubblico impegnato nell'ambito dei presidi sociosanitari. Qui ricaviamo, secondo l'ISTAT, che nel 2013 il personale impegnato ammonta a 362.499 lavoratori di cui 308125 retribuiti e 54.374 volontari, rispettivamente 85 e 15%. Nel 2009 il totale passa a 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%. Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è di 1,14: praticamente 1 a 1.
- Se rapportiamo, infine, i 384.450 posti letto presenti nei presidi, 6,3 ogni 1.000 persone residenti, a numero dei principali paesi OCSE 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), ne deriviamo una necessità di adeguamento di circa più 111.000 a 500.000 per allineare il nostro Paese al valore medio OCSE. Considerando che l'attuale rapporto lavoro/posti letto è di uno/uno, anche qui ci troviamo di fronte a una crescente domanda di lavoro dell'ordine di 100-500 mila posti di lavoro.
- Queste previsioni devono indurre i diversi soggetti impegnati nel settore dell'assistenza domiciliare alla non autosufficienza (pubblici, privati e del terzo settore) a fare uno sforzo straordinario di organizzare l'offerta di lavoro in modo molto più efficiente, efficace, trasparente e affidabile di quanto non sia oggi. Non è pensabile che le famiglie debbano affrontare la eventuale prospettiva della non autosufficienza ricorrendo ancora al "badantato" che, se pur utile per una fase, continua comunque a caratterizzarsi per poca trasparenza, bassa qualificazione, precarietà, affidabilità.

VII. QUALIFICARE LA CONDIZIONE ABITATIVA

- Una domiciliarità rivolta al futuro non può non fare della condizione abitativa in cui vivono milioni di anziani il suo punto di partenza. 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"[23] 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

Le cose su cui intervenire dovrebbero riguardare diversi ambiti:

- stabilizzare le misure di sostegno alle ristrutturazioni del patrimonio immobiliare privato condizionandolo al rispetto di standard di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana;
- aggiornare la normativa su standard e barriere adeguandoli alla nuova domanda sociale; aggiornare il quadro tecnico normativo (edilizio: agibilità e sicurezza; tecnologico: ascensori, domotica);

La camera di vincent a Arles, Van Gogh

- sostenere le esperienze innovative e le buone pratiche come la badante di condominio, la coabitazione solidale;
- impegnare i detentori di quote di patrimonio "pubblico" in programmi di riqualificazione.

VIII. L'INVECCHIAMENTO ATTIVO COME "VALORE URBANO GENERALE"

A conclusione dell'editoriale della guida dell'OMS "Global Age-friendly Cities"[24] 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

23. Anziani e Casa nell'unione Europea - Osservatorio Europeo del Social Housing - CECODHAS – RESEARCH BRIEFING - Anno 1/Num. speciale aprile 2008.

24. Global Age-friendly Cities: a Guide - World Health Organization 2007

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".

Si tratta, in altre parole, di assumere l'obiettivo dell'invecchiamento attivo come "valore urbano generale" rispetto a cui valutare la qualità delle politiche, sapendo che così facendo si viene incontro ai bisogni dell'intere popolazione urbana.

Le linee di azioni prioritarie per politiche urbane per la non autosufficienza.

- Piani dei servizi sociali integrati con attività civili di prossimità
- adeguamento degli standard urbanistici;
- adeguamento degli standard urbanistici;
- adeguamento della normativa sulle barriere architettoniche;
- rete di prossimità dei servizi socioassistenziali;
- tipologie abitative per la residenzialità leggera;
- smart city e servizi di tecnoassistenza;
- trasformare la casa da costo a fonte di reddito;
- istituire gli sportelli "Anziani abitare sicuri" un luogo dove gli anziani e i loro famigliari possono trovare risposte su tutte le problematiche che riguardano la casa e l'abitare.

IX. MAGGIORI RISORSE PER LA DOMICILIARITÀ

Garantire un flusso di risorse adeguato a dare risposte alla crescente domanda di servizi per la non autosufficienza e per l'invecchiamento attivo più in generale, è l'unica prospettiva che potrà consentire di valorizzare la risorsa "anziani" e contrastare l'idea che la LTC possa essere ridotta sempre più a mera erogazione di singole prestazioni e sempre meno a prendersi carico complessivamente della persona. Non tener conto di questa esigenza produrrà nel tempo un triplo danno: insicurezza per l'anziano, impoverimento delle famiglie e, al dunque, indebitamento pubblico.

La situazione è ben fotografata dalla dichiarazione del Presidente dell'INPS nell'ambito della presentazione della ricerca AUSER del 2017 "Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo". Dice Boeri: "La spesa per la non autosufficienza tenderà ad aumentare fortemente nei prossimi anni - ha spiegato Boeri - passando dall'attuale 1,9 per cento del Pil al 3,2 per cento da qui al 2060". Per questo, per il Presidente dell'Inps, occorre "trovare più risorse per un intervento pubblico sulla non autosufficienza. Oggi noi diamo alle famiglie in condizione di povertà e di bisogno un'assistenza del tutto insufficiente: i 512 euro al mese per 12 mesi per l'indennità di accompagnamento non sono certamente sufficienti per una famiglia con bassi livelli di reddito per sostenere i problemi della non autosufficienza.

L'ospedale di Arles, Van Gogh

La non autosufficienza è un problema che deve essere affrontato per tempo".

Come rispondere a questa necessità è il principale interrogativo.

Da più parti – in Italia e non solo – come messo in evidenza da Cristiano Gori nel 6°Rapporto sulla non autosufficienza[25] "la strada per uscire dalla stretta tra vincoli di bilancio e pressioni demografiche viene individuata nello sviluppo di fondi privati. Questi ultimi si articolano in varie tipologie, che spaziano da forme di assicurazione collettiva (le principali, delle quali beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo), ad assicurazioni di natura individuale. Il dibattito scientifico internazionale, tuttavia, ha mostrato – in maniera univoca – che non si può trovare qui la principale risposta alla crescente domanda di assistenza". Ed ancora, prosegue Gori (citando lo studio Ocse "Health Economics, 2011) "I fondi assicurativi privati hanno alcune potenzialità, ma paiono destinati a rimanere prodotti di nicchia"

Dunque, secondo Gori ma anche secondo l'OCSE, non ci si può aspettare che i fondi possano raggiungere la parte maggioritaria della popolazione, anche mettendo in campo tutti i possibili incentivi (a partire dalle agevolazioni fiscali): non a caso non avviene in nessun paese occidentale: compresi quelli dove ci investe da più tempo. E dove avviene tendono a coprire perlopiù alcuni tra i segmenti della società che già versano nelle migliori condizioni socioeconomiche.

Ne consegue che la principale risposta al crescente bisogno di LTC non può che provenire da un adeguato finanziamento pubblico.

Sempre secondo Cristiano Gori "Per quanto questo costituisca un obiettivo evidentemente complicato, bisogna accettare il fatto che non esistono alternative. D'altra parte, poiché l'impegno pubblico potrà comunque coprire una quota circoscritta dei bisogni, è necessario costruire un mix di finanziamenti ben congegnato con le risorse private".

25. Introduzione "L'età dell'incertezza" in "L'assistenza agli anziani non autosufficienti" – 6° rapporto 2018

La strada da seguire è dunque quella di una strategia impostata su una combinazione di risorse agendo su diversi fronti:

- razionalizzando la spesa pubblica per la domiciliarità (la babele) in termini di efficacia, efficienza e trasparenza;
- facendo del Fondo per la non autosufficienza un volano adeguato, in consistenza e tempi, a costruire une politica per la LTC a 360°. In questo ambito andrà prestata attenzione alla modulazione degli interventi pubblici, come indicato anche dal Presidente dell'INPS, capace di tenere meglio in considerazione condizioni e possibilità degli utenti, ad esempio con riferimento a indennità di accompagnamento e spese di cura;
- sostenendo forme di risparmio che contribuiscano ad affrontare il rischio di futura non autosufficienza, a partire dai fondi assicurativi (individuali e/o collettivi;
- sviluppando le opportunità che offrono tanto il welfare contrattuale, quanto quello aziendali;
- Impegnando risorse delle amministrazioni territoriali per attrezzare il territorio con servizi di prossimità per l domiciliarità, eliminare le diverse forme di barriere, adeguare gli ambienti di vita dei non autosufficienti.
- Valorizzando le disponibilità economiche degli anziani, sovente dotati di reddito contenuti ma di significativi patrimoni (soprattutto casa ed altri beni immobili.

Lista di controllo per gli spazi all'aria aperta e gli edifici a misura di anziano da "Città a misura di anziano: una Guida della OMS"

AMBIENTE

• La città è pulita, con regole esecutive che limitano i livelli del rumore e gli odori molesti o dannosi nei luoghi pubblici.

SPAZI VERDI E PASSAGGI PEDONALI

• Esistono spazi verdi ben mantenuti e sicuri, con adeguate zone riparate, servizi con gabinetti e panchine facilmente **accessibili.**

• I percorsi favorevoli ai pedoni sono liberi da ostacoli, hanno superficie regolare, sono attrezzati con bagni pubblici e sono facilmente **accessibili.**

SEDILI ALL'ARIA APERTA

• Sono disponibili sedili e panchine all'aria aperta, specialmente nei parchi, alle fermate dei trasporti pubblici e negli spazi pubblici, sistemati a intervalli regolari; i posti a sedere sono ben mantenuti e controllati per assicurare l'accesso in sicurezza a tutti.

PAVIMENTAZIONE

• I lastricati sono ben mantenuti, lisci, pianeggianti, non scivolosi e ampi abbastanza da far passare sedie a rotelle, con marciapiedi abbassati che gradualmente si assottigliano verso la strada.

• I marciapiedi sono liberi da ogni ostacolo (ad es. venditori ambulanti, automobili parcheggiate, alberi, escrementi di cani, neve) e i pedoni hanno la priorità di utilizzo.

STRADE

• Le strade posseggono attraversamenti pedonali adeguati, non scivolosi, regolarmente distanziati che garantiscano il sicuro attraversamento della strada.

• Le strade sono dotate di strutture fisiche ben progettate e sistemate in modo appropriato, come isole pedonali, cavalcavia e sottopassaggi, onde facilitare ai pedoni l'attraversamento delle strade trafficate.

• Le luci dei semafori per i pedoni devono permettere un tempo sufficiente di attraversamento stradale per le persone anziane e devono avere segnali sia visivi che acustici.

TRAFFICO

• Le norme e i regolamenti relativi al traffico vengono applicati rigorosamente, e gli automobilisti danno la precedenza ai pedoni.

PISTE CICLABILI

• Esistono piste ciclabili separate per i ciclisti.

SICUREZZA

• La sicurezza pubblica in tutti gli spazi all'aria aperta e negli

edifici rappresenta una priorità ed è favorita, per esempio, da misure atte a ridurre il rischio di disastri naturali, da una buona illuminazione stradale, dalla presenza di pattuglie della polizia, dal rispetto della legge e dal sostegno alle iniziative a favore della sicurezza della comunità e degli individui.

SERVIZI

• I servizi sono raggruppati e situati in prossimità dei luoghi di domicilio delle persone anziane; e sono facilmente **accessibili** (ad es. al pianterreno degli edifici).

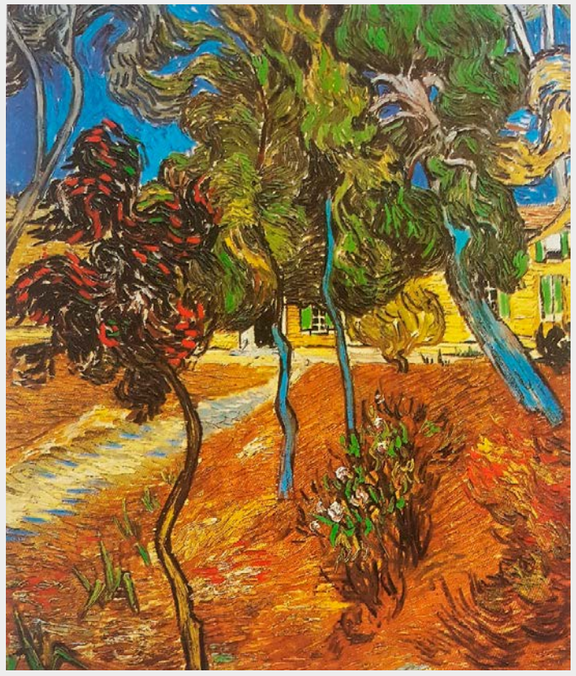
• Esistono degli speciali accordi di servizio per la clientela a favore delle persone anziane, come le file separate o le casse di servizio in loro favore.

EDIFICI

• Gli edifici sono **accessibili** e possiedono le seguenti caratteristiche: ascensori; rampe; segnaletica adeguata; ringhiere sulle scale; scale che non sono troppo alte o ripide; pavimenti non scivolosi; aree di riposo con comodi sedili; numero sufficiente di bagni pubblici.

BAGNI PUBBLICI

• I bagni pubblici sono puliti, in buone condizioni, facilmente **accessibili** per le persone diversamente abili, con chiare indicazioni e situati in luoghi convenienti.



Alberi nel parco dell'ospizio Saint Paul, Van Gogh

LISTA DI CONTROLLO PER IL TRASPORTO A MISURA DI ANZIANO

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

• Il trasporto pubblico è sostenibile economicamente da tutte le persone anziane.

• Le tariffe di trasporto sono regolari e affisse in modo visibile.

AFFIDABILITÀ E FREQUENZA

• Il trasporto pubblico è affidabile e frequente (compresi i servizi notturni e durante i fine settimana).

DESTINAZIONI DEL VIAGGIO

• Il trasporto pubblico è disponibile per le persone anziane affinché possano raggiungere destinazioni chiave, come ospedali, centri sanitari, parchi pubblici, centri commerciali, banche e centri per anziani.

• Tutte le aree usufruiscono di buoni servizi, con linee di trasporto adeguate e ben connesse all'interno della città (compresi i dintorni) e tra le città site nelle vicinanze.

• Le diverse linee di trasporto sono ben connesse tra di loro.

VEICOLI A MISURA DI ANZIANO

• I veicoli sono accessibili, con il pianale abbassabile, con scalino basso e con sedili ampi e alti.

• I veicoli sono puliti e sono soggetti a una buona manutenzione.

• I veicoli hanno indicazioni chiare che mostrano il numero della linea e la destinazione.

SERVIZI SPECIALIZZATI

• Sono disponibili in numero sufficiente servizi di trasporto specializzati per le persone disabili.

POSTI A SEDERE RISERVATI

• Dei posti a sedere sono riservati alle persone anziane, e vengono rispettati dagli altri passeggeri.

CONDUCENTI DEI TRASPORTI

• I conducenti sono cortesi, rispettano il codice della strada, si fermano alle fermate stabilite per il mezzo di trasporto, attendono che i passeggeri si mettano a sedere prima di ripartire e si arrestano vicino al marciapiede in modo che alle persone anziane risulti più facile scendere dal veicolo.

SICUREZZA E COMODITÀ

• Il trasporto pubblico è sicuro da azioni criminali e non è superaffollato.

FERMATE E STAZIONI

• Le fermate stabilite del mezzo di trasporto sono situate in stretta vicinanza con il posto ove vivono le persone anziane, sono fornite di sedili e di tettoie contro il maltempo, sono pulite, sicure e adeguatamente illuminate.

• Le stazioni sono accessibili, attrezzate con rampe, scale mobili, ascensori, piattaforme appropriate, bagni pubblici

e indicazioni leggibili e opportunamente sistemate.

• Le fermate e le stazioni hanno accesso facile e sono situate convenientemente.

• Gli impiegati delle stazioni sono cortesi e pronti ad aiutare.

INFORMAZIONI

• Alle persone anziane sono fornite informazioni su come usare il trasporto pubblico e sulla gamma delle alternative di trasporto disponibili.

• Gli orari sono leggibili e di facile accesso.

• Gli orari indicano chiaramente le linee degli autobus accessibili alle persone disabili.

TRASPORTI DELLA COMUNITÀ

• I servizi di trasporto della comunità, compresi i conducenti volontari e i servizi di navetta, sono disponibili per condurre le persone anziane a specifici eventi e luoghi.

TAXI

• Il costo dei taxi è sostenibile, con tariffe scontate o sovvenzionate a disposizione delle persone anziane con reddito basso.

• I taxi sono comodi e accessibili, con spazio per le sedie a rotelle e/o per apparecchi per deambulazione.

• I conducenti dei taxi sono cortesi e pronti ad aiutare.

STRADE

• Le strade sono ben mantenute, ampie e bene illuminate, hanno sistemi di snellimento del traffico appropriatamente progettati e sistemati, posseggono segnali stradali e semafori alle intersezioni, con incroci chiaramente segnalati, con punti di scolo delle acque coperti e hanno indicazioni chiare, ben visibili e idoneamente sistemate.

• Il flusso del traffico è regolato bene.

• Le strade sono prive di ostacoli che potrebbero disturbare la visione dei conducenti.

• Le norme stradali sono applicate rigorosamente e i conducenti sono stati educati a rispettarle.

CAPACITÀ DI GUIDA

• Vengono organizzati e promossi corsi di aggiornamento per conducenti.

PARCHEGGIO

• Sono disponibili parcheggi a costi sostenibili.

• Parcheggi riservati alle persone anziane sono situati in vicinanza di edifici e di fermate dei mezzi di trasporto.

• Sono disponibili parcheggi riservati alle persone disabili in vicinanza di edifici e di fermate dei mezzi di trasporto; l'utilizzo di tali spazi viene monitorato.

• Sono disponibili zone per far scendere e salire persone anziane e portatori di handicap dai mezzi di trasporto in vicinanza di edifici e di fermate dei mezzi di trasporti.

LISTA DI CONTROLLO PER GLI ALLOGGI A MISURA DI ANZIANO

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

• Alloggi economicamente sostenibili sono disponibili per tutte le persone anziane.

SERVIZI ESSENZIALI

• Sono forniti servizi essenziali sostenibili da tutti.

DESIGN

• Gli alloggi sono costruiti con materiali appropriati e sono bene strutturati.

• Vi è spazio sufficiente per permettere i movimenti delle persone anziane.

• Gli alloggi sono giustamente equipaggiati in modo da soddisfare le condizioni ambientali (ad. es. aria condizionata e riscaldamento appropriati).

• L'alloggio è adattato per le persone anziane, con superfici pianeggianti, passaggi abbastanza ampi per le sedie a rotelle e bagni, gabinetti e cucine progettati in modo appropriato.

MODIFICHE

• L'alloggio è modificato secondo le necessità delle persone anziane.

• Le modifiche dell'alloggio sono sostenibili economicamente.

• Il materiale per le modifiche dell'alloggio si trova facilmente.

• Viene fornita assistenza finanziaria per le modifiche dell'alloggio.

• Esiste una soddisfacente conoscenza di come l'alloggio può essere modificato per soddisfare le necessità della persona anziana.

MANUTENZIONE

• I servizi di manutenzione sono sostenibili

economicamente dalla persona anziana.

• Esistono fornitori di servizi debitamente qualificati e affidabili per intraprendere il lavoro di manutenzione.

• Vengono mantenuti in buone condizioni gli alloggi pubblici, le abitazioni affittate e le aree in comune.

INVECCHIARE "A CASA PROPRIA"

• L'alloggio è situato in vicinanza dei servizi e delle attrezzature.

• Sono forniti servizi sostenibili economicamente per permettere alle persone anziane di rimanere a casa, e "invecchiare a casa".

• Le persone anziane sono bene informate circa i servizi disponibili che consentono loro di invecchiare a casa propria.

INTEGRAZIONE NELLA COMUNITÀ

• Il design degli alloggi facilita l'integrazione continua delle persone anziane nella comunità.

ALTERNATIVE ABITATIVE

• Nel quartiere è disponibile per le persone anziane, comprese quelle più deboli e disabili, un'ampia gamma di alternative abitative appropriate e sostenibili.

• Le persone anziane sono bene informate delle alternative disponibili.

• Nel quartiere sono forniti alloggi sufficienti e sostenibili specifici per le persone anziane.

• Esiste una gamma di servizi, attrattive e attività appropriati nelle strutture abitative delle

persone anziane.

• Gli alloggi delle persone anziane sono integrati nella comunità circostante.

AMBIENTE DI VITA

• Gli alloggi non sono sovraffollati.

• Le persone anziane sono a proprio agio nel loro ambiente abitativo.

• Gli alloggi non sono situati in zone esposte a calamità naturali.

• Le persone anziane si sentono sicure nell'ambiente nel quale vivono.

• Viene fornita assistenza finanziaria per l'attuazione di misure di sicurezza negli alloggi.

LISTA DI CONTROLLO DELLA PARTECIPAZIONE SOCIALE A MISURA DI ANZIANO

ACCESSIBILITÀ DEGLI EVENTI E DELLE ATTIVITÀ

• La sede è conveniente per le persone anziane trovandosi nelle loro vicinanze, con trasporti sostenibili e flessibili.

• Le persone anziane possono partecipare insieme con un amico o con un addetto all'assistenza.

• Gli orari degli eventi durante il giorno sono convenienti per le persone anziane.

• L'iscrizione all'evento è libera (ad es. non è richiesta appartenenza ad associazioni) e l'ammissione, come il pagamento di un biglietto d'ingresso, è un processo rapido, in un unico posto, che non richiede alle persone anziane di fare file per un lungo tempo.

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

• Gli eventi, le attività e le attrazioni locali sono sostenibili dai partecipanti anziani, senza alcun costo nascosto o aggiuntivo (come il costo del trasporto).

• Le organizzazioni di volontariato sono supportate dai settori sia pubblico che privato per mantenere il costo delle attività sostenibile per le persone anziane.

GAMMA DEGLI EVENTI E DELLE ATTIVITÀ

• È disponibile un'ampia varietà di attività per attrarre diverse popolazioni di persone anziane, ciascuna delle quali ha numerosi interessi potenziali.

• Le attività della comunità incoraggiano la partecipazione di persone di diverse età e origini culturali.

ATTREZZATURE E STRUTTURE

• Le riunioni, comprendenti le persone anziane, si tengono in varie sedi della comunità, come i centri ricreativi, le

Giardino dell'Ospizio Saint Paul, Van Gogh

scuole, le librerie, i centri della comunità nei quartieri residenziali, i parchi e i giardini.

• Le attrezzature sono accessibili ed equipaggiate in modo da permettere la partecipazione di persone disabili o di persone bisognose di assistenza.

PROMOZIONE E INFORMAZIONE DELLE ATTIVITÀ

• Le attività e gli eventi vengono bene pubblicizzati a favore delle persone anziane, con informazioni su attività, accessibilità e alternative di trasporto.

AFFRONTARE L'ISOLAMENTO

• Vengono inviati inviti personali per promuovere le attività e incoraggiare la partecipazione.

• È facile assistere agli eventi e non sono necessarie particolari capacità (compreso l'alfabetismo).

• Un membro di un club, che non partecipa più alle attività, viene mantenuto sulle liste della corrispondenza e del telefono a meno che il membro stesso non chieda di venire cancellato.

• L'organizzazione si sforza di attrarre gli anziani isolati attraverso, per esempio, visite o chiamate telefoniche personali.

FAVORIRE L'INTEGRAZIONE SOCIALE

• Le infrastrutture locali promuovono l'uso in comune e con scopi multipli da parte di persone di età e interessi diversi e favoriscono l'interazione tra i gruppi di utenti.

• Le sedi locali delle riunioni e le attività promuovono la familiarità e gli scambi tra i residenti del quartiere.

LISTA DI CONTROLLO PER IL RISPETTO E L'INCLUSIONE SOCIALE A FAVORE DEGLI ANZIANI

SERVIZI RISPETTOSI E PER TUTTI

• Le persone anziane vengono consultate dai servizi pubblici, di volontariato e commerciali sui modi con i quali possono essere servite meglio.

• I servizi pubblici e commerciali forniscono servizi e prodotti adatti alle necessità e alle preferenze delle persone anziane.

• I servizi posseggono personale utile e cortese, addestrato a soddisfare le persone anziane.

IMMAGINI PUBBLICHE DELL'INVECCHIAMENTO

• I media includono le persone anziane nell'immaginario pubblico, presentandolo in modo positivo e senza stereotipi.

INTERAZIONI INTERGENERAZIONALI E FAMILIARI

• Strutture, attività ed eventi per l'intera comunità attraggono persone di tutte le età tenendo conto delle necessità e delle preferenze specifiche per le varie età.

• Le persone anziane sono incluse specificamente nelle attività della comunità a favore delle "famiglie".

• Vengono regolarmente svolte attività che riuniscono generazioni diverse per reciproco piacere e arricchimento.

EDUCAZIONE PUBBLICA

• I programmi delle scuole primarie e secondarie comprendono corsi sull'invecchiamento e sugli anziani.

• Le persone anziane sono coinvolte attivamente e regolarmente nelle attività scolastiche locali insieme con gli studenti e gli insegnanti.

• Alle persone anziane vengono fornite occasioni per condividere la loro conoscenza, storia e competenza con le altre generazioni.

INCLUSIONE NELLA COMUNITÀ

• Le persone anziane vengono incluse come partner a pieno titolo nelle delibere decisionali della comunità che sono di interesse per gli anziani.

• Le persone anziane sono riconosciute dalla comunità per il loro contributo, sia passato che presente.

• L'azione della comunità rivolta a rafforzare i legami e il sostegno tra vicini comprende l'inclusione dei residenti più anziani in qualità di confidenti, consiglieri, esecutori e beneficiari.

INCLUSIONE ECONOMICA

• Le persone anziane svantaggiate dal punto di vista economico hanno accesso ai servizi e agli eventi pubblici, sia di volontariato che privati.

LISTA DI CONTROLLO RELATIVA A PARTECIPAZIONE CIVICA E IMPIEGO

OPPORTUNITÀ DI VOLONTARIATO

• Esiste una gamma di attività a cui i volontari anziani possono partecipare.

• Le organizzazioni di volontariato sono ben sviluppate, con infrastrutture, programmi di addestramento e forza lavoro volontaria.

• Le competenze e gli interessi dei volontari vengono confrontati con i posti disponibili (ad es. registri o database).

• I volontari sono supportati nel loro lavoro, per esempio tramite il trasporto gratuito oppure il rimborso dei costi di parcheggio.

OPPORTUNITÀ DI IMPIEGO

• Esiste una vasta gamma di opportunità di lavoro per le persone anziane.

• La politica e la legislazione prevengono la discriminazione in base all'età.

• Il pensionamento è una scelta, non un obbligo.

• Esistono occasioni flessibili, con alternative di part-time o di impiego stagionale per le persone anziane.

• Esistono programmi e agenzie per l'impiego delle persone anziane.

• Le organizzazioni dei lavoratori (ad es. sindacati) sostengono le alternative flessibili, come il lavoro part-time o di volontariato, per permettere una maggiore partecipazione da parte dei lavoratori anziani.

• I datori di lavoro sono incoraggiati ad assumere e a trattenere i lavoratori anziani.

ADDESTRAMENTO

• Ai lavoratori anziani viene fornito l'addestramento sulle opportunità post-pensionamento.

• Per i lavoratori anziani sono disponibili occasioni di ulteriore addestramento, come il tirocinio nelle nuove tecnologie.

• Le organizzazioni di volontariato forniscono l'addestramento per accedere ai loro posti.

ACCESSIBILITÀ

• Le opportunità per lavori volontari o remunerati sono pubblicizzate e promosse.

• Viene reso disponibile il trasporto al posto di lavoro.

• I luoghi di lavoro sono adattati in modo da conformarsi alle necessità delle persone disabili.

• Non vi sono spese per il lavoratore che partecipa a un lavoro remunerato o volontario.

• Vi è supporto in favore delle organizzazioni (ad es. finanziamenti o costi assicurativi ridotti) riguardo al reclutamento, addestramento e proroga occupazionale dei volontari anziani.

PARTECIPAZIONE CIVICA

• Le persone anziane fanno parte delle assemblee consultive, dei comitati direttivi delle organizzazioni eccetera.

• Le persone anziane che vogliono partecipare alle riunioni e agli eventi civici possono beneficiare di un supporto, come posti a sedere riservati, aiuto per le persone disabili, apparecchi per coloro che hanno difficoltà d'udito e trasporti.

• Le politiche, i programmi e i piani per le persone anziane sono elaborati anche con i contributi degli stessi anziani.

• Viene incoraggiata la partecipazione delle persone anziane.

VALORIZZAZIONE DEL CONTRIBUTO

• Le persone anziane sono rispettate e i loro contributi apprezzati.

• I datori di lavoro e le organizzazioni sono sensibili alle necessità dei lavoratori anziani.

• Fra i datori di lavoro vengono pubblicizzati i vantaggi dell'assunzione di lavoratori anziani.

IMPRENDITORIALITÀ

• Vi è supporto per gli imprenditori anziani e per le opportunità di lavoro autonomo (ad es. mercati per la vendita di prodotti agricoli e oggetti artigianali, addestramento per piccoli esercizi commerciali e micro-finanziamenti per i lavoratori anziani).

• Le informazioni per il supporto degli esercizi di piccole dimensioni e su base casalinga sono presentate in formato adatto ai lavoratori anziani.

INTROITI

• I lavoratori anziani vengono remunerati equamente per il loro lavoro.

• I volontari ricevono il rimborso delle spese sostenute nel loro lavoro.

• I guadagni dei lavoratori anziani non vengono dedotti dalle pensioni e dalle altre forme di sostegno economico a cui essi hanno diritto.

LISTA DI CONTROLLO SULLA COMUNICAZIONE E SULL'INFORMAZIONE A MISURA DI ANZIANO

OFFERTA DI INFORMAZIONI

• Un sistema elementare, universale di comunicazione basato sui media stampati e trasmessi e sul telefono

raggiunge ogni residente.

• Una distribuzione regolare e affidabile di informazioni è assicurata dal governo o dalle organizzazioni di volontariato.

• L'informazione viene diffusa capillarmente onde raggiungere le persone anziane nelle loro case e nei luoghi dove esse svolgono le solite attività della vita di ogni giorno.

• La diffusione dell'informazione è coordinata da un servizio accessibile della comunità che sia bene pubblicizzato – un centro "unificato" per l'informazione.

• Informazioni regolari e programmi di trasmissioni d'interesse per le persone anziane sono offerti nei media sia generali che specializzati.

COMUNICAZIONE ORALE

• Gli anziani preferiscono la comunicazione orale accessibile, per esempio attraverso riunioni pubbliche, centri della comunità, club e media radiotelevisivi, nonché attraverso persone responsabili che diffondono le notizie individualmente.

• Le persone a rischio di isolamento sociale ottengono informazioni tramite individui affidabili con i quali possono interagire, come i volontari a cui si rivolgono o che fanno visite, gli addetti al sostegno domiciliare, i parrucchieri, i portinai e gli addetti all'assistenza.

• Gli addetti agli uffici pubblici e al commercio forniscono, su richiesta, servizi in via amichevole, da persona a persona.

INFORMAZIONI STAMPATE

• Le informazioni stampate – compresi i moduli ufficiali, i sottotitoli televisivi e i testi su schermi visivi – sono scritte a grandi lettere e le idee principali vengono evidenziate con titoli chiari e in grassetto.

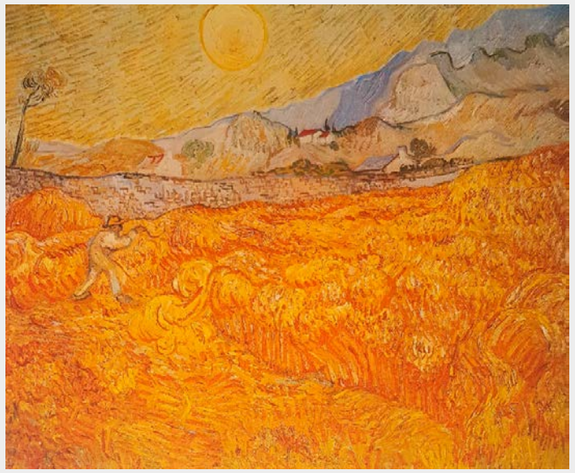
LINGUAGGIO SEMPLICE

• Le comunicazioni sia scritte che orali utilizzano parole semplici, familiari e frasi chiare.

COMUNICAZIONE E DISPOSITIVI AUTOMATIZZATI

• I servizi di risposta telefonica forniscono istruzioni lentamente e chiaramente e informano chi chiama come riascoltare il messaggio in ogni momento.

• Gli utenti possono scegliere se parlare con una persona reale oppure lasciare un messaggio a un incaricato che li richiamerà in seguito.



Campi dietro l'ospizio Saint Paul, Van Gogh

• I dispositivi elettronici, come i telefoni cellulari, le radio, le televisioni e i distributori delle

banche e per i biglietti, possiedono tasti e caratteri di grandi dimensioni.

• Il quadro di comando degli apparecchi delle banche, delle poste e di altri servizi è bene illuminato e può essere raggiunto da persone di differenti stature.

COMPUTER E INTERNET

• Vi sono numerosi accessi pubblici ai computer e a Internet, gratuiti o a costo minimo, nei luoghi pubblici, come gli uffici governativi, i centri della comunità e le librerie.

• Sono facilmente disponibili apposite istruzioni e assistenza individuale per gli utenti.

LISTA DI CONTROLLO RELATIVA ALLA COMUNITÀ E AI SERVIZI SANITARI A MISURA DI ANZIANO

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

• I servizi sanitari e sociali sono ben distribuiti in tutta la città, sono situati convenientemente in più siti e possono essere raggiunti con rapidità da tutti i mezzi di trasporto.

• Le strutture assistenziali residenziali, come gli ospizi e gli istituti di ricovero, sono situati in prossimità dei servizi e delle zone residenziali cosicché i residenti rimangono integrati nella comunità in senso ampio.

• Le strutture dei servizi sono costruite in modo sicuro e sono del tutto accessibili alle persone disabili.

• Informazioni chiare e accessibili sono fornite in merito ai servizi sanitari e sociali in favore delle persone anziane.

• L'erogazione dei servizi individuali è coordinata e comporta una burocrazia ridotta al minimo.

• Il personale amministrativo e quello dei servizi trattano le persone anziane con rispetto e sensibilità.

• Le barriere economiche che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari e ai servizi di supporto della comunità sono ridotte al minimo.

• L'accesso ai siti cimiteriali è adeguato.

OFFERTA DI SERVIZI

• Viene offerta un'adeguata gamma di servizi sanitari e di supporto da parte della comunità al fine di promuovere, mantenere e ristabilire la salute.

• Vengono offerti servizi assistenziali domiciliari che comprendono servizi sanitari, assistenza personale e assistenza per i lavori domestici.

• I servizi sanitari e quelli sociali offerti rispondono alle necessità e alle preoccupazioni delle persone anziane.

• I fornitori incaricati dei servizi posseggono la competenza e l'addestramento appropriati per comunicare con le persone anziane e per servirle in maniera efficace.

SUPPORTO VOLONTARIO

• I volontari di ogni età sono incoraggiati e sostenuti al fine di assistere le persone anziane in una vasta gamma di situazioni pertinenti alla salute e alla comunità.

PROGRAMMAZIONE E ASSISTENZA D'EMERGENZA

• La programmazione dalle situazioni di emergenza comprende le persone anziane e tiene in considerazione le loro necessità e capacità sia di prepararsi in vista delle emergenze sia di rispondere a esse.

LE RUBRICHE/1

a cura di **Fabio Piccolino**

GOVERNO E ISTITUZIONI ▶

L'ITALIA È IL SECONDO PAESE PIÙ VECCHIO AL MONDO

Secondo gli ultimi dati Istat, in Italia ci sono 168,7 anziani ogni 100 giovani, L'Italia è il secondo paese più vecchio al mondo dopo il Giappone. Per il terzo anno consecutivo il numero delle morti supera quello delle nascite. I dati, aggiornati al primo gennaio, ci dicono che per il nono anno consecutivo le nascite sono in calo e che i residenti in Italia sono 60,5 milioni.Dal 2015 il nostro Paese è entrato in una fase di declino demografico. Al primo gennaio 2018 si stima che la popolazione ammonti a 60,5 milioni di residenti, con un'incidenza della popolazione straniera dell'8,4% (5,6 milioni). La popolazione totale diminuisce per il terzo anno di fila di quasi 100mila persone rispetto all'anno precedente. Contemporaneamente, si accentua l'invecchiamento della popolazione, nonostante la presenza degli stranieri, che hanno un'età media più bassa degli italiani e una fecondità più elevata. Nel 2017 si è registrato un nuovo minimo storico per le nascite: sono nati 464mila bambini, il 2% in meno del 2016.

SICUREZZA E DEGRADO DELLE PERIFERIE, LA SOLUZIONE È LA "RIGENERAZIONE URBANA"

La Camera dei deputati ha istituito nella XVII legislatura una Commissione d'inchiesta per verificare le condizioni di sicurezza e di degrado delle città ed in particolare delle periferie urbane. La relazione conclusiva, presentata nel dicembre del 2017, ha individuato come strategia di fondo per risolvere il problema quello della rigenerazione urbana, ossia l'insieme dei "programmi complessi che privilegiano l'intervento in comprensori già costruiti al fine di rendere vivibile e sostenibile lo spazio urbano, di soddisfare la domanda abitativa e di servizi, di accrescere l'occupazione e migliorare la struttura produttiva metropolitana, di rassicurare la maggior parte della popolazione che risiede proprio nelle aree periferiche". Per accrescere la vivibilità dei quartieri periferici e la sicurezza dei cittadini, la relazione ha indicato inoltre alcune iniziative come l'utilizzo di tutte le forme di sicurezza passiva, attraverso le tecnologie appropriate; l'integrazione delle politiche per la sicurezza a piani di lotta al degrado; la promozione di politiche attive di assistenza sociale, anche attraverso il volontariato, e di lavoro. Il tutto nell'ottica di un integrale ripensamento delle politiche urbane che preveda il coordinamento delle diverse responsabilità istituzionali per ripensare i programmi di intervento.

180 MILIONI CONTRO LE BARRIERE ARCHITETTONICHE

La Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 15 febbraio, ha dato parere positivo alla bozza di decreto interministeriale che rifinanzia per 180 milioni di euro il fondo della legge 13/1989 per interventi di abbattimento delle barriere architettoniche in edifici privati, fondo che era a secco di risorse dal lontano 2003.

ARRIVA LA BADANTE DI QUARTIERE

Nei condomini, soprattutto nelle città più grandi, si sta diffondendo una nuova figura professionale, quella della "badante di condominio", molto utile negli edifici dove siano presenti diversi anziani che non possono avere l'opportunità di essere seguiti.

A Mestre la figura è inserita nel progetto finanziato da Comune e Regione di 65 alloggi per anziani che vivranno fianco a fianco, però, anche con studenti e giovani coppie. Nel welfare che verrà ci sono anche il co-housing smart per anziani, fra robotica e lavanderia in comune a Treviso e la possibilità di «adottare un nonno» o di reinserire i senza fissa dimora nella vita attiva.

A Milano l'infermiere di condominio, presente nei Municipi 6 e 7 dal 2015, è diventato una figura di riferimento per tantissimi cittadini. Proprio per questo la cooperativa Nuovi Orizzonti ha deciso di estendere il progetto anche nel Municipio 2. Questi infermieri così speciali offrono aiuto e assistenza non solo ai malati, ma anche a chi ha bisogno di supporto. Per esempio alle neo mamme, alle quali spiegano come iniziare l'allattamento, o ai parenti dei pazienti, che possono imparare a eseguire alcune medicazioni.

In Toscana è stato attivato un numero verde a cui in due anni sono arrivate 40mila telefonate, 11mila visite domiciliari, 8.500 buoni lavoro attivati del valore di 300 euro (soprattutto per i parenti degli anziani assistiti), 25 soggetti terzi settore coinvolti, 3,6 milioni di risorse. Il progetto "Pronto badante" è stato attivato due anni fa dall'assessorato al welfare della Regione Toscana per migliorare l'assistenza domestica agli anziani non autosufficienti e per aiutare le famiglie che si trovano in difficoltà.

L'EMILIA ROMAGNA PROMUOVE IL COHOUSING

In Emilia Romagna, dove la popolazione over-65 ha superato il milione e gli ultra 75enni rappresentano oltre il 23% del totale dei residenti, l'esigenza di realizzare soluzioni abitative in grado di garantire autonomia, coesione sociale e buona qualità della vita diventa sempre più impellente.

In via Barozzi 7, ha sede la palazzina in cui è nato il cohousing "L'Oasi". Rivolto a persone adulte con disabilità, spesso senza sostegni famigliari o seguite dai servizi sociali, il progetto è nato dalla collaborazione tra Azienda Usl di Bologna, Asp Città di Bologna, Comune e Aias (Associazione italiana assistenza spastici).

Con simili intenzioni sta nascendo a Genova un progetto ambizioso intorno alla parrocchia di San Torpete: una cittadella degli anziani. Che non sia l'ennesima struttura para-sanitaria, ma un complesso di quaranta appartamenti autonomi, aperto all'esterno, dove convivano un centro diagnostico e spazi di incontro e socialità, una piscina terapeutica accessibile anche al pubblico, un ristorante, una scuola materna per un dialogo tra generazioni. Il progetto è stato messo a punto da un gruppo di cittadini e volontari all'interno dell'associazione Ludovica Robotti-San Torpete, coordinati da Manuela Cappello, ex assessora della giunta Vincenzi, ora libera professionista nei settori dell'edilizia e dell'efficienza energetica.

L'obiettivo è trovare partner e sponsor privati per finanziare il progetto. Che, altrove, già funziona: il modello, infatti, è all'interno del Centro geriatrico polifunzionale San Pietro di Monza, gestito dalla cooperativa "La Meridiana", che ha appena inaugurato "Il Paese ritrovato", il primo villaggio in Italia dedicato alla cura di persone con forme di demenza e affette dalla sindrome di Alzheimer.

TRASFERIMENTO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ OVER-65, LA POSIZIONE DELLE REGIONI

Il tema dell'eventuale trasferimento delle persone con disabilità che abbiano raggiunto i 65 anni dalle strutture dedicate ai disabili a quelle per anziani è stato affrontato dalla Regione Emilia-Romagna e discusso anche attraverso il confronto con le parti sociali.

Non esiste nessuna norma che preveda l'obbligo di trasferimento, un principio che la Regione ha ribadito anche nella Delibera sul Dopo di noi (Dgr 733/2017) in cui a pagina 14 si legge: "Al compimento del 65esimo anno di età le persone con disabilità, beneficiari delle misure a valere sul fondo della legge 112/2016 dovranno continuare a beneficiarne in continuità con il loro progetto di vita. I comuni e Ausl dovranno dunque assicurare continuità di intervento, evitando revisioni del progetto individuale basate esclusivamente sul criterio anagrafico, quali il trasferimento in strutture per anziani al compimento del 65esimo anno di età".

Anche l'assessorato alle politiche sociali della Regione Toscana ha affrontato il tema, deliberando che le persone che hanno raggiunto i 65 anno possono continuare a vivere presso le strutture residenziali o semiresidenziali per disabili. Secondo l'assessore Stefania Saccardi "spostarsi nelle strutture per anziani potrebbe essere psicologicamente traumatico e peggiorativo delle condizioni di vita".

In Veneto è stato approvato un protocollo sperimentale per mantenere le persone over 65 nelle strutture per disabili, evitando il trasferimento in comunità per anziani. La novità dovrebbe partire in via sperimentale per un anno.

In Sicilia invece è "de-regulation": in mancanza di una precisa regolamentazione in materia, ogni realtà opera infatti in maniera diversa. Secondo gli ultimi dati resi noti dal Coresam, il coordinamento regionale salute mentale,

LE RUBRICHE/2

a cura di **Fabio Piccolino**

ORGANIZZAZIONI SOCIALI

nell'Isola ci sono 250 comunità alloggio dedicate al disagio mentale, che forniscono assistenza a circa 2.500 persone in condizione di disabilità mentale, con una ricaduta di quasi 2 mila posti di lavoro.

MONZA, IL VILLAGGIO SU MISURA PER I MALATI DI ALZHEIMER

Si chiama «Il paese ritrovato» il villaggio inaugurato a Monza e dedicato alle persone affette dal morbo di Alzheimer. Le case hanno le facciate dai colori vivaci: giallo, rosso, verde, anche a righe orizzontali. I percorsi per raggiungere il minimarket, il parrucchiere, il teatro o la sala cinema sono ben segnalati sul selciato con pietre dalle tonalità diverse che individuano il sagrato della piccola chiesa e un gioco degli scacchi nell'area dell'animazione. Nel villaggio ogni dettaglio è stato studiato per aiutare le persone a ritrovare la strada di casa senza timore e orientarsi all'interno del paese di 14 mila metri quadrati realizzato in poco più di un anno in via Casanova, non lontano dalla Villa Reale voluta da Maria Teresa d'Austria per il figlio Ferdinando.

VIOLENZE NELLE CASE DI RIPOSO, L'EMILIA ROMAGNA VARA LA "WHITE LIST"

Dopo una serie di gravi episodi emersi grazie alle denunce partite da parenti e operatori del settore e alle indagini avviate dalle forze dell'ordine, in Emilia Romagna Regione e Sindacati dei pensionati intervengono per porre un freno ai casi di maltrattamenti agli anziani ospiti in strutture residenziali.

L'obiettivo è la creazione di un albo regionale, visibile e consultabile dai cittadini, a cui le strutture di accoglienza per gli anziani potranno volontariamente decidere di iscriversi.

Per entrare a farne parte dovranno però sottoporsi a una serie di controlli aggiuntivi e regolamenti che danno un'ulteriore garanzia di qualità. Il modello ricalca l'esempio della "white list" di imprese contro le infiltrazioni mafiose nell'ambito della ricostruzione post-sisma istituita presso le Prefetture della regione.

I requisiti che le strutture residenziali per anziani dovranno avere, così come una serie di impegni che dovranno assumere per entrare a far parte di questa lista, sono già stati individuati. Entro qualche settimana, previo accordo sindacale, una specifica delibera della Giunta regionale metterà nero su bianco tutte le novità.

FIRENZE, SUNIA ATTIVA L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PRESSO IL SINDACATO

Presso il Sunia di Firenze sarà possibile trovare dei professionisti preparati a svolgere l'attività di assistenza per la nomina di un amministratore di sostegno nonché per tutte le altre necessità legate a tale istituto: personale pronto ad informare e fornire tutte le necessarie modalità per attivarsi ed ottenere la necessaria tutela.

Un servizio utile soprattutto per persone in difficoltà come anziano infermi, che non riescono più a gestire le quotidiane faccende burocratiche (come pagare le bollette e gestire la sua pensione), persone con disabilità, o persone colpite da ictus o malati terminali che non riescono ad amministrare le loro attività. In tutti questi casi, l'amministratore di sostegno è la scelta giusta: è infatti colui che potrà sostituirci oppure assisterci, facendo solamente ciò che è stabilito dal giudice, fin nei minimi dettagli "come un vestito su misura".

IL PROGETTO "ABITARE SOLIDALE" ARRIVA NELLE MARCHE

Il progetto nasce dall'esperienza di Auser Abitare solidale Firenze, che in questi anni ha avviato molti progetti di coabitazione sociale e si avvale della collaborazione di un' equipe multidisciplinare, composta da professionisti e personale volontario, che opera in stretta sinergia con gli operatori dei servizi sociali comunali e/o Asl e di tutte le realtà partner, in una logica di integrazione funzionale di competenze e che monitora tutte le fasi del progetto. Il progetto indirizza la sua azione alla promozione di una cultura solidale e alla progettazione di coabitazioni private solidali e di servizi più strutturati. Il servizio è stato attivato anche a Osimo (AN), promosso da Auser Marche, Auser Abitare Solidale Firenze, in collaborazione con UniCredit Foundation (attraverso le risorse del bando vinto nel 2016), Auser Volontariato Osimo, Comune di Osimo e Ambito territoriale 13, Caritas, Avulss, Donne e Giustizia, Il Campanile, Casa di Riposo Buttari.

SPI: SERVE UNA LEGGE NAZIONALE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il segretario generale dello Spi-Cgil Ivan Pedretti interviene sulla normativa sulla non-autosufficienza. "Serve una legge nazionale sulla non autosufficienza e servono soprattutto le risorse necessarie per affrontare quella che a tutti gli effetti sta diventando un'emergenza. Solleciteremo la politica a darci delle risposte. Ce ne è un assoluto bisogno e faremo ogni sforzo possibile per raggiungere l'obiettivo. E se non dovessero ascoltarci alzeremo la voce, ci faremo sentire e daremo a questa battaglia la massima priorità, se sarà necessario anche scendendo in piazza". Lo scrive il segretario generale dello Spi Cgil, Ivan Pedretti, sul suo profilo facebook.

"Con Fnp-Cisl e Uilp-Uil - continua Pedretti - stiamo lavorando ad una proposta comune da presentare alla politica, al futuro Parlamento, ai Comuni e alle Regioni. Non è una questione tra addetti ai lavori e non possiamo permetterci di sottovalutarla. In ballo c'è la vita di milioni di persone anziane e delle loro famiglie, che si trovano a dover affrontare la condizione di non autosufficienza rischiando spesso di finire in forti difficoltà e in povertà".

"CONOSCERSI A TAVOLA", IL CIBO PER CONTRASTARE LA SOLITUDINE E IMPARARE COSE NUOVE

Coinvolgere persone a rischio di esclusione sociale in attività di apprendimento e socializzazione sul tema dell'alimentazione. È l'obiettivo di "Conoscersi a tavola", il progetto di Auser nazionale finanziato dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che coinvolge 8 regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana e Umbria). L'iniziativa è rivolta a persone con basso livello di istruzione e basso reddito che, per le particolari condizioni in cui vivono, possono essere a rischio di isolamento. Anziani in primis, ma non solo: i destinatari possono essere anche persone sole o in condizioni di difficoltà.

BELLUNO, I RISULTATI DELLA COLLABORAZIONE TRA SINDACATO E ENTI LOCALI

Più welfare, aiuti concreti ai cittadini, abbassamento delle tasse comunali, sostegno economico alle famiglie con disabili, risorse ai centri antiviolenza. Sono solo alcuni dei risultati raggiunti a Belluno dai sindacati, in dialogo con gli enti locali.

Per la prima volta in Italia un folto gruppo di amministrazioni comunali chiederanno a tutti i cittadini di sostenere il Centro antiviolenza donne della provincia, l'unico, a rischio chiusura. La cifra è simbolica, 10 centesimi ad abitante. Ma, a conti fatti, arriviamo a un bel gruzzolo, che tra l'altro viene ingrossato da molti Comuni, sempre di più, che hanno deciso di destinare risorse aggiuntive.

Per la prima volta in Italia un folto gruppo di amministrazioni comunali chiederanno a tutti i cittadini di sostenere il Centro antiviolenza donne della provincia, l'unico, a rischio chiusura. La cifra è simbolica, 10 centesimi ad abitante. Ma, a conti fatti, arriviamo a un bel gruzzolo, che tra l'altro viene ingrossato da molti Comuni, sempre di più, che hanno deciso di destinare risorse aggiuntive. Un impegno dunque trasversale, che riguarda tutta la cittadinanza, e strutturale. Non un intervento spot, ma un impegno concreto e costante a sostegno delle politiche di genere e, in questo caso, a supporto delle tante donne che in tutti questi anni si sono rivolte al centro antiviolenza di Ponte nelle Alpi.

INSIEME PER LE ESIGENZE DEI PENSIONATI

È stato firmato un protocollo di intesa tra Anci, Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil per rispondere al meglio alle esigenze dei pensionati, grazie a momenti di confronto e collaborazione a livello nazionale e territoriale

L'accordo, che rinnova un protocollo già siglato il 25 gennaio 2016, è frutto dell'interlocuzione avviata nei mesi scorsi da Luca Vecchi, sindaco di Reggio Emilia e delegato Anci al Welfare, assieme alle organizzazioni sindacali dei pensionati. Nello specifico, l'intesa prevede la conclusione di accordi locali su alcune tematiche definite da Anci e da Spi, Fnp e Uilp: la condizione di grave disagio, dovuta alla crisi economica, che colpisce gran parte della popolazione anziana.

IN LOMBARDIA I NONNI DI COMUNITÀ DI AUSER

Creare una rete di "Nonne e nonni di comunità" per dare supporto alle genitorialità fragili e valorizzare le risorse che i nonni volontari Auser possono offrire, soprattutto in territori dove i servizi scarseggiano e povertà educativa ed economica si sommano. Una rete di sostegno che metterà radici e durerà nel tempo. È l'obiettivo del progetto promosso da Auser Lombardia "I nonni come fattore di potenziamento della comunità educante a sostegno delle fragilità genitoriali" realizzato nell'ambito del bando per la prima infanzia affidato per la gestione da Fondazione con il Sud all'Impresa Sociale "Con i bambini". I nonni sono un sostegno importante nell'organizzazione delle pratiche di cura familiare a cui i genitori attingono per bilanciare le carenze o l'assenza di offerta dei territori. L'idea del progetto nasce proprio da qui, creare una rete di Nonni di Comunità per chi i nonni non li ha, come i bambini di origine straniera o per chi viene da famiglie in difficoltà.

LE RUBRICHE/3

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INTERNAZIONALE

OSSERVATORIO DELLA SALUTE, ITALIANI PIÙ LONGEVI MA CON PIÙ PROBLEMI DI SALUTE

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

L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo. Tuttavia se si esamina la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, la situazione cambia: ad eccezione della Svezia, gli altri Paesi ai primi posti della graduatoria per speranza di vita alla nascita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7° e 11° posto; per le donne, Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, mentre l'Italia va nella 15a posizione, quindi anche al di sotto della media dell'UE.

"RICOMPENSARE IL LAVORO, NON LA RICCHEZZA", IL RAPPORTO DI OXFAM SULLE DISUGUAGLIANZE

Si chiama "Ricompensare il lavoro, non la ricchezza" il rapporto di Oxfam che rivela come il sistema economico attuale consenta solo a una ristretta elite di accumulare enormi fortune, mentre centinaia di milioni di persone lottano per la sopravvivenza con salari da fame.

L'82% dell'incremento di ricchezza netta registratosi tra marzo 2016 e marzo 2017 infatti è andato all'1% più ricco della popolazione globale, mentre a 3,7 miliardi di persone che costituiscono la metà più povera del mondo non è arrivato un solo centesimo.

Da marzo 2016 a marzo 2017, il numero di miliardari è aumentato al ritmo impressionante di 1 ogni 2 giorni. Su scala globale, tra il 2006 e il 2015 la ricchezza a nove zeri è cresciuta del 13% all'anno, 6 volte più velocemente dell'incremento annuo salariale, di appena il 2%, che ha riguardato i comuni lavoratori.

Negli Stati Uniti si calcola che un Amministratore delegato possa percepire in poco più di 1 giorno una cifra pari al reddito medio che un lavoratore della compagnia da lui amministrata percepisce in 1 anno.

SICUREZZA SOCIALE A RISCHIO IN ALCUNE AREE NEL MONDO. I DATI DEL RAPPORTO ILO

L'ultimo rapporto dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) evidenzia che, nonostante i progressi significativi nell'estensione della protezione sociale in molte parti del mondo, il diritto alla sicurezza sociale non è ancora una realtà per la maggior parte della popolazione mondiale.

Si chiama "Ricompensare il lavoro, non la ricchezza" il rapporto di Oxfam che rivela come il sistema economico attuale consenta solo a una ristretta elite di accumulare enormi fortune, mentre centinaia di milioni di persone lottano per la sopravvivenza con salari da fame.

In molte aree del mondo, il diritto alla sicurezza sociale non è ancora una realtà per la maggioranza della popolazione mondiale. Solo il 45% della popolazione mondiale, infatti, è effettivamente coperto da almeno una prestazione sociale, mentre il restante 55% - fino a 4 miliardi di persone - non gode di alcun tipo di protezione.

Le stime dell'ILO mostrano inoltre che solamente il 29% della popolazione mondiale è coperto da sistemi di sicurezza sociale "completi", ovvero comprendenti una gamma completa di prestazioni, che vadano dalle prestazioni familiari alle pensioni per la vecchiaia. Il restante 71%, ovvero 5,2 miliardi di persone, non è coperto che parzialmente o, addirittura, non è coperto affatto. Queste lacune in materia di protezione sociale, spiega l'ILO, sono dovute alla mancanza di investimenti nella sicurezza sociale da parte degli Stati – specie in Africa, Asia e nei Paesi arabi.L'assenza di protezione sociale lascia le persone vulnerabili alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale durante l'intero ciclo di vita, costituendo in tal modo un grosso ostacolo allo sviluppo economico e sociale., tanto individuale quanto a livello della società nel suo complesso.

LE RUBRICHE/4

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INNOVAZIONE

COME AFFRONTARE LA SOCIETÀ CHE INVECCHIA: LA RICETTA TEDESCA

Il "Libro verde sulla società anziana in Germania" affronta il tema dell'invecchiamento della popolazione ***e suggerisce delle soluzioni.***

Realizzato nel 2017 da Population Europe (network internazionale di 30 centri di ricerca demografici) e finanziato dall'associazione delle assicurazioni tedesche (GDV, oltre 450 società assicurative federate), a seguito del terzo Summit Demografico del governo federale tedesco, il volume punta su centralità della famiglia, mantenimento dell'anziano nel proprio contesto sociale e abitativo, maggiore flessibilità nella fase finale della vita lavorativa. Si tratta di aspetti su cui anche in Italia esiste ampia riflessione, e anche qualche sperimentazione positiva, ma sembra mancare scelte politiche strategiche.

CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO: OCCORRONO SPAZI URBANI A MISURA DI ANZIANO E RELAZIONI INTERGENERAZIONALI

Per gestire il cambiamento demografico che stiamo vivendo e il continuo aumento delle persone anziane è necessario creare spazi urbani e società a misura di anziano e che consentano relazioni intergenerazionali. Lo spiega Heidrun Mollenkopf, presidente del Comitato Consultivo Sociale (SOAB) dell'iniziativa di programmazione congiunta JPI - "More Years, Better Lives" e vicepresidente di Age Platform Europe, rete europea che rappresenta gli interessi degli anziani.

Alcuni dei problemi principali della terza età sono la pianificazione urbana, traffico e trasporti, strutture culturali e sportive accessibili, quartieri stimolanti, equilibrio tra lavoro e vita privata, assistenza sanitaria e sociale, alloggi adeguati e tecnologie assistive per gli anziani. Se queste priorità non verranno soddisfatte, la qualità della vita di tutte le fasce d'età delle popolazioni è destinata a diminuire.

"È importante chiarire che se le persone anziane di oggi vengono trascurate, ciò ricadrà sulle generazioni successive. Quello che fai a beneficio degli anziani di oggi sarà a vantaggio degli anziani di domani e di tutte le generazioni - afferma Mollenkopf -. Molte regioni e comuni hanno già iniziato a pianificare il futuro. Hanno sviluppato piani di lavoro che coinvolgono autorità locali, organizzazioni, volontari, imprese e anziani per migliorare la qualità della vita delle persone anziane nelle loro città. Per esempio a Manchester sono stati istituiti un Consiglio per anziani e un forum, che fungono da organo consultivo e offrono agli anziani la possibilità di esprimere le loro preoccupazioni e i loro consigli direttamente ai decisori politici. Anche se non è abbastanza, secondo Mollenkopf: "è giunto il momento di fare di più e JPI MYBL può portare un ampio contributo a questo scopo".

SANITÀ DIGITALE PER AFFRONTARE LE SFIDE DEL FUTURO

La spesa sanitaria italiana è stata, nel 2016, al 9,2% del pil, rispetto a una media europea del 9,4%. Nel nostro paese, quella sulla sanità rappresenta il 14% della spesa pubblica, mentre in Europa è del 15,2%. Tuttavia, dal 2013 a oggi, la spesa sanitaria in termini nominali è aumentata, passando da 143,6 miliardi di euro al 149,5 miliardi di euro del 2016, per via dell'invecchiamento della popolazione e il cronicizzarsi di molte malattie, ma tale aumento non è sufficientemente supportato da un parallelo incremento di Pil.

Una situazione destinata a complicarsi: oggi gli italiani over 65 sono 13,4 milioni (il 22% della popolazione), di cui 8 su 10 soffrono di patologie croniche, con un costo sanitario pari a circa 2,8 volte quello medio pro capite destinato ad aumentare fino a 3,5 nel 2045.

Per rispondere alle sfide del futuro, secondo GE Healthcare un aiuto decisivo può arrivare dall'innovazione tecnologica, in particolare con l' "Health Care Internet of Things", che utilizza sensori, apps e il monitoraggio da remoto per fornire in continuo informazioni cliniche, ma anche i dati in cloud che permettono ai clinici l'accesso alle informazioni necessarie per il trattamento dei pazienti a casa, nel loro ambulatorio o altrove, consentendo il consulto con altri specialisti in tutto il mondo.

Un'applicazione ottimale dei sistemi di Industrial Internet a livello ospedaliero, che migliori la tracciabilità dei trattamenti, il flusso dei pazienti e l'utilizzo delle tecnologie sanitarie, con un miglioramento del solo 1% di efficienza, si tradurrebbe in un risparmio per il SSN di oltre 1 miliardo di euro all'anno.

UNA RICERCA EUROPEA PER AIUTARE GLI ANZIANI A VIVERE IN AUTONOMIA IL PIÙ A LUNGO POSSIBILE CON L'AIUTO DELLA TECNOLOGIA

Si chiama "Harvest - e-Health and Ageing in Rural Areas: Transforming Everyday Life, Digital Competences, and Technology" il progetto europeo coordinato dal professor Simon Lindgren dell'Università di Umeå in Svezia, che ha l'obiettivo di indagare il ruolo di internet, pc, smartphone e tablet nella vita quotidiana degli anziani residenti in contesti rurali o montani. L'iniziativa in particolare vuole comprendere come vengano utilizzate le tecnologie digitali per la salute (eHealth) e l'impatto di queste tecnologie nella vita degli anziani geograficamente "isolati". Il progetto si colloca nel bando di gara europeo "Ageing and place in a digitising world"

Ageing and place in a digitising world è il bando di gara europeo dedicato a finanziare ricerche sul tema delle tecnologie e dell'invecchiamento, ovvero come le tecnologie impattano sulla vita e sulla salute degli anziani e come si può

migliorare la 'digitalizzazionè della terza età per aiutare gli anziani a vivere in autonomia il più a lungo possibile con l'aiuto di nuove tecnologie e domotica.

L'obiettivo finale della ricerca è offrire agli operatori del settore sanitario elementi utili per sviluppare progetti e strategie efficaci per promuovere servizi di e-Health per gli anziani, a partire dalla consapevolezza delle paure, resistenze, entusiasmi e difficoltà che essi vivono nel rapporto con le tecnologie che riguardano la salute.

Il progetto, che durerà tre anni, mira fornire spunti per gli operatori sanitari finalizzati a sviluppare progetti e servizi online dedicati agli anziani, che però non siano a discapito dei servizi di assistenza offline.

IL GPS CONTRO LE MALATTIE NEUROVEGETATIVE

È stato firmato nei mesi scorsi a Firenze un protocollo denominato Piano di intervento coordinato per la ricerca e il soccorso delle persone affette da patologie neurodegenerative", che vede come attori Prefettura, Regione Toscana, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer-AIMA e Associazione Penelope. Un accrodo di collaborazione che prevede l'utilizzo della tecnologia gps per rintracciare le persone affette da patologie neurovegetative e facilitare il loro soccorso in caso di smarrimento. Il dispositivo di geolocalizzazione consentirà di individuare la loro posizione e di fornire le informazioni necessarie per il loro ritrovamento. Lo strumento sarà consegnato gratuitamente alle famiglie del malato, alle quali resterà solo il costo di attivazione della scheda SIM per la trasmissione dei dati.

"NONNI SOCIAL ECONOMY": COMUNICAZIONE DIGITALE PER AIUTAREGLI ANZIANI IN DIFFICOLTÀ

"Nonni Social Economy. La comunicazione social nell'economia sociale" è il progetto di servizio civile redatto dai CSV di Benevento e di Avellino e che vedrà impegnati 24 volontari.

Il Sannio e l'Irpinia sono le due province più "vecchie" della Campania, dove i cittadini con più di 65 anni rappresentano rispettivamente il 22,3% ed il 21,4% della popolazione. Gli anziani di queste due province campane vivono in condizioni economicamente difficili con un importo medio mensile pensionistico di 570 euro, con difficoltà di accesso ai servizi socio-assistenziali e agli strumenti digitali, e con il rischio di un ulteriore peggioramento delle condizioni di salute.

62.924 gli anziani over 65 non autosufficienti delle due province, pari al 17,3% di questa fascia di popolazione in Campania; 6.868 vengono assistiti in case protette, residenze sanitarie e case di riposo, mentre quelli inseriti in programmi di assistenza domiciliare integrata sono 10.911, pari al 3%. A questi però vanno aggiunti gli altri 45.145 anziani per i quali sono le famiglie a dover provvedere ad una assistenza quotidiana, o facendo ricorso alle 10.700 badanti per quasi 20 mila anziani, o tramite l'assistenza di congiunti e parenti.

Sfruttando le potenzialità della comunicazione digitale, i ragazzi del servizio civile del Cesvob e di Irpinia Solidale, lavorando a stretto contatto con enti locali, associazioni ed istituzioni scolastiche dovranno indagare i bisogni dei "nonni" e coinvolgerli in percorsi ricreativi e formativi al fine di fornire loro strumenti utili ad abbattere le distanze, ridurre il divario digitale e quindi accedere con più facilità ai servizi loro dedicati, migliorando la qualità della propria vita, della famiglia di cui fanno parte e dell'intera comunità.

"COLLEGAMENTI", LA SALUTE DEGLI ANZIANI IN RSA ARIVA SULLO SMARTPHONE

Una piattaforma su cui aggiornare il profilo della persona anziana in Rsa, il suo stato di salute e sociale, che permette a tutti i soggetti coinvolti di interagire e ai parenti di tenersi informarti sulla vita del proprio congiunto attraverso informazioni che arrivano sullo smartphone. È il progetto "CollegaMENTI" sviluppato da Cba Group. Partito 2 anni, "CollegaMENTI" vuole creare una rete virtuale tra i 3 protagonisti principali (anziani, operatori, familiari) per farli comunicare tra loro e approfondire il rapporto di fiducia e collaborazione. Una delle app del progetto si chiama "Storygram" ed è pensata per realizzare l'album di ricordi dell'ospite, in particolare di quelli con demenza senile. Il progetto sarà presentato in occasione della ventunesima edizione di Exposanità che si terrà dal 18 al 21 aprile a Bologna: quattro giorni dedicati a servizi, prodotti e soluzioni innovative sulla salute con 678 aziende espositrici, 293 convegni, oltre 800 ore di formazione e approfondimento, 11 saloni espositivi.

CINQUE MOTIVI
PER SOSTENERE L'AUSER

1 INVECCHIAMENTO ATTIVO

2 PRESENZA SUL TERRITORIO

3 SERVIZI ALLA COMUNITÀ

4 AIUTO ALLA PERSONA

5 TRASPARENZA

idea comunicazione

OGNUNO HA UN MOTIVO BEN PRECISO PER SOSTENERE UN'ASSOCIAZIONE. NOI TE NE PROPONIAMO 5. SCOPRILI SU WWW.AUSER.IT/5MOTIVI

SCEGLI DI DESTINARE IL 5 PER MILLE ALL'AUSER
C.F. 97321610582

auser
La cittadinanza non ha età

#5MOTIVI5X1000

www.auser.it