

Torino città in evoluzione

Economia e solidarietà per gli anziani tra presente e futuro

Palazzo Madama - Sala del Senato

Lunedì 7 novembre 2011

*Con il patrocinio di:
Città di Torino
Provincia di Torino
Regione Piemonte*

*Associazione
Convitto Principessa Felicita di Savoia*



KCS caregiver
Cooperativa sociale

Il presente volume contiene gli Atti del Convegno "*Torino città in evoluzione. Economia e solidarietà per gli anziani tra presente e futuro*", tenutosi a Palazzo Madama - Sala del Senato, lunedì 7 novembre 2011.

Il Convegno, organizzato dalla **Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"**, è stato promosso da **KCS caregiver Cooperativa sociale** e dal **Convitto Principessa Felicita di Savoia**.

Alcuni testi sono stati preparati dai Relatori appositamente per il presente volume; altri, invece, sono frutto della revisione della presentazione orale; qualcuno, infine, autorizzato alla pubblicazione da parte del Relatore, che non è tuttavia intervenuto nella revisione del testo scritto.

Il presente volume è stato curato da **Carlo Ferri** (Presidente Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS" e Consigliere di Amministrazione di KCS caregiver Cooperativa sociale), **Massimo Oliverio** (Direttore Convitto Principessa Felicita di Savoia) e **Francesca Vanara** (Comitato Scientifico Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS").

Torino, febbraio 2012

Indice

Introduzione, Carlo Ferri..... 5

Saluti istituzionali

Raffaella Vitale..... 7

Ilaria Fiumi..... 8

Colloquio sulla trasformazione di Torino. Ne parla *Sergio*

Chiamparino con *Maurizio Tropeano*..... 10

Relazioni

Situazione socio-economica di Torino. Presente e prospettive, *Pietro*

Terna..... 19

Anziani tra fragilità e risorsa, *Chiara Saraceno*..... 33

Benessere soggettivo e qualità della vita degli anziani in Piemonte,

Dario Galati e Igor Sotgiu..... 39

Il ruolo di una Medicina per l'anziano, *Luigi Maria Pernigotti*..... 49

Per un atlante della società torinese, *Sergio Conti*..... 55

Tavola rotonda

Gli anziani: una risorsa per promuovere solidarietà e sviluppo

Coordinatore: *Adriano Moraglio*

Gli anziani come risorsa, soggetti attivi e promotori di un'economia

solidale e civile, *Elide Tisi*..... 62

Riforma sanitaria: ripensare i modelli, *Paolo Monferino*..... 66

Come una comunità cristiana può essere vicina all'anziano, *don*

Marco Brunetti..... 71

L' UNITRE: il ruolo degli anziani, il ruolo per gli anziani, <i>Andrea Dalla Chiara</i>	76
Il diritto degli anziani di condurre una vita libera e dignitosa, <i>Andrea Giorgis</i>	83
Il Servizio Aiuto Anziani, <i>Carlo Maria Gioria</i>	88
Formazione degli operatori e ricerca scientifica, <i>Giovanni Carlo Isaia</i> ..	103
Gli anziani: flusso di denaro pubblico e di denaro privato, <i>Antonietta Gaeta</i>	109
Criticità del Sistema Sanitario Regionale, <i>Giacomo Manuguerra</i>	112
Non ci sono piu' gli anziani di una volta..., <i>Piero Reinerio</i>	117
Cambiamento del modello del sistema di welfare, <i>Raffaella Vitale</i>	121
<i>Chiusura dei lavori, Francesca Vanara</i>	125

Introduzione

Carlo Ferri, Presidente Fondazione “Socialità e Ricerche ONLUS”

Mi si consenta innanzitutto, così come avvenuto per il Convegno, un breve accenno a chi ne è stata l'organizzatrice ed ai promotori.

Socialità e Ricerche ONLUS è una Fondazione che si prefigge di studiare i problemi connessi con la vita della persona che invecchia. Essa intende stimolare studi e progetti al fine di offrire concrete proposte a chi, nei molti ambiti vitali della persona fragile, si preoccupa di costruire una città più “normale”, dove nessuno sia dimenticato, soprattutto se si trova in condizioni di fragilità, di sofferenza o di non autosufficienza.

La Fondazione è stata istituita ed è finanziata da KCS caregiver Cooperativa sociale, attiva in numerose regioni italiane nell'assistenza alle persone fragili, che ha stabilito di destinare così parte degli utili di gestione che per proprio Statuto vengono reinvestiti per migliorare la qualità dell'assistenza.

KCS caregiver, impegnata in varie gestioni di strutture per anziani torinesi, e l'Associazione Convitto Principessa Felicita di Savoia, storica Residenza Socio Assistenziale per anziani torinese a valenza sanitaria, sensibilizzando il problema anziani nella Città di Torino, hanno insieme deciso di promuovere questo Convegno.

Venendo al tema del Convegno, lo stesso trae spunto dalla profonda evoluzione che la Città di Torino ha conosciuto in questo ventennio nel tessuto produttivo ed in quello sociale, trasformandosi da città prevalentemente industriale in terziaria, multietnica, con notevoli trasformazioni urbane, sede di grandi eventi e con apertura al turismo.

Quali riflessi tale evoluzione ha avuto sulla sua popolazione anziana?

KCS caregiver ed il Convitto Principessa Felicita di Savoia hanno voluto con questo Convegno contribuire non solo all'analisi di tali riflessi sugli anziani, ma anche a formulare proposte di lavoro, impegni e soluzioni concrete, ed hanno incaricato la Fondazione “Socialità e Ricerche ONLUS” dell'organizzazione.

Siamo certi che il contributo dei Relatori di ampio profilo che hanno risposto all'invito e che ringraziamo per l'interesse mostrato e la disponibilità, sia di ampia garanzia a soddisfare tale compito.

Nella prima sessione del Convegno sono stati affrontati i temi relativi alle difficoltà, ai problemi aperti e alle questioni emergenti inerenti i riflessi che l'evoluzione della Città di Torino ha avuto sugli anziani.

Nella successiva Tavola Rotonda, si è cercato di formulare proposte di lavoro, impegni e soluzioni concrete in relazione a tali temi.

Concludo, non per questo da ultimo, con un particolare ringraziamento alle Autorità che hanno anch'esse colto l'invito e ci hanno onorato della loro presenza, hanno inviato il loro saluto e concesso il Patrocinio.

Saluti istituzionali

Raffaella Vitale, Direttore Regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, Regione Piemonte, porta i saluti del Presidente della Giunta Regionale del Piemonte

(Il presente contributo nasce dalla trascrizione della registrazione e non è stato rivisto dall'Autore)

Buongiorno, ringrazio la Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS per averci invitato.

Oggi nel pomeriggio sarà presente anche l'ingegner Monferino, Assessore alla Sanità, che guarda con assoluto interesse a cosa si muove sul territorio torinese per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi per gli anziani.

È un onore portare qui i saluti del Presidente Cota, che da tempo è interessato al modello di sviluppo dei servizi socio-sanitari della Città di Torino, tant'è che ha voluto con il Sindaco Fassino e il Presidente della Provincia Saitta mettere in piedi dei tavoli di confronto proprio su queste problematiche.

Oggi il "modello Torino" è sicuramente molto interessante, offre e garantisce ai cittadini residenti una molteplicità di servizi: dal sostegno leggero nell'*housing* sociale fino ad interventi molto significativi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria.

E' evidente che questo modello ha ora bisogno di essere rivisto alla luce di un cambiamento, una modifica dei sistemi di trasferimento delle risorse dallo Stato verso le Regioni, dalle Regioni verso gli Enti Locali.

Ed è per questo che oggi queste vostre riflessioni ci saranno sicuramente di molto aiuto per poter ragionare su un modello che superi le attuali difficoltà, le attuali criticità, e si ponga, come è già successo nel passato, grazie alle amministrazioni comunali precedenti, come un punto di riferimento per la Regione Piemonte e per il nostro paese.

Grazie.

Saluti istituzionali

Ilaria Fiumi, Responsabile Ufficio Mostre, Palazzo Madama, Torino, porta i saluti della Direttrice di Palazzo Madama

Porto i saluti della Direttrice di Palazzo Madama, dott.ssa Enrica Pagella, in occasione di questo importante momento di riflessione sugli aspetti economici e sociali della solidarietà nella città di Torino. Il tema, come vedrete, non è così lontano dalla missione culturale di un museo di arte antica.

Nel 2007-2008, quando abbiamo cominciato a riflettere sull'avvicinarsi dell'anniversario dell'Unità d'Italia, pensando quindi a cosa fare come museo d'arte per questa occasione, ci siamo resi conto che non potevamo organizzare la consueta mostra di oggetti, con opere d'arte e documenti. Sono mostre che sappiamo fare, con i dipinti appesi sui pannelli e gli oggetti esposti nelle vetrine, ma in questo caso dovevamo presentare una storia, dei personaggi, delle idee. Volevamo farne - addirittura - un'occasione di confronto, di discussione; una sorta di *forum* sui temi che erano stati discussi negli anni del Risorgimento. Perché proprio qui, a Palazzo Madama, nel 1848 aveva preso stanza il Senato Subalpino, che nel 1861 diventa il primo Senato del Regno d'Italia.

Abbiamo quindi provato ad uscire dagli schemi delle classiche mostre d'arte e abbiamo ricostruito l'aula del Senato - come era, dove era - nell'allestimento realizzato nel 1848, poi trasformato nel 1860, chiamando in aiuto, oltre alle risorse ed alle energie della Fondazione Torino Musei, anche la Città di Torino, la Fondazione CRT e il Comitato Italia 150.

La realizzazione dell'aula è stata fatta dagli artisti e dagli artigiani del laboratorio di scenografia del Teatro Regio di Torino. Tutto è realizzato a mano, le parti decorate non sono stampate, ma sono eseguite tutte a pennello. L'aula non presenta solo l'aspetto fisico della struttura, ma propone anche i temi di discussione che impegnarono i protagonisti del Risorgimento. Durante la visita del pubblico l'aula è animata da percorso multimediale, uno spettacolo che prende il via dallo schermo che incornicia il ritratto di Vittorio

Emanuele II, alle spalle della sede del Presidente. Un video racconta la storia dell'aula, poi si sentono risuonare i grandi discorsi che sono stati pronunciati nell'aula da Vittorio Emanuele II, Cavour, Massimo D'Azeglio, sull'unificazione italiana, il rapporto Stato-Chiesa, il trasferimento della capitale a Firenze. Abbiamo anche messo in scena i dibattiti sulle leggi presentate in Senato dal 1848 al 1864. Ogni mese cambia il tema del dibattito, su temi molto attuali e vicini alla nostra vita: solidarietà, istruzione pubblica, imposta progressiva, libertà di stampa, traforo del Frejus ...

La presa di contatto con la storia che abbiamo realizzato nell'aula permette, inoltre, al visitatore di oggi di votare egli stesso a favore o contro quelle leggi, in un angolo dell'aula dove si può scegliere la pallina bianca o la pallina nera, quindi il voto a favore o contrario, come nel Senato del Regno.

Nei banchi dei senatori vedete anche delle cartelline e degli oggetti con i quali abbiamo voluto segnare i posti di alcuni senatori importanti: Alessandro Manzoni, Massimo d'Azeglio, Federico Sclopis di Salerano, Ferrante Aporti, Cesare Alfieri ... Copie anastatiche delle loro opere, le lettere, i disegni permettono di raccontare facilmente, attraverso degli oggetti che si possono toccare e sfogliare, le storie e i personaggi che sono passati in quest'aula.

Nel vestibolo superiore dello scalone è allestita un'opera di Luigi Mainolfi, *Torino che guarda il mare*. Una serie di teste in terracotta raffiguranti personaggi importanti e semplici cittadini, che costituiscono il pubblico di oggi del nostro museo e della nostra mostra.

Abbiamo provato a fare qualcosa di diverso rispetto ad un museo d'arte, dove le opere sono autentiche e inavvicinabili dal pubblico. Abbiamo provato a costruire uno spazio per la riflessione sui temi dell'unificazione. Anche l'apertura di quest'aula a convegni, lezioni e conferenze, come quella di oggi, contribuisce a realizzare la nostra missione. L'aula del Senato, che ha accolto le discussioni di senatori dal 1848 al 1864, torna, grazie alla mostra, ad ospitare le discussioni e le riflessioni dei cittadini di oggi su temi molto attuali e importanti per la città.

Colloquio sulla trasformazione di Torino

**Ne parla Sergio Chiamparino, sindaco di Torino dal 2001 al 2011,
con Maurizio Tropeano, giornalista de La Stampa**

(Il presente contributo nasce dalla trascrizione della registrazione e non è stato rivisto dagli Autori)

Maurizio Tropeano

Stavamo provando a capire come evitare di fare un bilancio di questi dieci anni di gestione Chiamparino.

L'idea era partire e ragionare sulle trasformazioni di questa città, analizzando anche in qualche modo un progetto molto importante nato all'inizio di questi anni, che interseca ed intercetta alcuni argomenti della giornata, un progetto di sviluppo della città legato all'aspetto sanitario: la Città della Salute.

Questo progetto di cui tanto si parla, un progetto di rilancio, che ha l'obiettivo di fare della sanità e dell'assistenza, dell'attenzione verso i malati e gli anziani un'attività di "business" per la città. E allora vediamo con Chiamparino come nasce, come si è evoluto, come si è in qualche modo bloccato e come potrebbe ripartire questo progetto molto importante.

Sergio Chiamparino

Grazie per l'invito che mi da l'occasione di fare qualche riflessione sulla città evitando di fare la storia, come dico io, la storia della battaglia di Vittorio Veneto, quindi ricominciare a raccontare tutto, perché sono tutte cose che chi è qui conosce come me e te e anche di più.

Mi pare che come far ripartire il progetto Città della Salute sia stato in qualche modo deciso: da lettore di giornali, ho visto che sono stati costituiti dei tavoli - poi come sempre bisogna solo evitare che, come io amavo sostenere parafrasando Piero Sraffa, ci sia una produzione di tavoli a mezzo

di tavoli, ma questo è un altro discorso, vale in tutti i campi - che speriamo siano, come mi pare nelle intenzioni, effettivamente finalizzati a delle realizzazioni.

Mi pare che il progetto sia stato messo sulle sue gambe, con l'obiettivo di riorganizzare l'assetto ospedaliero - almeno una parte dell'assetto ospedaliero della città di Torino con modernizzazione di strutture che ormai hanno 80 anni di vita e quindi da molti punti di vista logistici funzionali presentano dei costi elevati e anche disfunzionalità nel loro funzionamento - e al tempo stesso creare condizioni che siano anche attrattive di attività connesse al servizio sanitario, attività ovviamente sia pubbliche che private.

Quando si discuteva del riutilizzo degli impianti olimpici, il nucleo originario della proposta della Città della Salute nasceva da una suggestione di un allievo della Professoressa Levi Montalcini per provare a portare a Torino la fondazione *European Brain Research Institute*, che poi invece mi pare sia andata a Roma.

Da lì si è sviluppato il nucleo di un ragionamento che puntava a far coesistere una modernizzazione della parte del cuore del sistema ospedaliero torinese, vale a dire le Molinette, con la possibilità, e per quello si era ragionato sull'area intorno al Lingotto, di farne luogo potenzialmente attrattivo per attività nel campo della elettronica applicata alla sanità, della telematica applicata alla sanità, e così via.

Questo era l'impianto originario che mi pare sia quello che ritroviamo adesso sul tappeto ...

Questi sono temi sui quali tutte le città sono impegnate, sono i temi del futuro: è un tema del futuro quello sanitario e socio-assistenziale per la semplice ragione che per fortuna c'è più attenzione alla cura della persona - la speranza media di vita per fortuna si allunga, le società invecchiano e quindi cresce la problematica della cura della persona anziana - ma anche attenzione alla qualità di vita per chi col tempo che passa non può essere sano come un pesce.

E quindi tutto questo è un settore che non può che crescere, potendosi sviluppare in due direzioni: nel senso della ricerca, e quindi della contaminazione tra scienza e attività socio-assistenziali di cura e, dall'altra

parte, verso sperimentazione e produzione industriale nel campo dell'innovazione. Se uno pensa ad una città come Lione, in questo è avanti, ma anche altre città in Italia si stanno muovendo.

L'unico problema che vedo è di accelerare il più possibile l'operatività, perché questo può essere una condizione di attrattività e anche, se mi permettete, di competitività importante per la nostra città.

Maurizio Tropeano

Seguendo questo filo, mi pare di ricordare che in qualche modo nella seconda parte del tuo mandato tu impostasti la campagna elettorale dicendo che era ora di parlare delle persone, abbiamo fatto tanto, abbiamo portato a casa molti risultati, la città è cambiata, e adesso proviamo a capire come possiamo concentrarci sul fattore umano.

Cosa è stato fatto, cosa si può fare ?

Sergio Chiamparino

Io credo non si faccia mai abbastanza, partiamo da questa affermazione, se no poi sembra che uno si lodi e quindi si imbrodi.

Non si fa mai abbastanza perché i bisogni crescono più che proporzionalmente rispetto alla possibilità di star loro dietro: in sala è presente Marco Borgione che potrebbe raccontare più di me il dettaglio ed oggi ci sarà l'assessore Tisi che immagino racconterà più nei particolari il tutto.

Io credo che intanto sia un merito di questa città aver saputo - in un periodo in cui (dal 2006 in poi) è cominciato un taglio sistematico, continuativo e pesante sui trasferimenti agli Enti Locali, non compensato da autonomia fiscale sufficiente (anzi, l'autonomia fiscale che c'era è stata azzoppata, mi riferisco al taglio dell'ICI sull'abitazione) - mantenere sostanzialmente invariati tutti i servizi alla persona: penso all'assistenza, alla casa, alla scuola per le competenze del Comune, con il fatto però di mantenere gli stessi servizi con la domanda crescente, con dei bisogni che si

sono allargati, con una popolazione che è cambiata, che è invecchiata, con una popolazione immigrata che ha reso più complesse le domande per esempio in ambito scolastico o in ambito abitativo.

Ripeto, in un periodo in cui c'era una situazione finanziaria di cui ho detto e anche una situazione economica critica, nel senso che dal 2002 praticamente abbiamo conosciuto una sostanziale stagnazione economica, con qualche punta di ripresa, ma anche con qualche criticità, che non è finita, basta guardare le ore di cassa integrazione e le chiusure.

I servizi si sono evoluti, noi non abbiamo avuto crisi significative, non crisi paragonabili a quelle di altre città, per esempio sulla questione della casa non ne abbiamo avute. Questo non vuol dire che non ci siano criticità, che non ci sia ogni tanto la famiglia che ha perso la casa e dorme nell'auto, però ci sono realtà dove il problema della casa è un problema drammatico per migliaia di persone e noi questo, bene o male grazie anche alla riconversione degli impianti dei villaggi olimpici, siamo riusciti a gestirlo. Questo è un esempio secondo me importante, perché la casa non è un bene secondario.

Maurizio Tropeano

Prima si diceva che in qualche modo c'è un invecchiamento della città e, nel corso degli anni, è stata attuata anche dall'amministrazione comunale una serie di politiche di accompagnamento, dei tentativi di gestire una conflittualità tra le generazioni. Anziani o comunque persone da cinquant'anni in su che rischiano di essere espulsi dal mercato del lavoro e giovani generazioni che non riescono a trovare lavoro e in qualche modo sono bloccate: come si può uscire da questo sistema bloccato? Non solo dal punto di vista dell'amministrazione, ma, come dire, tu fai politica, continui a fare politica, secondo me può essere una cosa interessante capire cosa ne pensi.

Sergio Chiamparino

Distinguiamo, perché stiamo parlando di due cose diverse. Un conto sono politiche di cura per gli anziani, per le quali, ripeto, noi abbiamo cercato

anche di incentivare forme abbastanza originali, in particolare tutto quello che andava sotto l'etichetta del welfare o stato sociale di prossimità, cioè che puntava non tanto a sviluppare le politiche fatte dall'Amministrazione Comunale, ma ad investire su una rete che arrivava a coinvolgere anche i singoli individui, con indennità di accompagnamento, indennità date a chi si prendeva cura di una persona. Questa mi sembra sia la strada da portare avanti perché quella che può minimizzare i costi, in rapporto al servizio offerto, e massimizzare la qualità del servizio: l'invecchiamento della popolazione porta con sé situazioni sempre più differenziate, non accede al servizio solo quello che si trova in una situazione di non autosufficienza, ci sono molte situazioni intermedie che richiedono interventi intermedi, non tutti con la stessa quantità di presa in carico da parte delle Amministrazioni, quindi magari il sostegno alla persona che va a fare la spesa o che aiuta in funzioni del genere è più che sufficiente per garantire un buon modo di vivere; viceversa, in altri casi in cui c'è bisogno di un intervento più pesante, questo è quello che abbiamo portato avanti. Poi negli ultimi tempi c'è stato un contenzioso non banale con la Regione sullo stanziamento dei fondi: adesso io sinceramente non so a che punto stiano le cose, ma avete il dibattito oggi pomeriggio, che mi auguro chiarirà tutto questo.

L'altra questione che tu mi poni è, invece, una questione che riguarda più i temi di cui si parla in questi giorni. Ritengo sia abbastanza offensivo dell'intelligenza delle persone pensare che rendendo più facili, ammessi, i licenziamenti si risolve il problema del conflitto giovani-anziani, intanto perché i licenziamenti ci sono già: chiunque segue le cronache sa che purtroppo, aggiungo io, ci sono, se non quotidianamente, assai frequentemente: aziende multinazionali che da qualche parte nel mondo decidono che si chiude lo stabilimento attorno a Torino, attorno a Varese e con le procedure consentite, con gli ammortizzatori, gli accompagnamenti consentiti.

Posso anche aggiungere che, avendo sentito qualche amico che conosce le vertenze concretamente perché conosce gli uffici vertenze dei sindacati, ormai le cause di reintegro sono molto basse, si tratta quasi sempre di cause di risarcimento monetario. Questo sposta un po' a lato i due poli ideologici del contendere: la difesa dell'articolo 18, da una parte, e il pensare che togliendo

l'articolo 18 improvvisamente tutti arrivino ad investire in Italia ... ma non si investe in Italia per ben altre ragioni. L'articolo 18 di fatto è già utilizzato solo per risarcimento economico, almeno stando alle statistiche degli uffici vertenze delle principali città del nord.

Viceversa credo ci sia un problema serio di introdurre garanzie nuove. Bisogna capire come recuperare le risorse e io credo che le risorse non possano che venire, come ha scritto ieri Eugenio Scalfaro per esempio, da una ragionevole allungamento dell'età pensionistica per coloro che non hanno lavori usuranti e, quindi, sostegni massicci sul mercato del lavoro a giovani che non hanno sostegno al reddito per la ricerca del posto di lavoro, anche a persone di mezza età che non hanno sostegno quando perdono il lavoro e spesso sono in situazioni drammatiche, perché non hanno neanche quella formazione che può loro consentire di continuare a cercare con qualche speranza, salvo rare eccezioni.

Per cui io vedo soprattutto un problema di costruire un sistema di gestione del mercato del lavoro che accompagni e garantisca un reddito, che accompagni l'individuo nelle sue varie situazioni in modo da non lasciarlo solo. Ovviamente, se si andasse in questa direzione, bisognerebbe rivedere l'intero sistema della contrattualistica perché è chiaro che non si possono aggiungere alcune ere geologiche lasciando inalterato il passato. Se si va verso un sistema in cui cambia il meccanismo di ammortizzatori sociali deve cambiare anche il sistema della contrattualistica. In sostanza le proposte di Tito Boeri, per fare un nome, vanno nella direzione del buonsenso, non sono quelle di liberalizzare i ragionamenti, ma sono quelle di ripensare l'intero sistema.

Maurizio Tropeano

Il tema è quello che dicevi tu adesso, il tema delle risorse, allora può essere chiaramente un innalzamento dell'età pensionabile, ma il tema vero è che in qualche modo, invecchiando la popolazione, i costi dell'assistenza crescono in modo significativo.

Come e quale è stata la ricetta che hai provato a cercare di dare alla città, le scelte che sono state fatte e se ci sono delle altre vie oltre alle fondazioni bancarie ?

Sergio Chiamparino

Alcuni li hai già accennati tu, nel senso che bisogna coinvolgere sempre di più i soggetti che non sono direttamente solo la Pubblica Amministrazione, quindi tutto il sistema del privato, del così detto privato sociale, il terzo settore - per comprenderli tutti, il terzo settore è ovviamente uno dei protagonisti fondamentali - ma è importante anche proprio un sistema ramificato, che arrivi a coinvolgere anche le persone come singoli, perché è evidente che a volte un sostegno dato da una persona singola che si prende cura di un altro, può essere meno costoso e più efficace che se la stessa persona viene presa in carico da un'organizzazione, anche per la semplice ragione che l'organizzazione ha dei costi generali che sono comunque dei costi che deve sostenere la collettività.

Le strade sono, mi pare, molte. Certamente, le fondazioni ex bancarie, come già stanno facendo, giocano un ruolo fondamentale nella presa in carico di un problema, che non è solo un problema di assistenza, è un problema di migliorare e render più efficace uno dei settori fondamentali per il futuro di ogni comunità. Comunque questo tema della cura della persona è già ed è destinato a diventare più strategico perché comunque le persone invecchiano.

Ma non è soltanto il problema dell'invecchiamento, basti pensare ai flussi migratori, questo rende tutto molto più complesso, si pensi alle politiche per la scuola, miracoli non si fanno con la finanza pubblica, quindi bisogna per forza di cose fare una politica di sistema, fare delle scelte di priorità: se proprio costretto a scegliere, scelgo piuttosto della canonica festa della salsiccia, di tenere, che so, le politiche per la domiciliarità. Guardiamo bene, non è che ce ne siano più tante di feste della salsiccia, cioè si stanno riducendo anche le salicce ormai ... Va bene per dare un segno, ma ... Forse può anche darsi che qualche anno fa si sia gridato al lupo qualche volta di

troppo, può anche essere, io non dico mai che siamo tutti senza peccato, ma onestamente scava oggi, scava domani, scava dopodomani, adesso siamo davvero abbastanza all'osso.

Maurizio Tropeano

Ultima domanda che c'entra qualcosa con questo, ma che in realtà c'entra anche un po' con questo Paese. Come dire che ti utilizzo per provare a raccontare come vedi questo scenario di futuro. Sei stato dai "rottama tori", a Firenze, cosa vedi adesso, cosa succederà, quali sono le possibilità?

Sergio Chiamparino

Leggo i giornali il mattino, lo sai meglio tu di me cosa può succedere, non so dire bene quando, ma mi sembra che l'epoca dell'attuale governo, la fase di questo governo sia finita, questo mi sembra una presa d'atto, poi si può sempre sopravvivere a se stessi, è uno degli esercizi peggiori che si possono fare, però può anche succedere.

Mi sembra che se non è domani, sarà quando verrà presentata la mozione di sfiducia, ma ho la sensazione che siamo abbastanza in prossimità di una svolta.

Poi cosa succede non lo so, d'altra parte credo non lo sappia nessuno, bisognerebbe addentrarsi, potrei fare una sorta di rassegna stampa selezionata per i signori che sono qui, ma credo, primo, che lo sai fare meglio tu, secondo, non ne hanno bisogno.

Relazioni

Situazione socio-economica di Torino, presente e prospettive

Pietro Terna, Professore Ordinario di Economia presso la Facoltà di Economia, Università degli Studi di Torino

Pietro Terna è professore ordinario di Economia politica presso la Facoltà di Economia, dove insegna Microeconomia e Simulation models for economics. Svolge anche attività didattica in forma seminariale nel campo delle applicazioni della simulazione in economia, sviluppando una scuola nella specifica disciplina. E' autore di numerosi lavori su riviste e in volumi collettivi, pubblicati in Italia e all'estero, nonché coautore di un volume sulle applicazioni delle reti neurali artificiali all'economia. Ha dedicato gran parte della ricerca più recente, oltre al tema delle reti neurali per la costruzione di agenti capaci di apprendimento e scelte, alla utilizzazione di tecniche avanzate di simulazione per la costruzione di modelli economici. Ancor più recentemente i lavori si sono indirizzati verso la simulazione dell'impresa e delle organizzazioni, nonché dei processi di scelta all'interno di tali strutture.

Ringrazio e cercherò di essere il più possibile collegato ai problemi per cui mi avete chiamato a parlare qui: in passato, sono stato Segretario Regionale della Confindustria del Piemonte, questo mi ha tenuto molto legato ai problemi della realtà economica.

Come è emerso chiaramente dal dialogo tra il nostro ex sindaco Sergio Chiamparino e Tropeano, Torino ha conosciuto una trasformazione profondissima negli ultimi dieci o, se vogliamo procedere indietro anche di poco, quindici - venti anni, anni cruciali.

Dall'inizio degli anni '90 Torino si è trasformata da città industriale in città terziaria e recentemente il terziario si sta estendendo alla importante componente del turismo: Torino è diventata una città positivamente multietnica e ha conosciuto grandi eventi.

Dunque tutto positivo? Purtroppo no, in questa carrellata di immagini e di dati cercherò di capire insieme a voi quali sono i problemi aperti e se è possibile, e come, ed io ne sono convinto, che Torino possa farcela ad attraversare una fase complessa come quella che ci ha descritto poco fa

Chiamparino, tenendo conto delle esigenze di tutti e in particolare delle fasce più deboli, che sono gli anziani e i giovani.

Mi sono servito per fare questa relazione di dati pubblici. Sono dati europei, dell'Eurostat, il sistema di tutti gli istituti di statistica e che mette l'occhio in questo caso sulle regioni, sono tavole al 2010.

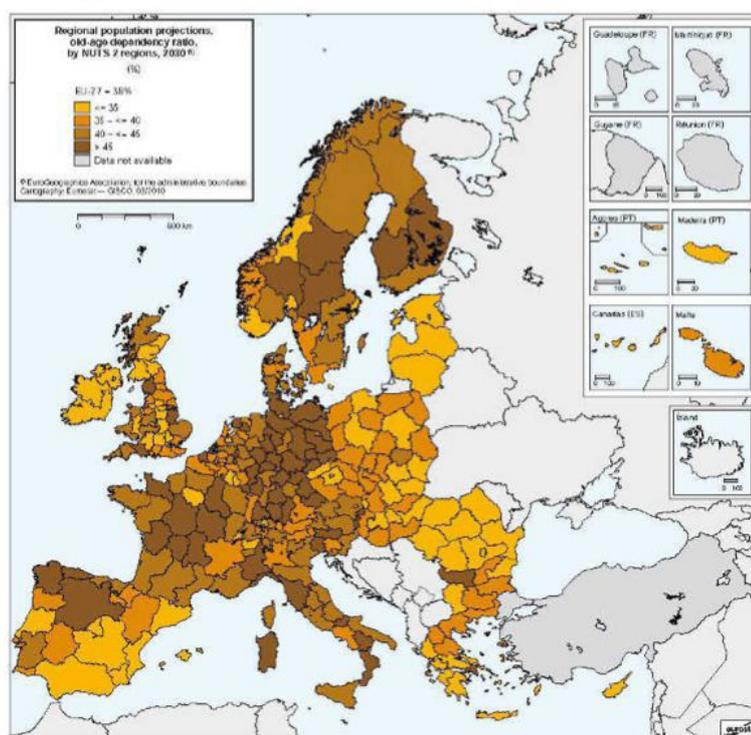
La tavola da cui parto (fig. 1) riguarda la popolazione anziana, il colore scuro è tanto più scuro quanto maggiore è la presenza di anziani.

Il Piemonte è una delle regioni in cui la quota di anziani è maggiore, non c'era bisogno di tante scoperte, lo sapevamo.

Quello che è importante in questa tavola è il confronto: il problema è europeo, ma in Italia è particolarmente soprattutto nostro e anche in Europa non è così universale come problema.

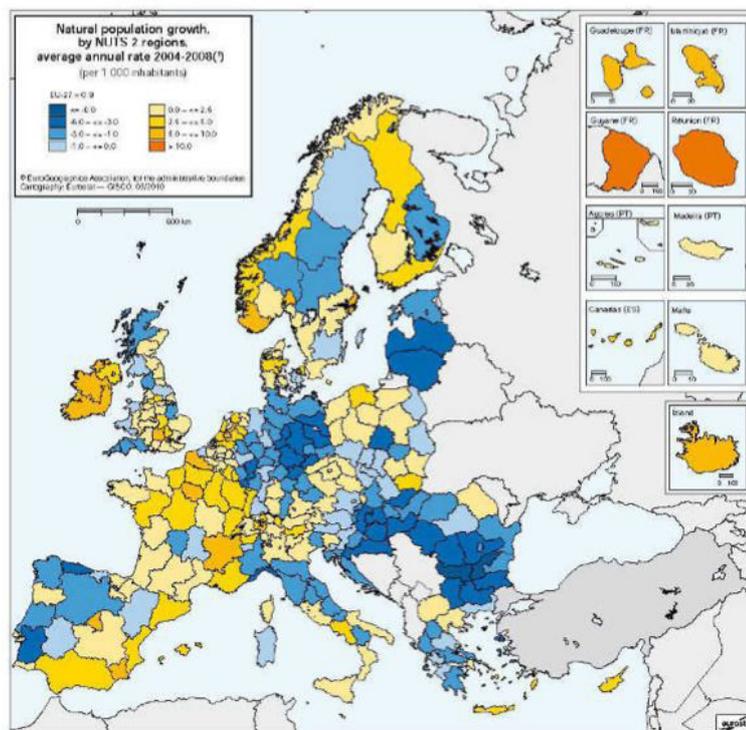
Non sono gli anziani il problema, ma la percentuale, su questo ritornerò poco più avanti.

Map 1.8: Regional population projections, old-age dependency ratio, by NUTS 2 regions, 2030 (!) (%)



La seconda tavola a cui faccio riferimento (fig. 2) è l'andamento della popolazione, per motivi puramente naturali, quindi nati e morti.

Map 1.3: Natural population growth, by NUTS 2 regions, average annual rate, 2004-08 (°) (per 1 000 inhabitants)



Il blu indica le aree in cui la popolazione decresce leggermente, il giallo o il marroncino quella in cui cresce ancora.

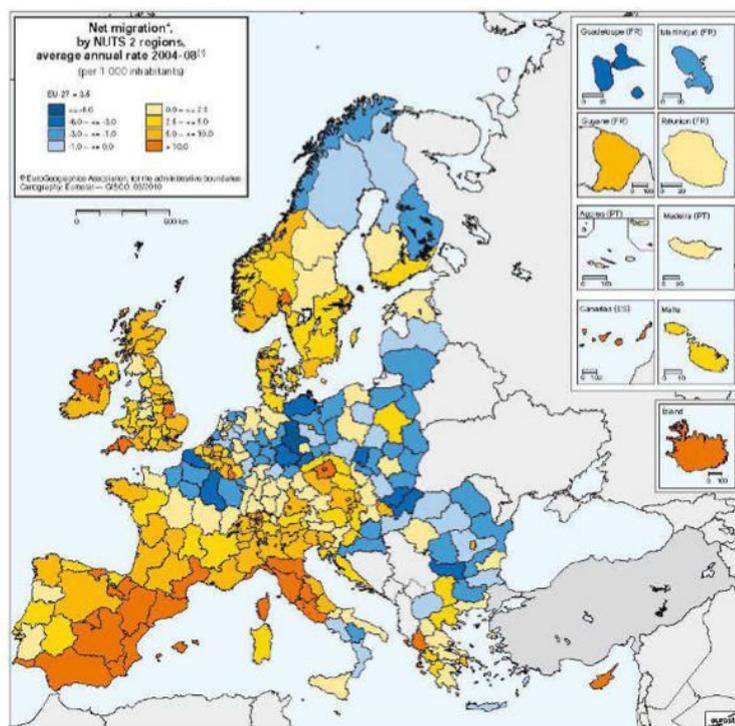
Nel vicino Rhone Alpe la popolazione sta ancora crescendo, noi invece siamo in una zona di decrescita della popolazione, vale a dire che, per motivi puramente naturali, la compensazione tra nascite e morti piemontese sta decrescendo e quindi automaticamente invecchia.

La fig. 3 è complementare, relativa ai movimenti migratori netti.

Noi non siamo tra le regioni che hanno maggiori flussi migratori positivi, ma abbiamo flussi migratori positivi.

Colore scuro marrone immigrazione, il colore beige situazione positiva di saldo di immigrazione, ma non così significativa e il colore blu aree che stanno perdendo per motivi migratori popolazione.

Map 1.4: Net migration⁽¹⁾, by NUTS 2 regions, average annual rate, 2004-08⁽²⁾
(per 1 000 inhabitants)



È chiarissimo il ragionamento verso il Centro Europa, che si sposta verso l'Europa Occidentale, verso l'Europa in cui abitiamo noi.

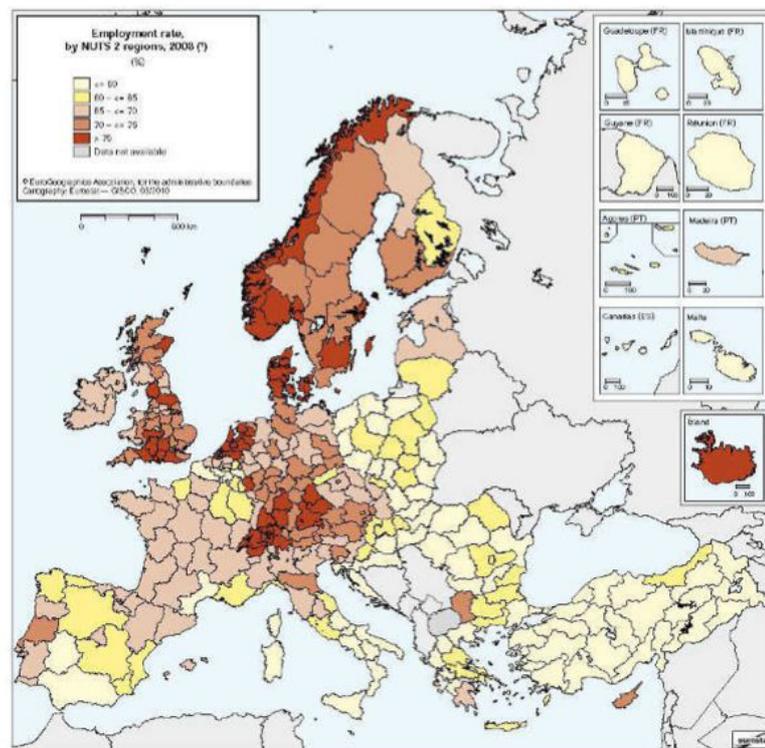
Le nazioni che perdono giovani stanno facendo un dono alle nazioni che ricevono giovani. I giovani che lasciano un'area portano con sé il capitale umano accumulato e lo donano all'area in cui arrivano, quindi dobbiamo essere estremamente grati verso questi movimenti migratori, dobbiamo ricordarci che sono indispensabili misure che rendano equo e in qualche modo solidale questo fenomeno che non è solo europeo, è europeo e africano per quello che ci riguarda.

Il nostro tasso di occupazione non è dei peggiori, vedete il Piemonte leggermente marrone (fig. 4)?

Certo non è quello delle aree più forti della Germania, questo è il cuore dell'Europa ed il sistema che regge il funzionamento dell'economia europea e lo dimostra con il tasso di occupazione, il nostro non è dei peggiori ma è modesto, il che spiega la difficoltà dei giovani di trovare lavoro. Gli anziani

che non sono ancora anziani e sono persone attivissime incontrano molta difficoltà a trovare lavoro.

Map 3.1: Employment rate, by NUTS 2 regions, 2008 (%)



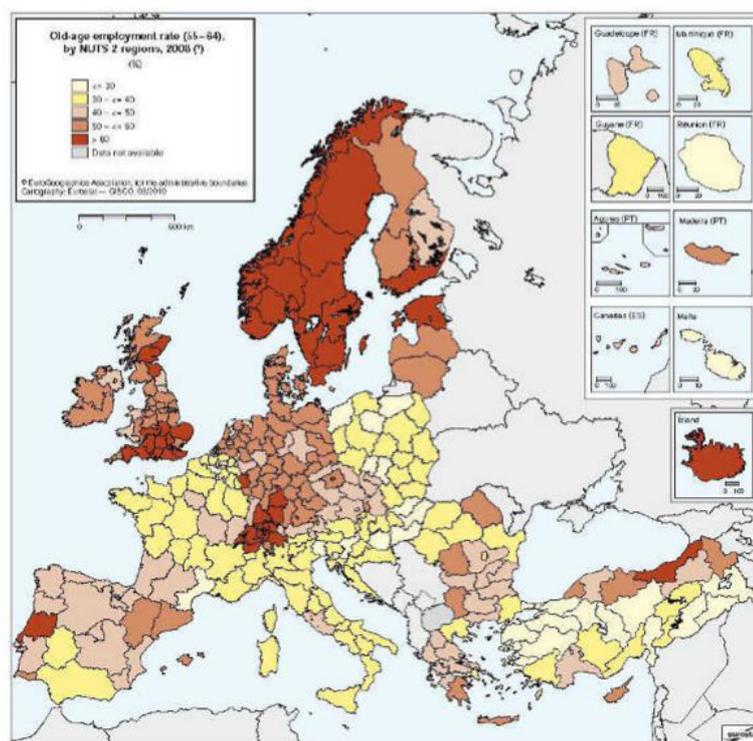
Mi ha molto colpito la frase del nuovo presidente della Banca Centrale Europea, l'italiano Draghi, nella credo ultima audizione al parlamento quando ha detto che il problema dell'Italia è che non cresce perché i giovani non trovano lavoro. C'è un'inversione rispetto a quello che spesso si pensa, i giovani non trovano lavoro perché l'Italia non cresce.

La relazione causale giusta è quella, sono i giovani che entrando nell'attività portano innovazione, portano cambiamento, portano gli stimoli per la crescita di un sistema economico.

Questo ci dà l'immagine di una situazione bloccata e le situazioni bloccate non aiutano nei momenti di grande transizione.

La nuova figura (fig. 5) ha titolo Old age employment per 55-64, la classe che citava anche Tropeano.

Map 3.2: Old-age employment rate (55–64), by NUTS 2 regions, 2008 (%)



Prima, permettetemi la battuta per me sono dei bambini, cioè io sono passato al di là di quella classe di età, ma qui vengono classificati degli anziani, ma soprattutto se guardate la cartina in Piemonte, non occupati questo è il grosso guaio. Se una persona perde il lavoro a quell'età o poco prima è molto difficile possa rioccuparsi e questo è un danno per la società.

Il lavoro non è una quantità fissa che si taglia a fette, per cui si manda in pensione un anziano per trovare posto ad un giovane, questa è un'illusione meccanicistica che non sta da nessuna parte. Il lavoro è una quantità che cresce quanto più le persone sono impegnate nella loro attività e creano occasioni per esse e per gli altri, questa è l'unica esperienza che l'umanità ha conosciuto da quando è capace a fare misure sulle proprie statistiche, sulle proprie condizioni e quindi questo dato delle persone potenzialmente attivissime in una classe di età in cui si è ancora perfettamente in grado ma anche oltre di acquisire nuovi skill, purché si sia aiutati ad acquisirli è un danno enorme.

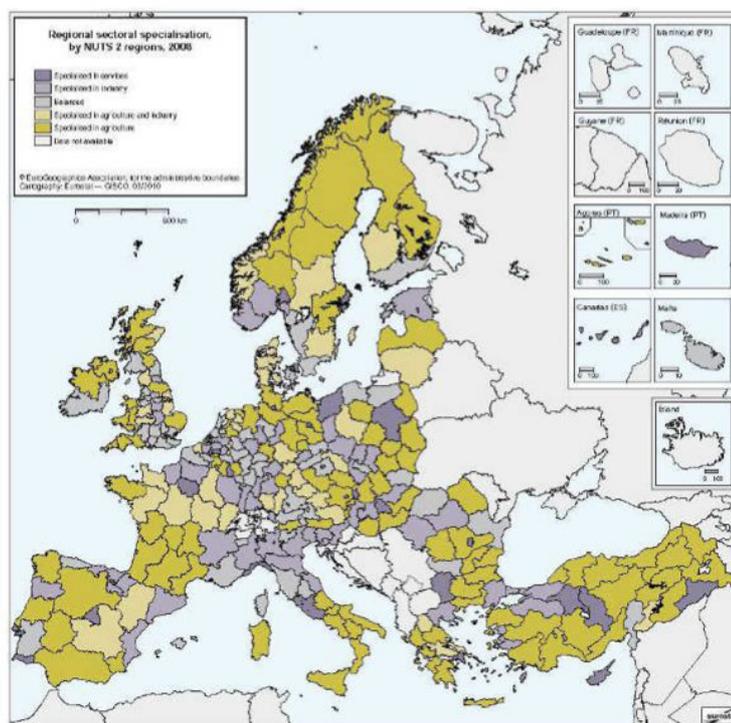
Che fare per risolvere il problema? È necessario che la base produttiva del Piemonte, noi parliamo di Torino, ma Torino è un punto in Piemonte, riesca a ricominciare a crescere per creare occasioni di lavoro per queste persone e per approfittare delle competenze dei giovani che sono alle porte e non riescono ad entrare nel mercato del lavoro

Rispetto all'Europa siamo marginali o centrali? Perché il ragionamento importante è questo.

Io sto dicendo tante cose che propongono dei problemi, ma ci sono le possibilità per farcela?

La mia risposta è sì, perché rispetto all'Europa noi siamo centrali. Guardate questa mappa (fig. 6), il grigio è là dove la macchina terziaria o secondaria, l'industria regge il sistema economico europeo, e chi è che lo regge, come al solito il grande blocco della Germania, ma tutta l'Italia centrale e del nord collabora con la Germania e con la Gran Bretagna.

Map 3.4: Regional sectoral specialisation by NUTS 2 regions, 2008 (!)
(%)



Guardate questo disegno verticale, sto semplificando, ma i dati dicono quello, per reggere il sistema economico industriale europeo in un grigio molto scuro regge il terziario, Parigi, certo, il Lazio non è solo più terziario, ma il terziario è assolutamente sovrabbondante per la Pubblica Amministrazione, dove c'è il grigio chiaro c'è una situazione mista tra terziario ed industria, dove c'è il grigio scuro prevale ancora il sistema industriale. Il Piemonte ha una posizione fondamentale all'interno del sistema produttivo europeo.

Non dimentichiamo il nostro punto di forza, dobbiamo farlo valere in ogni possibile condizione. Inoltre, il Piemonte e in particolare Torino, che producono beni durevoli, contribuiscono al sistema delle esportazioni e quindi sono aree su cui dobbiamo concentrare l'attenzione.

Ancora un cenno alla demografia (fig. 7): l'economista Stefano Molina ha recentemente contribuito ad una pubblicazione, che ho curato insieme al collega Giuseppe Russo in ricordo del professor Giorgio Rota che scomparve molti anni fa e che continuiamo a ricordare tra noi amici che gli eravamo tanto legati, era un mio coetaneo.

Fig. 7



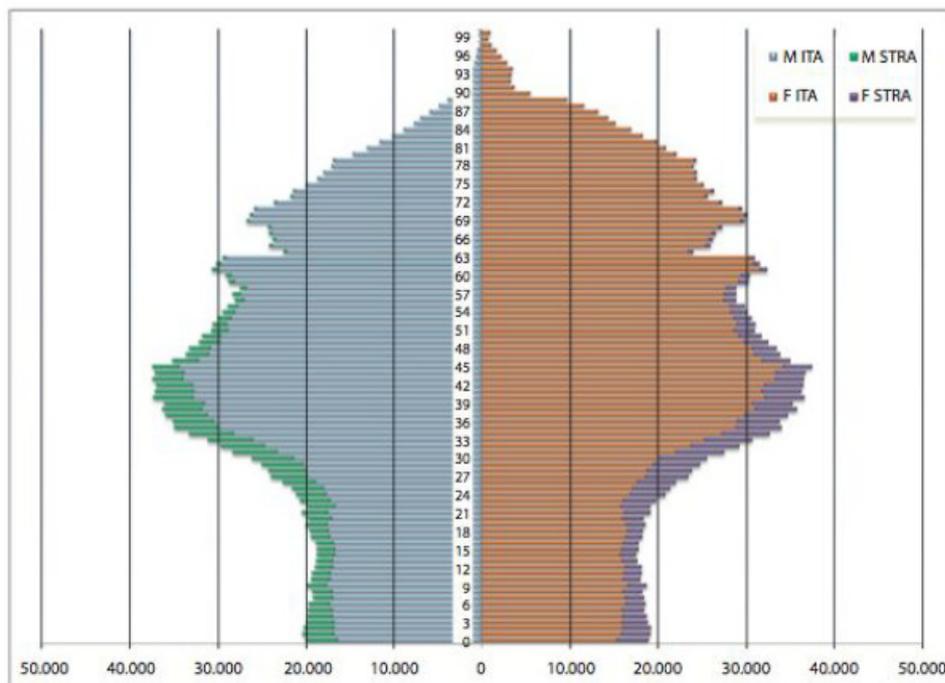
La lancetta piccola dell'orologio. Mezzo secolo di trasformazioni demografiche piemontesi

Stefano Molina

Molina è un economista che si occupa prevalentemente di popolazione, ed intitola il suo pezzo "La lancetta piccola dell'orologio", l'orologio ha una lancetta piccola che si muove adagio, ma è quella che determina i veri cambiamenti e nella demografia contano i veri cambiamenti, quelli lenti.

Se guardate quella che una volta si chiamava piramide della popolazione, adesso sembra il fungo della bomba atomica per il Piemonte, è veramente preoccupante quello che leggiamo (fig. 8).

Grafico 4 - Popolazione residente in Piemonte al 1° gennaio 2010, per cittadinanza.



Elaborazione da fonte Istat.

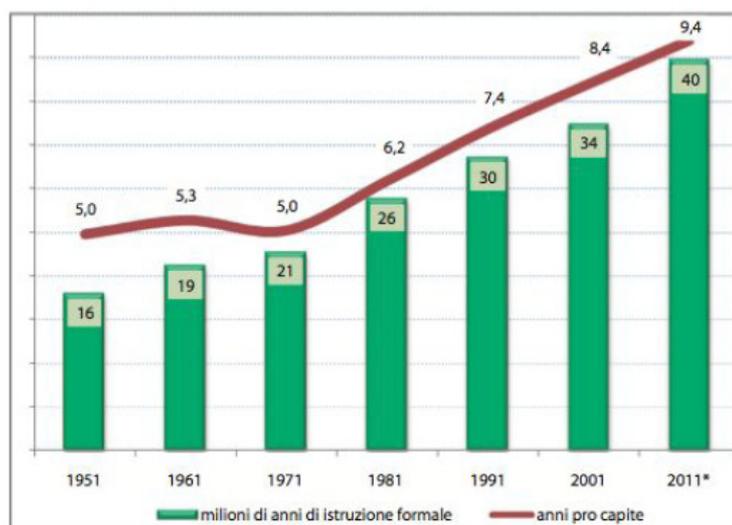
Queste sono persone tutelate e da qui a qui sono da zero a venti anni, se spostiamo questo blocco di venti anni in avanti queste due guance della popolazione che attualmente regge il sistema produttivo, dai venti anni fino ai cinquanta, sessanta, sessantacinque, spariscono, diventano persone nella terza età nell'età anziana, ma chi è che curerà gli anziani tra vent'anni se i giovani sono pochissimi?

Qui c'è un interesse privato anche da parte mia, lo ammetto. Ho avuto un episodio che mi ha molto colpito: mio cognato ha avuto un incidente cardiovascolare che è stato curato benissimo, da questa nostra sanità. Nella stessa stanza c'era un signore di settant'anni che aveva al mondo soltanto la mamma che era una signora di novanta, novantadue anni, molto arzilla.

Fa riflettere pensare che stiamo rovesciando completamente la catena dei rapporti intergenerazionali e l'umanità non l'ha mai sperimentato, non abbiamo mai nella storia un momento in cui sia successo questo, quindi siamo del tutto impreparati. L'unica cosa che possiamo immaginare è che pro tempore rubiamo risorse agli altri, ripeto rubiamo con i movimenti migratori. Non è una panacea perché l'esperienza francese dimostra che gli immigrati adottano rapidamente i tassi di natalità del sistema in cui si inseriscono, in questo momento abbiamo 1,1 figli per donna in età fertile in Piemonte, vuol dire che la popolazione sta invecchiando ad una rapidità terrificante, già due non è sufficiente per mantenere l'equilibrio.

Però c'è anche un verso della medaglia meno cattivo, stiamo accumulando sempre più competenze nella popolazione della nostra area. Questo grafico (fig. 9) dice che gli anni medi di studio di ciascuno nel 1951 erano 5, diciamo che essendo 5 la media, voleva dire che moltissimi non finivano la scuola elementare, adesso sono 9,4, che non è eccezionale, ma teniamo conto che qui consideriamo anche gli anziani, cioè coloro che non finivano la scuola elementare.

Grafico 8 – Misure del capitale umano piemontese: milioni di anni di istruzione formale incorporata nella popolazione residente e numero di anni pro capite, dal 1951 al 2011.



Elaborazione da fonte Istat.

Vuol dire che l'accumulazione di capitale umano sta diventando molto importante, abbiamo 40 milioni di anni di studio incorporati nell'attuale popolazione piemontese, nel '51 ne avevamo 16, questo vuol dire che la nostra capacità di fare, creare e gestire è una capacità importante, dobbiamo lavorare tutti nella direzione di recuperare queste energie ed è secondo me fattibile e vi dirò perché.

Ora un'analisi sulla collocazione mondiale, non più del Piemonte ma dell'Italia, in cui Torino e il Piemonte si inseriscono.

Questi due studiosi sono dei fisici teorici, Hidalgo e Hausmann (fig. 10).

Fig. 10

The building blocks of economic complexity

César A. Hidalgo¹ and Ricardo Hausmann

10570-10575 | PNAS | June 30, 2009 | vol. 106 | no. 26

I fisici teorici stanno sempre più applicando le loro metodologie all'elaborazione dei dati economici, questo è molto interessante.

Hanno lavorato sulle statistiche mondiali del commercio internazionale, correggendole opportunamente per evitare errori, e hanno classificato il mondo in quattro possibili settori:

- le nazioni non diversificate, non diversificate vuol dire prive di un tessuto produttivo ricco, che producono solo prodotti standard di non particolare valore aggiunto,
- quelle non diversificate ma che comunque producono alcune cose di grande valore,
- quelle diversificate che però producono solo prodotti standard e quindi non hanno particolare valore aggiunto
- quelle più virtuose, le nazioni nel quadrante blu, diversificate e con capacità produttive esclusive cioè con oggetti di valore aggiunto

che permettono di scambiare il proprio lavoro con il lavoro degli altri (fig. 11).

Fig. 11

Non-Diversified Countries Producing Standard Products	Diversified Countries Producing Standard Products
Non-Diversified Countries Producing Exclusive Products	Diversified Countries Producing Exclusive Products

Pensate un secondo da soli a dove mettereste l'Italia.

Questa è la sorpresa, l'Italia sta insieme agli Stati Uniti, alla Germania, alla Gran Bretagna, all'Olanda e alla Spagna.

Come mai va tutto male?

Potenzialmente non dovrebbe andare tutto male.

Le risposte sono infinite, questi signori iniziano nella loro analisi ricordando che vi sono delle cose che non si importano, ad esempio la legalità, o la si ha o non la si ha.

Una recentissima analisi di un economista a cui riconosco moltissima fiducia, Daniel Grosso, ci ricorda dati positivi: noi abbiamo investito nelle infrastrutture e nella formazione molto più della Germania, siamo più indietro, però stiamo investendo moltissimo (fig. 12).

Fig. 13



Concorrenza e Mercati

PERCHÉ L'ITALIA NON CRESCE

di Daniel Gros 02.11.2011

L'economia italiana ha prodotto risultati deludenti nell'ultimo decennio. Eppure, quelli che normalmente sono fattori di crescita sono migliorati. Sono aumentati gli investimenti in capitale umano e fisico e quelli in ricerca e sviluppo e si è intervenuti sulla regolamentazione del mercato del lavoro e dei prodotti. A peggiorare notevolmente sono stati invece gli indicatori di governance del paese: efficacia del governo, rispetto della legge e lotta alla corruzione. È questa la zavorra che impedisce all'Italia di crescere. Liberarsene non sarà facile.

Anziani tra fragilità e risorsa

**Chiara Saraceno, Università degli Studi di Torino e
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung**

*La Prof.ssa Chiara Saraceno è stata professore di sociologia della famiglia all'università di Torino. Negli ultimi cinque anni è stata professore di ricerca presso l'Istituto di Ricerca sociale di Berlino, dove si è occupata prevalentemente dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione sui rapporti tra le generazioni familiari, analizzando anche il modo in cui nei diversi paesi europei vengono sostenute, ed eventualmente alleggerite, le responsabilità intergenerazionali, specie nel campo della cura. I suoi studi riguardano la famiglia, le politiche sociali, la povertà. Il suo ultimo libro, scritto con Manuela Naldini, riguarda in modo particolare il tema di cui ci occupiamo oggi: **Conciliare famiglia e lavoro. Nuovi patti tra i sessi e le generazioni**, il Mulino 2011.*

C'è un'abitudine a parlare degli anziani quasi esclusivamente in termini di problema: rispetto al sistema pensionistico, e sanitario, ma anche rispetto ai loro familiari. C'è del vero in queste preoccupazioni. Ma esse mescolano problemi, ed anche gruppi di età, diversi. Proviamo quindi ad articolare meglio il ragionamento.

Come accennava il professor Terna, non c'è stato solo un innalzamento delle speranze di vita con conseguente invecchiamento della popolazione (un fenomeno accentuato dalla contemporanea riduzione delle nascite). Sono anche cambiate le condizioni di salute nelle età che definiamo anziane. Ovvero, non si vive solo più a lungo. Sono anche aumentati gli anni in cui si vive in buona salute. E' stato osservato che sessant'anni di oggi corrispondono grosso modo, in termini di benessere fisico, a quaranta, quarantacinque anni di cinquantanni anni fa. Dobbiamo quindi ridefinire la concezione di vecchiaia. Già all'inizio degli anni Ottanta del Novecento, un grandissimo demografo e storico inglese, Peter Leslet, aveva sottolineato come la terza età fosse davvero una nuova età, dal punto di vista sia

individuale che sociale. Per la prima volta nella seconda metà del secolo scorso, infatti, la larga maggioranza della popolazione arrivava ai sessant'anni e aveva davanti a sé ancora diversi anni di vita in buona salute e in pieno vigore fisico e intellettuale. Gli anni che andavano dai cinquantacinque ai settantacinque circa non erano segnati, per la maggioranza della popolazione, da degrado psico-fisico. Anzi, Laslett definiva la terza età come età della libertà. Cioè l'età in cui in qualche modo gli individui hanno messo in cascina le cose che volevano fare da grandi, hanno fatto una famiglia, si sono impegnati nel lavoro, non hanno più pressanti responsabilità sia familiari che rispetto alla costruzione di una carriera. Quindi possono essere più liberi nelle loro scelte, gusti e disgusti.

Peter Laslett distingueva tra terza età e quarta età, individuando in quest'ultima la fase della vita in cui è più frequente la fragilità, il venir meno di capacità, talvolta anche il degrado psico-fisico grave. Possiamo aggiungere che vi sono differenze non solo individuali, ma socialmente strutturate. Sia la durata della vita che gli anni di buona salute sono fortemente collegate al tipo di vita che si è condotto, quindi in larga misura al tipo di stile di vita consentito dalle risorse economiche e dai gruppi di riferimento, alla qualità delle misure di prevenzione e di cura cui si è avuto accesso. Naturalmente, queste differenze socialmente strutturate risultano anche in differenze/disuguaglianze nelle risorse materiali con cui le persone entrano nell'età anziana e affrontano i bisogni della quarta età, se ci arrivano.

E' vero quindi che la popolazione anziana è in aumento, ma non si tratta solo di anziani fragili e bisognosi di cure. Al contrario, c'è un'ampia fascia di anziani in buona salute e con le loro capacità intatte. Certamente ciò induce a riflettere sull'adeguatezza dell'età alla pensione, dato che si è allungato il periodo di godimento. Ma forse dovrebbe indurre a riflettere sulla opportunità di una revisione complessiva delle scansioni di vita. Il "calendario sociale" che si è stabilizzato nella seconda metà del Novecento, in larga misura basato su un modello di maschio senza altre responsabilità familiari che quella di procacciarsi reddito, è non solo poco adeguato alla esperienza femminile segnata anche fortemente dalla riproduzione, ma ad una visione più armonica e meno fondata sulla divisione dei compiti tra uomini e donne, ove sia le

donne che gli uomini nel corso della vita adulta lavorano per il mercato, hanno compiti di cura, partecipano alla società in cui vivono, tornano in formazione e così via. Liberare tempo solo dopo che si è raggiunto un determinato limite di età può essere meno efficace che alleggerire i passaggi di vita più intensi, quando si concentrano sia gli investimenti sul lavoro che quelli sulla famiglia.

La presenza di una popolazione anziana in buona salute e attiva, peraltro, non dovrebbe indurre solo a modificare verso l'alto l'età della pensione. Dovrebbe indurre anche a valorizzarne le competenze nelle attività civiche, di volontariato ma anche di partecipazione sociale. E' noto come nel nostro paese esista un forte associazionismo di anziani attivo, non solo su iniziative di tempo libero o di lobby per i propri interessi, ma di partecipazione civica e di auto e mutuo aiuto. In un periodo di risorse scarse è forse un "giacimento di capitale umano e sociale" che andrebbe meglio esplorato e valorizzato.

Certamente è un "giacimento di risorse" ben conosciuto a livello familiare. Tutte le ricerche nei paesi sviluppati segnalano come le risorse finanziarie fluiscono dalla generazione più anziana a quelle più giovani (figli adulti e nipoti). Anche le risorse di tempo e di cura fluiscono dalla generazione di mezzo, in età matura o giovane-anziana, verso i più giovani e verso gli anziani nella quarta età. In Italia, stante le carenze del nostro welfare, questi flussi sono insieme più mirati (ovvero vanno a chi nella rete intergenerazionale ha più bisogno) e più necessari. Come in altri paesi mediterranei, i figli non solo vivono più a lungo nella famiglia dei genitori e sono più o meno totalmente mantenuti da questi, ma dipendono di più dall'aiuto finanziario e di cura dei genitori anche quando escono di casa: per accedere ad una abitazione, per provvedere alla cura dei figli quando i genitori, in particolare le mamme, lavorano. E' stato calcolato che i nonni forniscono alla famiglia dei figli, che hanno figli a loro volta, un lavoro di cura per un valore medio di 250 euro al mese. Si tratta, appunto, di un valore medio, che comprende sia l'aiuto una volta ogni tanto e nelle emergenze, sia l'aiuto sistematico e quotidiano. Sono soprattutto le nonne a fornire questo aiuto, anche se non mancano i nonni. Le Indagini Multiscopo dell'ISTAT su

famiglie e soggetti sociali segnalano come negli ultimi dieci anni sia aumentato il numero dei nonni e nonne che si occupano qualche volta dei figli, ma è diminuito quello di chi lo fa intensamente, tutti i giorni. Allo stesso tempo, sta avvenendo una sorta di redistribuzione intergenerazionale della cura. Mentre quindici anni fa erano soprattutto i grandi anziani i destinatari della cura prestata da familiari, oggi lo sono di più i nipoti e le loro mamme, specie quando queste lavorano. Allo stesso tempo il numero di grandi anziani aumenta a sua volta, avendo tuttavia meno figli e figlie su cui contare a causa della riduzione della fecondità che ha coinvolto già le generazioni oggi più vecchie. L'invecchiamento, infatti, non riguarda solo la popolazione, ma in primo luogo le parentele e le catene intergenerazionali che, come diceva già Laslett nei primi anni Ottanta, in Italia si sono fatte lunghe e "magre".

L'intersecarsi di questi fenomeni è all'origine di una possibile nuova tensione e di un potenziale deficit di cura. La generazione di mezzo, quella di chi è insieme figlio della generazione più anziana e rispettivamente genitore e nonno di quelle più giovani, può trovarsi a dover fronteggiare domande di sostegno sia da parte dei più giovani che da parte dei più vecchi. E' un equilibrio fragile, che al momento tiene, ma che è destinato a diventare sempre più precario non solo a motivo del doppio aumento delle mamme lavoratrici e degli anziani fragili, ma anche a motivo dei mutati comportamenti femminili. Le donne che oggi fronteggiano le domande di cura sul doppio fronte dei nipoti e dei genitori/suoceri appartengono a generazioni in cui solo una minoranza di donne è rimasta nel mercato del lavoro durante tutta la vita adulta. Ed anche quella minoranza ne è uscita per lo più ad una età relativamente bassa. Perciò nella generazione delle donne oggi in età matura o nella terza età molte non hanno anche impegni di lavoro. Ma l'aumento nel numero di donne che rimangono sul mercato del lavoro anche quando hanno una famiglia propria, unitamente alla diminuzione della fecondità avvenuta nelle generazioni più anziane e all'aumento nell'età alla pensione, riduce sempre più il numero delle prestatrici di cura familiare teoricamente disponibili. E' un fenomeno apparentemente ignorato nelle politiche, che sembrano considerare i bisogni di cura (non sanitaria) dei grandi anziani un fenomeno marginale, comunque non di responsabilità

pubblica salvo che in casi di particolare gravità. E' ignorato anche dai documenti governativi, che anzi propongono la solidarietà tra le generazioni pressoché come l'unico strumento di intervento: con figlie che vanno a vivere vicino ai propri genitori per esserne aiutate con i propri figli e per aiutare a loro volta quando i genitori diventano a loro volta bisognosi di aiuto. Si tratta di un'aspettativa di interdipendenza generazionale che, non solo non offre alcun sostegno essa perché possa realizzarsi, ma ignora del tutto sia la demografia, che la mobilità geografica, che i mutati comportamenti femminili. Perché di donne prevalentemente si tratta quando è in questione la prestazione di cura. Nel caso degli anziani, la "gerarchia" delle principali prestatrici di cura è così composta: mogli, figlie e nuore. Mentre la prevalenza di mogli ha una sua parziale spiegazione nel differenziale di età al matrimonio e nella maggiore longevità femminile, che fanno sì che ci siano più vedove che vedovi, il secondo e terzo posto occupato da figlie e nuore, seguite poi a distanza dai figli, è piuttosto la conseguenza della divisione del lavoro tra uomini e donne.

Le aspettative esplicite e implicite delle politiche, la mancanza di alternative, pongono pesi gravosi sulle spalle dei familiari di una persona non autosufficiente, senza offrire protezione adeguata neppure a chi non può contare su una rete familiare. E' in questo contesto che, approfittando, per così dire, dell'immigrazione, le famiglie e gli individui hanno sviluppato una sorta di welfare fai-da-te basato sul lavoro di cura offerto da migranti, per lo più donne, in parte finanziato dall'indennità di accompagnamento che, come è noto, è l'unica misura di sostegno per la non autosufficienza esistente in Italia e solo per chi lo è in modo pressoché totale quindi senza nessuna misura di prevenzione o rallentamento del processo di perdita delle capacità). La frequente condizione di irregolarità di queste persone consente di impiegarle a basso costo e per orari lunghi. Il rapporto di lavoro puramente privato, oltre che spesso irregolare, è aperto a molti rischi per tutti i soggetti coinvolti. Soprattutto, mentre non garantisce sempre il rispetto dei diritti della lavoratrice non garantisce neppure l'appropriatezza delle cure (come avviene in generale quando vi è semplicemente una erogazione monetaria senza alcun controllo su come viene usata). Peraltro, anche i diritti dei familiari che

si prendono cura sono poco o per nulla tenuti in conto. Salvo che per i 4 giorni al mese garantiti ad un lavoratore/lavoratrice con responsabilità intense di cura per un familiare disabile e alla possibilità di ottenere un congedo non remunerato, non c'è attenzione per il sovraccarico di lavoro e psicologico, così come non c'è attenzione per l'appropriatezza.

Anche in una situazione di risorse scarse, sarebbe possibile e auspicabile utilizzarle diversamente. In particolare, da più parti viene avanzata la proposta di trasformare, eventualmente su base volontaria, l'indennità di accompagnamento in un voucher da spendere per acquistare servizi (anche di una badante) in modo certificato e regolare. Il valore di questo voucher potrebbe essere incrementato con quanto spendono in questo campo gli enti locali, in modo che il valore complessivo sia più alto di quello del semplice trasferimento monetario. Ciò incentiverebbe la creazione di un mercato dei servizi – individuali e collettivi – regolato. Quindi, mentre solleverebbe i familiari di parte del lavoro, si configurerebbe anche come un volano per l'occupazione regolare. Si configurerebbe una situazione simile a quella francese, spagnola e portoghese, ove negli ultimi anni il ricorso a trasferimenti monetari per fronteggiare i bisogni di cura è stato effettuato nell'ottica della creazione di un mercato regolato del lavoro di cura, allo stesso tempo favorendo l'alleggerimento del lavoro gravante altrimenti sui familiari e, in linea di principio, favorendo anche un monitoraggio dell'appropriatezza delle cure prestate.

Grazie dell'attenzione.

Benessere soggettivo e qualità della vita degli anziani in Piemonte

Dario Galati, Professore Ordinario di Psicologia presso la Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Torino, e Igor Sotgiu, Professore a Contratto di Psicologia presso la Facoltà di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Bergamo

Il Professor Dario Galati è Professore Ordinario di Psicologia Generale presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino, di cui è stato Preside. Ha precedentemente svolto la sua attività presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. E' membro di numerose società scientifiche internazionali e nazionali e in particolare della International Society of Researches on Emotion. Il suo principale interesse scientifico riguarda la psicologia delle emozioni. Altri ambiti di ricerca sviluppati riguardano la psicologia della coscienza, la psicologia dei non vedenti, la psicologia della salute. Nell'ambito della psicologia delle emozioni ha sviluppato diversi filoni di ricerca finalizzati a studiare il rapporto tra gli aspetti biologici e culturali dell'esperienza emozionale. In particolare ha approfondito lo studio degli aspetti innati e acquisiti dell'espressione facciale delle emozioni. Attualmente sta sviluppando alcuni nuovi ambiti di ricerca. Uno riguarda gli aspetti psicofisiologici e neuropsicologici delle emozioni, un altro la relazione tra esperienza soggettiva delle emozioni e modificazioni fisiologiche associate. Un altro ambito, infine, concerne lo studio della relazione tra emozioni, benessere e qualità della vita in diversi contesti: da quelli lavorativi a quelli legati a situazioni di emergenza e di rischio.

Il dottor Igor Sotgiu si laurea in Psicologia all'Università di Torino dove consegue anche il Dottorato di Ricerca in difesa dell'Ambiente e Organizzazione del Territorio. Ha ottenuto un assegno di ricerca presso l'Università degli studi di Torino, oltre a borse di studio a Torino e Liegi. Gli argomenti principali di cui si è occupato possono essere ricondotti nell'ambito della psicologia delle emozioni e della positive psychology.

1. Introduzione

La rappresentazione sociale dell'anziano è stata per lungo tempo influenzata da alcuni stereotipi negativi, duri a morire, che hanno le loro più profonde e antiche origini nel pensiero dell'età classica greco-romana. In quel tempo, la vecchiaia era vista e descritta in modo negativo come una fase dell'esistenza caratterizzata dalla mancanza e perdita di tutti gli aspetti positivi della vita attribuiti alla giovinezza e alla piena maturità. Salute, forza, bellezza, potenza, abilità e lucidità mentale appartenevano ai giovani;

malattia, debolezza, bruttezza, fragilità e perdita di lucidità erano tipiche della *geras argaleon* (spregevole vecchiaia). La vecchiaia si caratterizzava come un *non essere* e un *non avere*: in sintesi, come "anticamera della morte" che è lo stato di assoluto non essere.

La concezione classica della vecchiaia proposta dal pensiero greco-romano ha dominato la cultura medievale e moderna, influenzando anche le scienze umane e della natura: dalla medicina fino ad arrivare in tempi più recenti alla psicologia. In modo non dissimile dai filosofi greci e latini, per lungo tempo queste discipline hanno confermato lo stereotipo negativo della vecchiaia arrivando, nell'ambito del pensiero medico e psicologico, ad una patologizzazione di questa fase della vita. Solo in tempi più recenti, si è affermata, o si sta affermando, una nuova rappresentazione condivisa dell'anziano e della vecchiaia che mette in primo piano non tanto ciò che l'anziano *non ha* o *non è*, ma ciò che l'anziano *ha*, *è* o *può essere*. Un ruolo positivo nella modificazione dello stereotipo negativo dell'anziano è stato sicuramente giocato da un nuovo orientamento in campo medico, psicologico e sociologico. Molte ricerche in questi ambiti hanno documentato empiricamente quante e quali potenzialità possedga l'anziano nella società contemporanea e come egli possa, a certe condizioni, continuare ad essere integrato nel contesto sociale in modo attivo e produttivo (Cesa-Bianchi, 2000; Gergen e Gergen, 2003; Hill, 2005; Ranzijn, 2002; Williamson, 2002).

Il nostro intervento affronta queste tematiche con particolare riferimento alla situazione degli anziani in Piemonte. Il proposito generale che ha motivato i due studi che presenteremo nel nostro intervento (Galati, Sotgiu e Lavagno, 2007; Sotgiu, Galati, Manzano e Rognoni, 2011) è quello di verificare se la qualità della vita degli anziani in Piemonte confermi o contraddica la rappresentazione positiva dell'anziano che sempre più si afferma nella cultura contemporanea. Gli indicatori della qualità della vita utilizzati nei nostri lavori sono stati di due tipi: 1) l'esperienza delle emozioni positive e negative nel primo studio, 2) il benessere soggettivo e le sue componenti nel secondo. Le emozioni sono oggi largamente riconosciute in ambito psicologico come complessi processi cognitivi, fisiologici e comportamentali che mediano la relazione tra l'individuo e il suo ambiente di

vita, garantendone un buono o cattivo adattamento a seconda delle situazioni di contesto (Galati, 1993, 2002). Una prevalenza di emozioni positive nella vita quotidiana dell'individuo è un indice di buona integrazione con l'ambiente; una prevalenza di emozioni negative testimonia al contrario un rapporto problematico e difficoltà di integrazione. Per benessere soggettivo si intende il punto di vista personale che ciascun individuo utilizza nel valutare la qualità della sua vita quotidiana, elaborandone una rappresentazione sintetica. Tale rappresentazione tiene generalmente conto sia di aspetti oggettivi e materiali (ad esempio, reddito, possesso di beni, stato di salute fisica), sia di aspetti soggettivi (ad esempio, stati d'animo, tono dell'umore, relazioni affettive, livello di soddisfazione) (Galati e Sotgiu, 2004, 2005).

2. Primo studio (Galati, Sotgiu e Lavagno, 2007)

Domande di ricerca

- Quali sono le emozioni che accompagnano la vita quotidiana degli anziani?
- Qual è il tono emotivo globale della loro vita quotidiana?
- Che relazione esiste tra la tipologia di esperienze emotive vissute dall'anziano e il suo contesto di vita?

Metodo

Partecipanti. Hanno partecipato alla ricerca 32 pensionati piemontesi (17 maschi e 15 femmine) di età compresa fra 55 e 73 anni, con un'età media di 64 anni. Il livello di istruzione dei partecipanti era medio (25% laureati, 53% diplomati, 22% con licenza media o elementare).

Procedura e strumenti. Ogni soggetto riceveva una borsa marsupio contenente un diario cartaceo di piccole dimensioni (10.5×15 cm) e un'agenda elettronica dotata di un dispositivo di segnalazione acustica. Il ricercatore spiegava al soggetto che l'agenda elettronica era programmata in modo da inviare, per sette giorni consecutivi, sei segnali acustici ("chiamate") distribuiti in maniera casuale nell'arco della giornata (dalle 9 alle 23). In

corrispondenza di ogni segnale acustico, il soggetto doveva rispondere ad una serie di domande riportate sul diario che riguardavano la sua esperienza emotiva percepita in quel momento (tipologia di emozione provata e sua intensità). Il numero di segnali acustici inviati al totale dei partecipanti è stato pari a 1.344 (6 chiamate × 7 giorni × 32 partecipanti). Il numero di segnali acustici a cui i partecipanti hanno risposto compilando il diario è stato invece di 1.055, con una percentuale di risposta pari al 78.5% delle chiamate effettuate. Mediamente, ciascun soggetto ha riferito dunque circa 33 episodi della propria vita quotidiana.

Risultati

La Tabella 1 riporta la frequenza di citazione e i punteggi medi di intensità delle diverse emozioni indicate dai partecipanti sul diario. Come si può notare, le emozioni esperite in modo più frequente sono state nell'ordine la serenità (50.8%), l'interesse (45.9%) e la gioia (26.4%). Queste emozioni erano anche quelle vissute con maggiore intensità rispetto alle altre. Le altre emozioni (quali tristezza, rabbia, paura, vergogna) sono state citate con una frequenza molto bassa, compresa tra lo 0.9 e l'8.6%. Maschi e femmine hanno riportato frequenze e livelli d'intensità simili in relazione alle diverse emozioni.

Al fine di indagare in modo più approfondito la tipologia delle esperienze descritte dai partecipanti, si è scelto poi di classificare ciascun episodio con riferimento alla sola emozione dominante ossia quella indicata dal soggetto con intensità maggiore rispetto a tutte le altre (cfr. Zelenski e Larsen, 2000). È interessante osservare che il 60.3% degli episodi conteneva un'emozione dominante, mentre la parte restante degli episodi riguardava esperienze in cui due o più emozioni avevano ricevuto lo stesso punteggio di intensità. Considerando i soli episodi con un'emozione dominante, è risultato che nel 51.8% dei casi i partecipanti riferivano di provare in modo prevalente un'emozione positiva, nel 35.2% un'emozione neutra (sorpresa o interesse), mentre soltanto nel 13.0% degli episodi l'emozione dominante era negativa. In sintesi, le emozioni positive prevalgono significativamente sulle altre forme di esperienza emotiva.

Tabella 1 - Frequenza di citazione e intensità media delle emozioni provate durante la vita quotidiana

<i>Emozioni</i>	<i>Frequenza di citazione</i> %	<i>Intensità</i> <i>Media (ds)</i>
Serenità	50.8	1.05 (1.17)
Interesse	45.9	0.99 (1.20)
Gioia	26.4	0.49 (0.91)
Tristezza	8.6	0.20 (0.69)
Sorpresa	7.5	0.15 (0.55)
Imbarazzo	5.0	0.10 (0.47)
Orgoglio	4.9	0.09 (0.44)
Rabbia	4.5	0.07 (0.37)
Indignazione	3.9	0.10 (0.51)
Disgusto	2.4	0.04 (0.30)
Vergogna	1.3	0.03 (0.26)
Paura	1.0	0.01 (0.10)
Colpa	0.9	0.01 (0.15)

Nota. Le emozioni sono ordinate in base alla frequenza con cui sono state citate dalla più frequente alla meno frequente. La scala d'intensità variava da 0 a 3 (0 = intensità nulla, 3 = intensità alta).

Fonte: adattato da Galati, Sotgiu e Lavagno (2007)

È stata poi analizzata la relazione tra la tipologia di esperienze emotive dominanti vissute dai partecipanti e il contesto situazionale degli episodi riferiti (luogo, persone presenti, attività svolte al momento della chiamata). I risultati hanno mostrato che le emozioni positive erano esperite in modo più frequente in casa di altre persone e nella propria abitazione rispetto ad altri luoghi. Per quanto riguarda le persone presenti durante le chiamate ricevute dai partecipanti, il fatto di stare in compagnia di persone con cui il soggetto aveva un legame affettivo (amici, parenti, partner) era associato con un maggior numero di emozioni positive rispetto allo stare da soli o insieme ad altre persone con cui non vi era un legame affettivo particolare. Infine, è risultato che nella maggioranza degli episodi in cui i partecipanti erano impegnati nella cura di se stessi, in lavori domestici o in interazioni con altre

persone, essi riferivano di provare come emozione dominante un'emozione positiva.

3. Secondo studio (Sotgiu, Galati, Manzano e Rognoni, 2011)

Domande di ricerca

- Quali sono le cose che, per gli anziani, sono importanti per essere felici?
- In che misura gli anziani si considerano felici e soddisfatti della propria vita?
- Che relazione esiste fra la partecipazione ad attività sociali e culturali e la felicità?

Metodo

Partecipanti. Hanno partecipato all'indagine 209 pensionati torinesi (76 maschi, 123 femmine) di età compresa fra 60 e 91 anni (età media = 72.0 anni). Il livello di istruzione dei partecipanti era medio-basso (14% laureati, 30% diplomati, 55% con licenza media o elementare). Il campione includeva tre gruppi: anziani coinvolti in attività culturali ($n = 76$), anziani coinvolti in attività sociali ($n = 81$), anziani non socializzati ($n = 52$).

Procedura e strumenti. È stato somministrato un questionario con domande nel quale si chiedeva al soggetto di indicare quali fossero, secondo lui, le componenti della felicità, elencandole in ordine di importanza da quella che considerava più importante a quella che considerava meno importante. Per ciascuna componente citata, il soggetto doveva poi indicare in che misura riteneva di averla realizzata nella sua vita utilizzando una scala di giudizio a 5 punti (da 0 a 4). Venivano infine richiesti i dati socio-demografici del partecipante.

Risultati

La Tabella 2 presenta l'elenco delle diverse componenti della felicità indicate dai partecipanti nel questionario e la frequenza con cui esse sono state citate dal campione nel suo insieme. Come si può notare, le componenti

più frequentemente citate, e dunque ritenute più importanti dai partecipanti, sono state in ordine: la salute (89.0%), la famiglia (62.2%) e il denaro (54.1%). Seguono l'amicizia, le buone relazioni sociali e la serenità, che superano tutte il 30% di frequenza di citazione.

Tabella 2 - Frequenza di citazione delle componenti della felicità indicate dai partecipanti

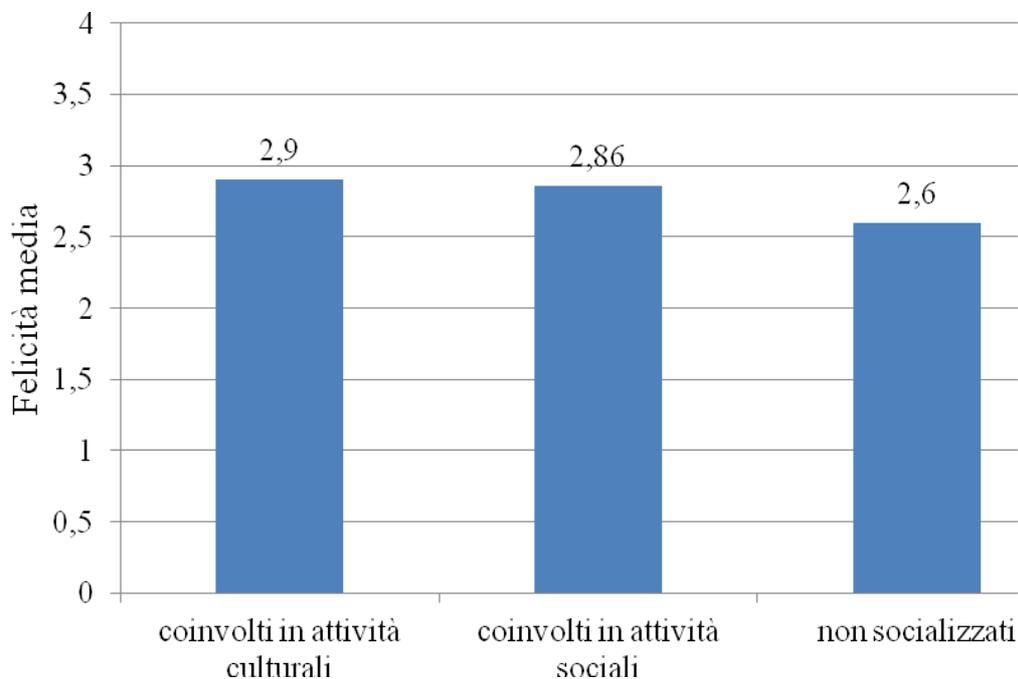
Componenti della felicità	Frequenza di citazione %
Salute	89.0
Famiglia	62.2
Denaro	54.1
Amicizia	38.8
Buone relazioni sociali	31.1
Serenità/benessere	31.1
Valori	29.7
Amore	19.6
Altruismo	18.7
Autorealizzazione	17.7
Eventi piacevoli	15.8
Cultura/conoscenza	15.8
Lavoro	14.8
Partner	10.0
Assenza di eventi spiacevoli	8.1
Emozioni positive	7.2
Casa	6.7
Fede	5.3
Successo	5.3
Emozioni empatiche	1.5

Fonte: adattato da Sotgiu, Galati, Manzano e Rognoni (2011)

Dall'analisi dei punteggi di realizzazione delle componenti maggiormente citate è risultato che le relazioni familiari e le buone relazioni sociali sono le

componenti più realizzate dai partecipanti. Ad esse seguono nell'ordine l'amicizia, la serenità, la salute e il denaro. I punteggi di realizzazione di tutte le componenti sono stati aggregati per stimare un livello di felicità globale dei partecipanti. Considerando il campione nel suo insieme, in una scala da 0 a 4, il livello medio globale di felicità è risultato pari a 2.81. Tale valore è superiore al punto medio della scala e ciò indica un buon livello soggettivo di benessere e qualità della vita. Analizzando separatamente i tre gruppi che costituiscono il campione, il livello stimato di felicità globale è risultato più alto nel gruppo di partecipanti coinvolti in attività culturali (media = 2.90), lievemente inferiore quello dei partecipanti coinvolti in attività sociali (media = 2.86). Il valore più basso è risultato quello dei partecipanti non socializzati (media = 2.60), che si discosta in modo statisticamente significativo dagli altri due gruppi (si veda la Figura 1).

Figura 1 . *Confronto tra il livello medio di felicità globale calcolato nei tre gruppi di anziani inclusi nel campione*



Nota. Analisi della varianza: $F(2, 208) = 4.19, p < .05$.

4. Conclusioni generali

Possiamo dunque concludere che i gruppi di anziani da noi esaminati nel primo e nel secondo studio si considerano piuttosto felici ed emotivamente bene integrati con l'ambiente circostante. Le componenti che sono ritenute necessarie per la realizzazione del benessere si riferiscono alla salute, alle relazioni familiari e sociali e a un benessere economico di base. L'atteggiamento emotivo di fronte all'ambiente è risultato caratterizzato da emozioni positive di gioia e serenità e da un interesse di base nei confronti del mondo esterno. Ciò testimonia che queste persone non si sentono escluse o emarginate dall'ambiente nel quale vivono la loro vita quotidiana. L'integrazione sociale e l'interesse per il mondo sono risultati inoltre maggiori nelle persone impegnate in attività sociali (ad esempio, il volontariato) e culturali (ad esempio, corsi di formazione e Università della Terza Età).

L'auto-rappresentazione dell'anziano che emerge da questi due studi è dunque positiva e ottimistica e contraddice in modo piuttosto evidente l'antico stereotipo negativo discusso nell'introduzione che lo descriveva come fragile, malato, infelice ed emarginato dal mondo. I nostri dati vanno comunque relativizzati tenendo conto di alcuni fattori. Innanzitutto, tutti i partecipanti erano pensionati e dunque disponevano di un reddito in grado di fornire loro una certa sicurezza economica di base. In secondo luogo, i dati sono stati raccolti tra il 2007 e il 2008 e dunque prima dell'inizio della crisi economico-finanziaria che ha travolto negli ultimi anni il mondo occidentale. Questa crisi, come è ben noto, ha creato un nuovo stato di incertezza e di insicurezza a tutti i livelli sociali e a tutti i livelli di età. Sarebbe quindi interessante condurre oggi una nuova indagine su gruppi di anziani piemontesi simili a quelli da noi esaminati per valutare gli eventuali effetti della crisi socio-economica sulla loro rappresentazione soggettiva del benessere e della qualità della vita.

Riferimenti bibliografici

Cesa-Bianchi, M. (2000). *Psicologia dell'invecchiamento*. Roma: Carocci.

- Galati, D. (a cura di). (1993). *Le emozioni primarie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Galati, D. (2002). *Prospettive sulle emozioni e teorie del soggetto*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Galati, D. e Sotgiu, I. (2004). Happiness and positive emotions. *Ricerche di Psicologia, Special Issue on Positive Psychology*, 27, 41-62.
- Galati, D. e Sotgiu, I. (2005). Benessere, gioie, dolori e felicità. *Psicologia della Salute*, 1, 9-27.
- Galati, D., Sotgiu, I. e Lavagno, G. (2007). Emozioni positive e vita quotidiana: uno studio su un gruppo di anziani. In A. Delle Fave (a cura di), *La condivisione del benessere. Il contributo della Psicologia Positiva* (pp. 94-109). Milano: Franco Angeli.
- Gergen, M. e Gergen, K. J. (2003). Positive aging. In J. Gubrium & J. Holstein (Eds.), *Ways of aging* (pp. 203-224). New York: Blackwell Publishing.
- Hill, R. D. (2005). *Positive aging: A guide for mental health professionals and consumers*. New York: W. W. Norton & Co.
- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist*, 37, 79-85.
- Sotgiu, I., Galati, D., Manzano, M. e Rognoni, E. (2011). Happiness components and their attainment in old age: A cross-cultural comparison between Italy and Cuba. *Journal of Happiness Studies*, 12, 353-371.
- Williamson, G. M. (2002). Aging well: Outlook for the 21st century. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 676-686). New York: Oxford University Press.
- Zelenski, J. M. e Larsen, R. J. (2000). The distribution of basic emotions in everyday life: A state and trait perspective from experience sampling data. *Journal of Research in Personality*, 34, 178-197.

Il ruolo di una Medicina per l'anziano

Luigi Maria Pernigotti, Direttore del Dipartimento Integrato di Lungassistenza e della Geriatria, Asl Torino 1; Scuola di Specializzazione in Geriatria e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Torino

Geriatra, già all'Università di Torino e Novara, organizzatore dei primi tentativi di cure domiciliari in Italia; da dieci anni direttore del dipartimento di geriatria ASL TO 1 Torino.

Alcuni anni fa i paesi del mondo guardavano all'Italia, allora in sviluppo, come ad un laboratorio sperimentale che doveva testare le soluzioni dei cambiamenti sociali conseguenti ad un invecchiamento della popolazione più marcato di quanto non accadeva nelle altre regioni dell'Europa e dell'occidente. Più velocemente degli altri, nel corso del cinquantennio postbellico, l'Italia aveva raggiunto i massimi valori di speranza di vita. In alcuni centri italiani, e tra questi Torino, in modo più rilevante perché di dimensioni metropolitane, la prevalenza della popolazione aveva manifestato (e continua a manifestare) una crescita del numero di anziani, dimostrandosi una parte di particolare interesse per lo studio dei processi che determinano il fenomeno e per individuare le soluzioni dei problemi associati ai cambiamenti demografici.

I cambiamenti demografici segnano diverse fasi, dette di transizione. La prima e la seconda identificano lo *sviluppo demografico*, dapprima correlato alla diminuzione della mortalità con crescita del numero dei bambini, poi, alla caduta della fertilità, con aumento nella popolazione degli adulti e dell'età media della popolazione, che in una fase finale disegna *l'invecchiamento demografico*, con la crescita ulteriore dell'età media, quando gli adulti divengono anziani e cresce la prevalenza di essi.

Nella città di Torino, alla crescita degli anziani è seguita, e continua a aumentare, la crescita dei grandi anziani, parallela, negli ultimi anni, ad una ripresa della natalità, disegnando una nuova quarta fase di transizione

demografica, correlata ad un reale aumento della lunghezza di vita. Essa può essere definita di longevità, nella quale, paralleli, si disegnano fenomeni di sviluppo della popolazione e di reale *aumento della durata di vita* dei cittadini.

L'invicchiamento della popolazione è argomentato quale problema per il corollario di un conseguente aumento della popolazione non autosufficiente. La Medicina può aiutare a comprendere questo problema, misurandone l'entità ed a ricondurlo a possibilità di intervento che lo ridimensionino.

Il binomio invecchiamento/dipendenza-non autosufficienza non è assoluto e l'anzianità, anche quella più elevata, può e potrà essere realtà non obbligatoriamente associata alla perdita di autonomia. Esistono già oggi elementi anticipatori di questo scenario.

A Torino si è conquistata una longevità che corrisponde all'aumento di cinque anni di vita ogni sette di storia. Le basi mediche di questo fenomeno rispondono a due processi: la restrizione della mortalità conseguente a *ritardo delle malattie dell'invecchiamento*, l'aumento di vita verso i cent'anni, con compressione dei *tempi in condizioni di non-autosufficienza*, lo sviluppo del cosiddetto invecchiamento di successo.

Già vent'anni fa si era potuto osservare che le stime di crescita della non autosufficienza parallela all'invecchiamento della popolazione si modificavano, di anno in anno, prospettando futuri meno drammatici, per la conquista di un mantenimento di *performance* dell'anziano e del grande anziano che lo rendono per più tempo autonomo. Dagli anni duemila si osserva che il bisogno di servizi per la non autosufficienza sempre più insorge in persone sempre più anziane.

Queste premesse fanno luce sulla necessità che la Medicina per gli anziani riconosca e centri i propri interventi sulla base della considerazione che i processi d'invecchiamento non sono univoci. Ciò significa che nella sua applicazione si distinguano indicatori ed obiettivi differenti non in base alle età anagrafiche ma ai diversi biotipi di invecchiamento.

Gli indicatori intorno ai quali si devono costruire interventi medici differenziati possono essere schematizzati in *robustezza, fragilità, vulnerabilità, non autosufficienza*.

La robustezza esprime il mantenimento di capacità adattative che possano sostenere i cambiamenti dell'invecchiamento senza che per esso si giunga a superare la soglia oltre la quale si perde lo stato di autonomia. La contentezza di sé, la convinzione di una preservata maestria, è il fenotipo con il quale si manifesta la robustezza. L'ammalarsi, in soggetti robusti, può non intaccare le prospettive di compenso ed anche di guarigione: ciò è stato confermato anche nella nostra Città. In uno studio condotto su grandi anziani, si è rilevato che la presenza di malattie, ancorché croniche e presenti diffusamente nel campione in studio, non ha condizionato in modo drammatico la condizione di salute e di benessere psicologico. La forza della robustezza è costruita da stili di vita non destruenti ai quali concorrono capacità genetiche di resistenza agli eventi stressanti ed ai danni indotti dall'ambiente. Esistono geni che condizionano la riparazione e la crescita di tessuti muscolari. L'espressione di questi geni è variabile tra i diversi individui e concerne posizionamenti del corredo genico a loro volta condizionati dalle relazioni con l'ambiente nel corso della vita, in particolare in età giovane. E' questo il campo dell'epigenetica, dal quale sono giunte conoscenze di stretti rapporti tra lo sviluppo di capacità di resistenza alle malattie croniche e parti del genoma più o meno funzionanti a seconda dei condizionamenti ambientali.

La fragilità ha una definizione biologica, si esprime in fenotipi nei quali si osservano perdita di peso, riduzione della velocità del cammino, affaticamento, riduzione della forza muscolare, ridotta attività fisica. Questi segni preannunciano lo sviluppo di una diminuzione delle capacità adattive che sostengono la ripresa del funzionamento dopo malattie acute, ed anche interagiscono nello sviluppo delle patologie croniche quali le malattie vascolari cardiache e la demenza degenerativa primaria di Alzheimer. Esistono anche per la fragilità riferimenti alle interazioni tra gene ed ambiente: sono multiple le espressioni di geni associati con l'infiammazione, la crescita cellulare, il rimodellamento riguardo i muscoli. Le capacità di espressione dei geni trascrittori che regolano la sintesi di citochine coinvolte nei processi pro ed antinfiammatori, i fattori di crescita, i fattori di rimodellamento muscolare possono essere in relazione a modificazioni ambientali subite in età giovane.

La non autosufficienza può avere diversi significati: stato di malattia evolutiva età-associata o età-correlata, esito invalidante di malattia preesistente, condizione della senescenza. E' comunque una realtà misurabile seppur sia un concetto identificativo che trascende i riferimenti semantici alla debolezza della persona e dei suoi costituenti fisici, psicologici e sociali e si sostanzia come debolezza dell'esistenza, misurata in termini di interventi possibili e realizzabili per risolvere il bisogno, ovvero l'attesa per abolire o ridurre le cause di problemi affrontabili. Essa è tematica medica, ma non solo: infermieristica, assistenziale, sociale.

La distinzione diagnostica del complesso della non-autosufficienza permette di individuare diversità di interventi: alcuni concernono strettamente la medicina per la cura dei determinanti dell'invalidità, altri l'assistenza infermieristica e sociale per il sostegno dei supporti necessari alla partecipazione sociale delle persone disabili, altri, infine la cultura e l'amministrazione del paese per il sostegno delle dinamiche familiari e comunitarie di protezione dei più poveri di salute.

In questo scenario la medicina ha compiti e possibilità di interventi specifici. Si tratta della applicazione delle scienze mediche per definire interventi di cura orientati non solo alle diagnosi delle malattie croniche, ma anche alle interazioni tra gli interventi possibili e le prospettive prognostiche associate ai diversi tipi di invecchiamento. Una medicina centrata sulla persona per intervenire in relazione agli *outcome* prospettabili e variabili in relazione alla robustezza, fragilità, vulnerabilità, dipendenza del soggetto. Ciò comporta un distacco metodologico da alcuni cardini della medicina non pensata e sviluppata specificamente per l'anziano. Le basi filosofiche della scienza medica, con le quali peraltro si sono percorsi i successi della ricerca, sviluppando la teoria del Rasoio di Occam, non si attagliano ad una realtà di cura di pazienti che nella loro esistenza e per vie differenti di invecchiamento hanno condizioni multipatologiche complesse e variamente condizionanti la salute in relazione al loro stato socio ambientale. La medicina per l'anziano si basa sul riconoscimento che in ogni individuo ammalato esista non una causa di malattia, ma un complesso causale di elementi ciascuno necessario ma non sufficiente a determinare lo stato di malattia. Dallo sviluppo di questo

principio origina l'applicazione di una metodologia medica specifica, incentrata sulla *valutazione multidimensionale* dei diversi elementi coinvolti nello stato di salute della persona. La medicina per l'anziano si prefigge di applicare questa metodologia, riconducendola agli aspetti etici che obbligano alla misurabilità di ogni intervento per comprenderne i risultati e ricondurre questi alla valutazione di bene o mala-ficienza e del rispetto di una equità distributiva delle risorse.

In conclusione la medicina per l'anziano accoglie la buona notizia che si vive più a lungo con la più parte della vita in buona salute, ma si sviluppa nel riconoscimento che l'uomo di oggi tende a soffrire di malattie croniche che si sviluppano in lunghi periodi. Alla medicina per l'anziano non deve sfuggire il compito di interagire in modo che si sviluppino servizi sanitari pronti a seguire una larga parte della popolazione che muore lentamente con malattie croniche.

I servizi che sviluppano le impostazioni peculiari della medicina orientata all'anziano risultano vincenti nel ridurre le perdite di autonomia che si associano alle malattie acute concorrenti ed interrelate ai processi di invecchiamento e si dimostrano efficaci nel ridurre i costi dell'organizzazione sanitaria ospedaliera ed il costo dell'anziano per la società. La loro caratteristica è un affinamento diagnostico e decisionale degli interventi di cura in rapporto alle differenti prognosi relative al biotipo di invecchiamento, ma anche e soprattutto il collegamento con servizi che assumano la valutazione multidimensionale in un percorso continuo di monitoraggio della salute del paziente. I risultati di nostre esperienze applicate alla cura delle persone affette da demenza con la costruzione di una rete di servizi, integrando nelle cure offerte *setting* di cura flessibili e differenziati, dal ricovero ospedaliero, a quello semiresidenziale e residenziale, con interventi di assistenza infermieristica domiciliare e di protezione sociale, ha condotto ad una riduzione percentuale della istituzionalizzazione dell'anziano ed al suo ritiro dalla famiglia e dalla partecipazione.

Tra gli elementi della medicina per l'anziano è doveroso segnare che il rispetto per il malato anziano non autosufficiente richiede il rispetto di chi si assume il carico di assisterlo, offrendo ad esso gli interventi di pronta

diagnosi e di cura delle condizioni di malattia indotte dall'essere *caregiver*: l'affaticamento, lo stress.

La medicina per l'anziano non si distacca dalla medicina, ma si sviluppa nell'applicazione ponderata della scienza medica ai bisogni di salute complessi che l'età, la grande età soprattutto, induce. La ponderazione si estrinseca da un lato in una misurata accettazione della EBM, spesso costruita non sulle esigenze di cura dell'anziano e del grande anziano e dall'altro nella integrazione con le scienze applicate del sociale e della psicologia.

In conclusione, per la costruzione della medicina per l'anziano si suggerisce di accogliere la via scientifica, esemplificata dalle linee guida basate sulla medicina delle prove, ma utilizzate secondo il modello delle *glidepaths*, cioè quello di costruire città sulla base di certezze scientifiche, convinti di non usarle come verità assolute, come quando il pilota dell'aereo atterra nei sentieri indicati dai radar di un aeroporto, libero di modificare la rotta a seconda delle condizioni di volo.

Per un atlante della società torinese

Sergio Conti, Professore Ordinario di Geografia Economico-Politica presso il Dipartimento Interateneo del Territorio, Politecnico di Torino e Università degli Studi di Torino

Sergio Conti insegna Geografia economica presso l'Università di Torino. Ph.D alla London School of Economics and Political Sciences, dagli studi nell'Est europeo, in Unione Sovietica, in Inghilterra, negli Stati Uniti, in America Latina, ha tratto una rilevante attività pubblicistica incentrata sui problemi dello sviluppo e della valorizzazione economica e territoriale. E' stato docente in numerose università straniere (dalla Columbia University di New York, all'Università di Cordoba in Argentina, alla Sorbone di Parigi) e ha collaborato con organismi internazionali come la World Bank, l'OCSE, l'Unione europea. Presidente dal 1992 al 1998 dell'Unione Internazionale di Geografia industriale e, dal 1996 al 2010, rappresentante del Consiglio Nazionale delle Ricerche presso l'I.C.S.U. (International Council for Scientific Unions), dal 2002 al 2005 è stato Preside della Facoltà di Economia dell'Università di Torino e, dal 2005 al 2010, Assessore regionale alla Programmazione strategica, Politiche territoriali ed Edilizia della Regione Piemonte. Dal 2002 è altresì vicepresidente della Società Geografica Italiana.

La centralità dei dibattiti di questo incontro è data dalla senilizzazione, un fenomeno strettamente connesso con il crescente disagio sociale. Sul piano politico-interpretativo e su quello della ricerca delle risposte possibili penso che questo problema sia inevitabilmente legato alla questione abitativa.

Sotto questa luce non credo che Torino stia così male rispetto ad altre città italiane. Penso tuttavia che stia malissimo rispetto alla gran parte delle città europee, e le ragioni di questa affermazione cercherò di renderle esplicite – seppur sinteticamente – nelle pagine che seguono e nella proposta di rendere maggiormente esplicito il quadro conoscitivo.

Iniziamo con alcuni elementi di scenario sufficientemente noti. Sappiamo che è andato esaurendosi il vecchio modello (fordista) della casa popolare di massa, segnato da un compromesso stabile fra capitale e lavoro, fra

amministrazione centrale e corporativismo settoriale (comprendendovi le grandi imprese edili). Ne consegue che negli ultimi anni la quota di edilizia sociale è scemata progressivamente (da cui un deficit strutturale), ed è cresciuta conseguentemente la forbice fra offerta e domanda e sono lievitati nel contempo i costi, ritenuti ormai inabbordabili da parte dei gruppi sociali più deboli. La conseguenza è che i fenomeni di esclusione, di sofferenza - anche e soprattutto degli anziani - di disuguaglianze che interessano la città, si rendono particolarmente evidenti nei processi di esclusione abitativa che colpiscono attualmente persone mai colpite in precedenza.

In realtà, la riduzione progressiva dell'intervento statale è un fenomeno europeo. Nondimeno alcuni dati aggregati ci inducano a riflettere: anzitutto, relativamente al numero di alloggi sociali ogni 1.000 abitanti se ne contano 149 in Olanda, 71 in Gran Bretagna, 48 in Francia, 30 in Germania, ma soltanto 16 in Italia. Inoltre, mentre la quota di bilancio statale destinata alla residenza pubblica alla fine dell'ultimo decennio si avvicinava al 3,5% circa (media europea), nel nostro paese si arrestava allo 0,2%. La conseguenza primaria è stata la privatizzazione del settore, e conseguentemente la sua iscrizione in una logica di dipendenza diretta rispetto al mercato e le sue logiche.

In queste condizioni, le collettività territoriali si sono spesso trasformate, nei fatti, in agenti che favoriscono la speculazione edilizia (vedi fenomeni di cessione del patrimonio fondiario pubblico a imprese private immobiliari, commerciali, industriali, a spese delle possibilità di realizzare investimenti in edilizia sociale), dove lo Stato non ha trovato strumenti per intervenire, fissare priorità, istanze di regolazione. Ne è conseguito un calcolo utilitaristico (e "localistico") a breve termine. Non solo: l'assimilazione dell'edilizia sociale alla "misera del mondo" (e agli eventuali disordini urbani) ha spesso indotto i poteri locali a rifiutare possibili interventi residenziali. Ne è conseguito che il fabbisogno reale è dato dall'abitazione in affitto, di fronte altresì alla crescita dei canoni di locazione (sul mercato privato), degli sfratti per morosità incolpevole, della crescita del numero delle famiglie (una tendenza peraltro comune ai paesi europei sviluppati).

Relativamente al Piemonte, sono tra il 20 e il 25% le famiglie che vivono in affitto, con punte ovviamente più elevate per l'area metropolitana (nella Provincia di Torino sono oltre 90.000 le famiglie per le quali si registrano serie o gravi difficoltà). Sempre nella Provincia di Torino si contano oltre 10.000 delle circa 15.000 domande di assegnazione di alloggi di edilizia pubblica insoddisfatte a livello regionale, le quali sono peraltro cresciute di 1.500 circa tra il 2005 e il 2010. Nel contempo si contano oltre 3.000 individui senza fissa dimora.

Dalle rilevazioni si evince inoltre che soltanto il 17% dei locatari può permettersi affitti al di sopra dei 400 euro/mese e ben il 42% sarebbe in condizione di destinare all'affitto soltanto una cifra inferiore ai 250 euro/mese. Siamo dunque in presenza di una crescente pauperizzazione sociale che supporta le ragioni per le quali si è assistito a un aumento vistoso degli sfratti per insolvenza – circa 400.000 negli ultimi 20 anni (+ 6% annuo fra il 2007 e il 2010), che coinvolgono sia giovani che anziani.

Se prendiamo poi in carico gli scenari demografici, potremmo evincere che la prospettiva al 2020 è di un aumento da 10.000 a 16.000 del numero delle unità familiari: dove andranno dunque a vivere? Torino sotto questo aspetto non fa assolutamente eccezione nel confronto con altre realtà metropolitane d'Italia.

Dovremmo infine aggiungere a questi fenomeni il problema dell'immigrazione, che volutamente non affronto per evitare di ribadire cose a tutti note. Mi limito a ricordare che è di regola il medico a svelare la presenza dei tumori: non a caso nel 2006 si è avuto un pronunciamento della Comunità europea contro il razzismo e l'intolleranza, e l'Italia veniva messa all'indice in un rapporto di *Amnesty International* del 2007.

Dato il quadro ora sommariamente esposto, sorge una esplicita domanda: che fine hanno fatto le tre T (Tecnologia, Talento, Tolleranza)? Il talento forse abbonda nel nostro paese, la tecnologia l'abbiamo un po' persa per strada, la tolleranza invece dobbiamo forse ancora costruirla.

E la situazione peggiora. Torino è tra le prime città in Italia dove il valore medio degli appartamenti è cresciuto maggiormente: rispetto alla media

nazionale del 51% (ultimi dieci anni), a Torino si è raggiunto il 77%. E lo stesso vale per i canoni di affitto (+ 85%), sebbene da questo punto di vista altre metropoli italiane si situino a un analogo livello. Si tratta di dati sintetici ma assolutamente allarmanti, anche in relazione a ciò che riporta la Caritas torinese, dove oltre l'88% delle persone che ad essa si sono rivolte nel 2010 l'hanno fatto chiedendo aiuto per il pagamento delle spese condominiali, del riscaldamento e dell'affitto.

Se poi affrontiamo la questione degli incidenti domestici - i dati di riferimento sono purtroppo soltanto nazionali e ciò rende difficile la comparazione - l'anno scorso si sono avuti 5.000 morti per incidenti domestici, di cui il 76% è *over* sessantacinque. Tutto questo ci riporta in qualche modo alla questione delle esigenze dell'abitare: se in Italia il 5% della popolazione totale è disabile, gli anziani sono il 19%. E di questi l'80% sono persone che vivono in alloggi inadeguati.

Torino ha effettivamente iniziato a muoversi significativamente, in particolare è stata l'unica città italiana ad aver attivato un programma di *housing* sociale – nell'ambito del programma regionale 10.000 appartamenti in affitto entro il 2012 – destinato a mini appartamenti, comunità, residenze collettive, dando priorità assoluta alla condizione dell'anziano. Dato il carattere innovativo vale forse la pena di riprenderne alcuni elementi essenziali, che possono peraltro essere di riferimento per il divenire: sono stati ammessi a finanziamento 18 interventi per un totale di 104 alloggi (di cui 82 miniappartamenti), 5 microcomunità (per un totale di 23 camere e 2 appartamenti), 4 residenze collettive (49 camere). Con una sola eccezione, tutti gli interventi prevedono locali e spazi comuni, e gli interventi finanziati pubblicamente comporteranno altresì la realizzazione di oltre cento appartamenti in gran parte autofinanziati dai soggetti attuatori. Da sottolineare inoltre che tutti i progetti sono di tipo solidale, con forme di sostegno alla singola persona in relazione alla vulnerabilità sociale e arricchiti dall'offerta di servizi formativi, sanitari, culturali e di sostegno al lavoro.

E' di nuovo un fatto, tuttavia, che queste sperimentazioni si realizzano in un quadro nazionale dove all'*housing* sociale (analogamente al caso

portoghese) non si destina se non lo 0,1% della spesa complessiva in abitazioni sociali. Vorrei ricordare a questo proposito che a Vienna le imprese immobiliari sono obbligate, per legge, a destinare ad *housing* il 30% dei nuovi edifici, e a Madrid si raggiunge il 50%: questo non significa realizzare alloggi a bassissimo prezzo, ma in qualche modo accessibili a gran parte della popolazione.

E penso altresì che analizzare queste fenomenologie legate alla senilità e a tanti altri problemi sociali connessi, necessita di tenere conto che è fondamentale diversificarle per luoghi, anche all'interno della metropoli. Basti ricordare, a questo proposito, l'importanza che la vicinanza assume per l'anziano, le persone che incontra e rincontra nel quartiere... un fattore fondamentale per valutare una condizione di benessere... per ritornare a parlare di "città degli individui", ovvero per prendere in carico non più l'individuo isolato dalle pratiche sociali, ma a queste strettamente connesso.

E' per questo necessario diversificare i luoghi, calarcisi dentro e capire, anche perché il problema della casa e degli altri fenomeni sociali sono profondamente diversi attualmente da quelli che erano durante l'epoca fordista, quando si parlava di politiche abitative di massa. Utilizzando le immagini e le rappresentazioni, perché è in queste che la città si riflette e attraverso di esse si auto-riflette e "sogna" se stessa, può ritrovare gli schemi di orientamento all'azione.

Con la deindustrializzazione – lo sappiamo molto bene – sono state coinvolte le nostre morfologie sociali, l'invecchiamento, i flussi migratori, le questioni di genere, la cultura civica: sono immagini di cui si parla spesso, ma altrettanto spesso sono anche rimaste nell'ombra. Quindi devono essere ridiscusse, reinterpretate, anche e soprattutto attraverso la metafora del caleidoscopio. Mi spiego meglio: non si tratta di pervenire a delle immagini stereotipate, ovvero distribuire su una carta delle cose, ma introdurre un'etica diversa, ovvero costruire rappresentazioni in movimento capaci di rendere conto, da un lato, delle molteplicità urbane, dell'eterogeneità degli attori che vi recitano, delle istanze di questi attori e, dall'altro lato, rendere evidenti le complessità che interessano le diverse fenomenologie della società torinese e la differenziazione al suo interno.

Il fenomeno dell'invecchiamento, per esempio, è da connettersi con altre istanze spesso inascoltate, ai bisogni negati, ai servizi inadeguati di sussistenza, di reddito ecc. che non devono essere assunti separatamente, ma integrati in uno scenario complessivo della società.

La scommessa, in conclusione, è quella di costruire un Atlante, organizzando un sistema di rappresentazioni che ci consenta di monitorare le trasformazioni in corso, così come già si fa in altre città del mondo: Londra, Sidney, Toronto, per esempio, cui si aggiungono esempi di atlanti sociali tematici, per esempio l'Atlante dell'abitare a Lisbona, l'Atlante della salute di alcune città australiane. La sfida è quella di riunire insieme tematiche diverse (il disagio abitativo, i livelli di reddito, le posizioni professionali, l'immigrazione, tanto per intenderci) e definire un percorso di ricerca che consenta anche a noi torinesi di disporre appunto di una serie di immagini, di rappresentazioni.

Allo stato disponiamo finalmente dei dati anagrafici della città di Torino, contiamo di disporre di quelli dell'area metropolitana, ma anche dei dati economici forniti dalle Camere di commercio, fondamentali per incrociare fenomenologie diverse e fornire una lettura complessa della realtà torinese. E' peraltro fondamentale istituire in tempi stretti un gruppo di riflessione, tenendo presente che un atlante - e vado a chiudere - ha anzitutto senso allorché viene costantemente aggiornato, consentendo quindi il raffronto temporale tra fenomenologie diverse, e, in secondo luogo, se ci permette di pervenire a delle istanze conoscitive specifiche (per esempio, chiederci come si è mossa la società là dove si sono consumati grandi interventi di riqualificazione urbana). Ricordandoci, infine, che un atlante non è fatto soltanto di carte, ma di analisi e commenti, schematici ovviamente, per incentivarne la lettura.

Si tratta, in altre parole, di un atlante che vogliamo costruire camminando, dal momento che è camminando che si incontrano le cose. Così come è andando per strada che ci investe il principio della solidarietà, la quale non è sempre garantita dalle scelte politiche.

14.00 *Tavola rotonda*

Gli anziani:

una risorsa per promuovere solidarietà e sviluppo

*Coordinatore: **Adriano Moraglio**, giornalista de Il Sole 24 Ore*

Gli anziani come risorsa, soggetti attivi e promotori di un'economia solidale e civile

Elide Tisi, Assessore alla Salute, Politiche Sociali e Abitative del Comune di Torino

E' una grande occasione partecipare alla tavola rotonda dal tema: "Gli anziani, una risorsa per promuovere solidarietà e sviluppo." Oggi si tende sempre più a parlare di anziani esclusivamente in termini di costi economici e sociali che pesano sulla collettività e sulla sanità. Mi pare invece molto più adeguato considerare gli anziani come risorsa, soggetti attivi e promotori di un'economia solidale e civile.

Vorrei partire proprio dai due concetti chiave di questo convegno – economia e solidarietà – e rappresentare come si declinano nelle politiche attive di una grande città in evoluzione. Torino presenta un trend di invecchiamento della popolazione in continua crescita: ad oggi circa il 25% della popolazione è composto da ultrasessantacinquenni. Si tratta di una percentuale decisamente alta, che deve far riflettere la società civile e orientare non soltanto le politiche sociali, ma anche le politiche abitative, dei trasporti, dei servizi e dell'ambiente.

Torino, inoltre, si contraddistingue per le caratteristiche del tessuto sociale e la composizione dei nuclei: 450.000 sono i nuclei familiari presenti, di cui soltanto 90.000 rappresentati da una famiglia intesa in senso tradizionale, con genitori e figli; vi è dunque una atomizzazione dei nuclei familiari, con alta presenza di famiglie monoparentali o monogenitoriali, in maniera decisamente maggiore rispetto al resto del territorio regionale.

A fronte di tali cambiamenti sociali e culturali, è riduttivo continuare a parlare solo di politiche sociali o socio-sanitarie, perché le tematiche devono necessariamente essere affrontate in termini di promozione della salute, contrasto delle solitudini e dell'isolamento, incentivi alla convivenza e alla solidarietà cittadina. Gli anziani, in particolare, non sono solo fruitori dei

servizi della nostra Città, ma soprattutto rivestono un ruolo attivo e proattivo indispensabile all'interno della società civile.

In questo ambito la Città di Torino ha avviato iniziative progettuali e di sperimentazione sociale relative a nuove soluzioni abitative, quali i condomini solidali. Si tratta di forme di coabitazione e convivenza all'interno dello stesso condominio di soggetti anziani con persone in condizioni di fragilità e necessità di sostegno: mamme con bambini e persone con disabilità. Tutto ciò favorisce forme di mutualità in cui gli anziani possono esprimere il loro protagonismo, valorizzando le loro competenze e capacità, in uno scambio reciproco di dare e ricevere solidarietà. Si è già realizzato con successo un primo condominio solidale in via Romolo Gessi e a breve aprirà un altro in Piazza della Repubblica. Altre forme di convivenza, quali il *cohousing*, si stanno realizzando per i giovani che vogliono sperimentare l'autonomia, uscendo dalla propria famiglia d'origine, senza traumi.

Siamo consapevoli del fatto che le persone anziane rappresentano un patrimonio civile e una risorsa decisiva per lo sviluppo sostenibile e responsabile della nostra città. Basta vedere la composizione di molte organizzazioni del terzo settore, siano esse associazioni di promozione sociale o organizzazioni di volontariato, per rendersi conto di come vi sia una presenza molto significativa di persone anziane. Questo aspetto occorre tenerlo presente nell'organizzazione di alcuni interventi e servizi "leggeri"; già ad oggi, infatti, la domiciliarità leggera o i servizi legati all'emergenza caldo vengono gestiti dalla Città in collaborazione con organizzazioni del terzo settore di persone anziane.

Le trasformazioni demografiche e socio-economiche che caratterizzano l'attuale scenario torinese si contraddistinguono per un allungamento della vita della popolazione, più accentuato che nel resto del territorio regionale, e per una significativa crescita della domanda legata a situazioni di cronicità, di patologie invalidanti, di non autosufficienza. Per rispondere a tali bisogni, la Città di Torino, insieme alle Aziende Sanitarie torinesi, ha sperimentato da alcuni anni un modello innovativo di domiciliarità che consente alle persone di rimanere nel proprio contesto di vita e, al tempo stesso, di ricevere adeguata assistenza. Attraverso modalità di integrazione socio-sanitaria - non soltanto

di tipo economico, ma anche di esperienza, conoscenza e professionalità - si valutano i bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie, cercando di modulare le risposte in modo flessibile e personalizzato. Gli interventi di domiciliarità sono variegati: si va dalla prestazione dell'assistenza domiciliare, resa da personale con qualifica di operatore socio-sanitario, al contributo economico denominato assegno di cura, riconosciuto alle famiglie per l'assunzione di un assistente familiare, sino al rimborso spese riconosciuto ai familiari che riducono il proprio orario di lavoro per occuparsi del proprio congiunto non autosufficiente o ai volontari che prendono in affidamento gli anziani che non hanno familiari disponibili ad occuparsi di loro.

La domiciliarità torinese ha avuto un fortissimo sviluppo negli ultimi anni e rappresenta oggi una grande risorsa anche dal punto di vista economico. Basta analizzare i numeri: 10.000 anziani residenti in Città che beneficiano di interventi in domiciliarità e 1.800 disabili gravi minori e adulti, che si contraddistinguono per una complessità dei bisogni; oltre 3.500 lavoratori impegnati nel settore. Un successo dovuto al grande investimento di risorse da parte del fondo nazionale per la non autosufficienza, della sanità della Regione Piemonte e del Comune di Torino. La domanda di prestazioni domiciliari ad oggi è in continua crescita, ma purtroppo la disponibilità di risorse finanziarie è in diminuzione, anche in conseguenza di minori trasferimenti nazionali e regionali. A partire dal 2012, infatti, il fondo nazionale per la non autosufficienza pare essere sostanzialmente azzerato e tutto ciò rende difficile ragionare in termini programmatici e di sostenibilità dei servizi.

Per tutte le persone anziane non autosufficienti che sono impossibilitate ad usufruire di interventi domiciliari si sta realizzando una rete di residenze per anziani. Grazie anche alla collaborazione del privato sociale, profit e no profit, Torino ha fatto un grosso investimento sul territorio cittadino per adeguare la risposta della Città che era sottodimensionata rispetto agli standard regionali previsti per le persone anziane. Si tratta di investimenti consistenti che generano un'economia virtuosa, ma che oggi stanno fortemente pagando lo scotto di una difficoltà di programmazione.

In questo momento storico particolare occorre, dunque, ripensare il modello di welfare confrontandosi rispetto a quali assetti organizzativi risultino essere più adeguati e quali azioni siano più efficaci. Ma per fare questo è importante lavorare in modo congiunto, interistituzionale, riprogettando gli interventi che risultano essere inappropriati: in primis favorendo la dimissione dei pazienti ricoverati in modo improprio negli ospedali o nelle lungodegenze sanitarie, riconvertendo le risorse al fine di favorire inserimenti più appropriati e meno costosi in strutture socio-sanitarie.

La Città ha determinato in questi anni tutta una serie di interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali che disegnano un modello Torino, in grado di dare risposte alla fascia più fragile della popolazione, prevalentemente anziana. La sfida che ora deve affrontare - insieme alle Aziende Sanitarie, alla Regione e a tutte le parti sociali - è quella di trovare insieme le risposte più efficaci per garantire i livelli essenziali di assistenza, che per i cittadini fragili (anziani e disabili) non sono solo diritti esigibili, ma rappresentano la possibilità stessa di sopravvivenza e di vita dignitosa.

Riforma sanitaria: ripensare i modelli

Paolo Monferino, Assessore alla Sanità e Politiche Sociali, Regione Piemonte

(Il presente contributo nasce dalla trascrizione della registrazione e non è stato rivisto dall'Autore)

Il tema è abbastanza pesante, di quelli che si possono definire veramente così, è un grosso problema, ma come sempre tutti i problemi possono essere visti anche come delle grandi opportunità e nel nostro caso l'opportunità che abbiamo, lo ha accennato l'Assessore Tisi, è quella di ripensare ai modelli che per anni, decenni, abbiamo utilizzato nel nostro mondo e modo di fare sanità, assistenza socio-assistenziale, eccetera.

Scusate se ne approfitto per allargare un po' il tema in generale al tema della sanità, ma capirete subito che il tema della sanità è strettamente collegato a quello in discussione oggi.

Noi spendiamo circa 8 miliardi e mezzo di euro in Regione Piemonte per sostenere il nostro sistema sanitario, sapete tutti, ne hanno parlato i giornali, che siamo in così detto piano di rientro, quindi siamo costretti ad un certo numero di azioni, anche abbastanza pesanti, per chiudere il disavanzo della nostra sanità.

Definendolo in modo generico come la differenza tra le risorse che ci arrivano dallo Stato Centrale, che dovrebbero sostenere il costo della sanità della Regione, e le risorse che spendiamo, che sono circa mezzo miliardo in più, quindi aggiungiamo delle risorse regionali sull'ordine di grandezza di mezzo miliardo di euro all'anno.

Noi dobbiamo chiudere questo disavanzo, questo è l'obiettivo del cosiddetto piano di rientro. Stiamo facendo molte cose, queste cose sono state molte volte criticate, perché le misure sono impopolari, stiamo riducendo, stiamo facendo dei sacrifici, chiediamo anche ai privati che complementano il nostro sistema di sanità pubblica di fare dei sacrifici e questo non piace, insomma ce n'è un po' per tutti, capite il problema.

Noi sappiamo che probabilmente riusciremo gradatamente nell'arco di un paio di anni, quest'anno e l'anno prossimo, a rientrare nell'obiettivo di riequilibrare i conti della nostra sanità, ma siamo anche altrettanto certi che ciò che stiamo facendo non è una risposta strutturale ai problemi della nostra sanità, perché da dieci anni a questa parte almeno, sono dati che io ho guardato quando sono arrivato in questo mondo, il nostro costo della sanità è salito tra il 5% e il 6% all'anno, ogni anno: su cifre di quelle che citavo prima fa qualche centinaio di milioni.

Si capisce in fretta che non è possibile, non è pensabile, non è ipotizzabile che un sistema possa continuare a generare dei trend ascensionali di costo di questo tipo senza avere alle spalle risorse sufficienti a garantire la sostenibilità del sistema. Ed è chiaro a tutti, e gli ultimi due mesi ci hanno, credo, reso ancora più evidente come il nostro paese - e non voglio entrare in nessun tipo di discussione politica perché non sono un Assessore politico, e non mi compete, non voglio discutere perché siamo in questa situazione - che nella migliore delle ipotesi è capace di crescere a ritmi dell'1% all'anno, non è in grado di sostenere costi e sistemi che costano ogni anno il 5-6% in più. Quindi, bisogna rivedere il nostro sistema, se vogliamo renderlo sostenibile.

Di qui nasce la riforma sanitaria su cui la Regione Piemonte si sta impegnando e che vorremmo lanciare con l'inizio dell'anno prossimo, questa riforma sanitaria è l'opportunità davanti a tutti i problemi che abbiamo, che ci si apre se vogliamo recuperare, e credetemi si può fare, molte risorse oggi impiegate in un modo non efficace né da un punto di vista economico, né da un punto di vista qualitativo, nel nostro sistema sanitario e liberare queste risorse perché possano essere utilizzate per affrontare i problemi che abbiamo davanti a noi.

Il problema più grosso che abbiamo è che la popolazione di questa regione, 4 milioni e mezzo di abitanti, è già oggi, insieme alla Liguria, la popolazione più anziana di tutta Italia, e continua ad invecchiare con dei ritmi importanti, anche grazie al nostro sistema sanitario, che funziona bene.

Se il problema è oggi già abbastanza grave si è fatto cenno alle liste di attesa, e noi sappiamo, leggiamo nelle liste di iscrizione di chi vorrebbe

entrare in residenze per anziani, in residenze o strutture per lungodegenze o riabilitazioni, le problematiche che continuano a crescere legate ovviamente all'età, gli Alzheimer, i Parkinson, eccetera, capite quanti problemi abbiamo davanti da affrontare, quindi: o siamo in grado di liberare risorse per affrontare questi problemi oppure il nostro sistema collasserà molto presto. Con il risultato che di tutto ciò di cui noi abbiamo goduto sino ad oggi, i nostri figli non potranno godere più, figli e nipoti. Non saremo nelle condizioni di mantenere per loro gli stessi privilegi, e oggi li possiamo veramente chiamare così.

Come pensiamo di liberare queste risorse? Pensiamo di intervenire sostanzialmente e l'attacco principale lo facciamo sulla parte ospedaliera del sistema sanitario che è quella dove ci sono la metà dei nostri costi, ma è anche quella che probabilmente più rapidamente potrebbe liberarci delle risorse, intervenendo sulle nostre strutture ospedaliere, e parlo soprattutto quelle pubbliche, ma anche di quelle private che complementano il nostro sistema pubblico. E ridisegnando il nostro sistema sanitario, sistema delle nostre strutture sul territorio, in modo che non ci sia più tutto dappertutto, perché non ce lo possiamo più permettere, primo, ma non credo neanche che sia più corretto averlo, visto che oggi le risposte che il sistema sanitario può dare sono enormemente più ramificate di quelle che poteva dare qualche decennio fa, ma questo lo possiamo fare grazie ad una medicina con grandi investimenti, grandi innovazioni, grandi nuove tecnologie e attrezzature, e capite già subito che un qualche cosa di questo tipo non lo possiamo polverizzare e sparmigliare su tutto il territorio, su tutte le nostre strutture.

Sostanzialmente la nostra riforma sanitaria vuole mettere in rete gli ospedali di un certo territorio, abbastanza vasto, relativamente vasto e quegli 8-9-10 ospedali sul quel territorio devono collegarsi tra di loro in rete e devono avere delle strutture gerarchizzate, uno o due ospedali di riferimento, dove ci sono i livelli di sanità di massima intensità, massima sofisticazione in termini di risposta al bisogno sanitario, degli ospedali intermedi, e degli ospedali di prossimità, gli ospedali di prossimità per scendere al gradino opposto di un Molinette altamente sofisticato, sono gli ospedali che devono dare risposte rapide ai bisogni primari di sanità, ma non risposte a quelli

leggermente più sofisticati o ancora più sofisticati. Perché per quelli bisogna andare in strutture che sono disegnate appositamente per dare quel tipo di risposta.

Voi capite che se riusciamo a realizzare delle reti ospedaliere di questo tipo non avremo probabilmente più sotto casa l'ospedale che ha tutto, ma avremo sotto casa l'ospedale che fornisce le prime risposte, quelle necessarie a qualunque bisogno generico della popolazione e se ci sono delle risposte di livello sanitario superiore i pazienti devono essere mobilitati rapidamente verso gerarchie superiori di ospedali.

In questo modo noi pensiamo di riuscire a liberare veramente molte risorse economiche e finanziarie che impegniamo oggi nella rete, un po' indiscriminatamente sulla nostra rete ospedaliera e svuoteremo molte strutture di periferia della rete di attività che riteniamo non debbano più stare in quelle strutture, ma debbano salire di livello su ospedali di gerarchia maggiore. Questo semplificherà il nostro sistema, richiederà minori investimenti, in macchinari e attrezzature, ma anche in equipe sofisticate, in uomini e donne, i sanitari, che operano quei macchinari e quelle attrezzature sempre più sofisticati.

Questo è il disegno in sostanza della nostra riforma sanitaria. Siamo convinti in questo modo di liberare un numero importante di risorse proprio perché eviteremo di avere il tutto dappertutto, ma riusciremo a razionalizzare meglio la nostra presenza sanitaria sul territorio.

Molte di queste strutture, quelle più periferiche, avranno sicuramente una risposta al fabbisogno di primo intervento e magari la stabilizzazione del paziente per salire ai livelli superiori, molte di queste strutture si semplificheranno, alcune si svuoteranno, sicuramente avremo risposte lì, centri CAP, Centri di Assistenza Primaria, o dei poliambulatori che siano in grado di dare una risposta, e una parte della struttura che oggi abbiamo possiamo riconvertirla con investimenti di edilizia sanitaria mirati, proprio per gestire le problematiche che già oggi hanno liste di attesa importanti e in futuro le avranno ancora più importanti.

Quindi, una volta tanto, facendo degli investimenti veramente mirati al nostro fabbisogno, riusciremo a trasformare queste strutture per portarle a

residenze per anziani, parlo dell'area di Torino dove abbiamo carenze di questo tipo, non abbiamo carenze di questo tipo per esempio nel cuneese, tanto per fare un esempio, ma qui sì. Mentre in altre aree del Piemonte abbiamo problematiche di lungodegenze, di riabilitazioni, patologie come l'Alzheimer a cui non riusciamo a far fronte.

Queste strutture saranno trasformate gradatamente per dare una risposta a questo tipo di problematica. Partendo dal problema questa è anche l'opportunità che abbiamo, di ridisegnare il nostro sistema sanitario, e renderlo, liberando queste risorse, sostenibile nel tempo: se riusciamo a controllare anche i costi complessivi del nostro sistema sanitario, riusciamo a tenerlo vivo, sostenibile, sostanzialmente nel tempo, per gli anni a venire.

Se parliamo un attimo ancora delle opportunità che abbiamo nel gestire le problematiche degli anziani nel nostro territorio, che è una grande problematica, abbiamo l'opportunità di utilizzare le risorse dei nostri anziani ed utilizzarli veramente come risorse a servizio della nostra società.

Io comincio ad avvicinarmi, anzi sono già nella categoria degli anziani, quindi il tema mi interessa in modo particolare, ma parlo per esempio di mia madre che ha oltre novant'anni, mi accorgo che il problema vero è quando si comincia ad avere il dubbio di essere inutili, da quel momento comincia la decadenza anche fisica, oltre che psichica e morale, della persona, noi dobbiamo trovare il modo di utilizzare le risorse e le esperienze di queste persone, mi ci metto pure io tra qualche mese insomma, per dare delle risposte alla nostra società, abbiamo un bisogno disperato di queste esperienze e nel contempo di dare ancora uno scopo ed un obiettivo a questi nostri anziani che ci aiuteranno anche, proprio perché sono utili al nostro sistema e alla nostra società, a gestire meglio tutte le nostre problematiche.

Si aprirebbero dei temi infiniti su cui discutere, io mi fermerei qui, spero di avervi dato almeno un'idea di quello che vorremmo fare con la riforma sanitaria.

COME UNA COMUNITA' CRISTIANA PUO' ESSERE VICINA ALL'ANZIANO

don Marco Brunetti, Direttore Ufficio Pastorale della Salute, Diocesi di Torino

*" Sono stato fanciullo e ora sono vecchio
e non ho mai visto il giusto abbandonato" (Sl. 37,25)*

1 - Uno sguardo sulla situazione relativa agli anziani in difficoltà

A tutti noi non sfugge che gli anziani nella nostra società sono in continuo aumento dovuto all'innalzamento dell'età media e alla bassa natalità. Gli anziani fragili con difficoltà di diverso genere aumentano di giorno in giorno e hanno bisogno che la società in qualche modo se ne faccia carico. Di questi anziani, tanti sono ospiti in strutture socio-residenziali, quali RAF , RSA o centri diurni. Servizi utilissimi e di cui vi è un estremo bisogno.

A fronte di questa popolazione anziana dovremmo ancora aggiungere tutti coloro che sono assistiti a domicilio con la presenza di badanti o meglio "assistenti familiari" o dei servizi sociali attraverso l'assistenza domiciliare o esclusivamente dei propri familiari.

Tutto ciò denuncia alcune problematiche:

- a. a fronte di un allungamento della vita, non sempre cammina di pari passo la qualità della vita stessa;
- b. la solitudine: moltissimi di questi anziani sono vedove o vedovi e vivono soli in casa;
- c. la lista di attesa e i costi delle rette per quanti vengono ospitati, che talvolta mettono in difficoltà l'anziano ed i suoi familiari;
- d. il rapporto con l'ambiente di origine (il proprio quartiere, o paese,...) che sovente viene spezzato: non c'è più contatto con le proprie radici (vicini di casa, parroco, panettiere, pettinatrice, amici/che,...)

Come risponde la comunità civile ai bisogni di questi anziani?

Sostanzialmente in tre modi:

- *la "domiciliarità"*, cioè servizi integrati socio-sanitari; la città di Torino ha riorganizzato questo servizio con la delibera del Consiglio Comunale del 26/09/2005 su proposta dell'assessore Marco Borgione;
- *attraverso le strutture socio-sanitarie e residenziali* quali "case di riposo", "residenze per anziani", R.A. –R.A.F. – R.S.A.;
- *con l'impegno del volontariato*; si pensi che in Piemonte nel 2003 erano iscritte 527 organizzazioni di volontariato nel settore socio-assistenziale e 616 nel settore sanitario, indice questo di una grande sensibilità, se pensate che nel settore della protezione civile erano 191 e nell'impegno civile 53 (dati forniti da Regione Piemonte, Direzione Politiche Sociali).

Tutto ciò sta ad indicare un impegno ed un impiego di molte risorse a favore degli anziani fragili, a tutti i livelli, ma pare non basti e forse bisognerà fare ancora di più, integrando sempre di più le collaborazioni fra il sanitario ed il socio-assistenziale.

2 – **Quale risposta è chiamata a dare la Comunità Cristiana?**

Innanzitutto credo si abbia la necessità di definire a quali bisogni la comunità cristiana debba rispondere con priorità, rimanendo fedele alla propria identità che è prettamente di natura pastorale; fatta tale premessa è chiaro che l'anziano si aspetta un accompagnamento spirituale e religioso, in altre parole "dare un'anima" a tutti i servizi che vengono loro offerti.

La risposta, allora, ci viene dal "volontariato pastorale", così come indicava il sussidio, scritto in occasione della Giornata Mondiale del Malato 1996, "Orientamenti per il volontariato pastorale nel mondo della salute" della Consulta Nazionale C.E.I. per la Pastorale della Sanità.

In che cosa consiste questo volontariato pastorale?

- a. *L'Orizzonte*: il volontariato pastorale ha come orizzonte di riferimento per il suo agire l'esempio di Cristo, lo Spirito del Vangelo e la Comunione con la Chiesa. È dunque un volontariato che si qualifica con

una dimensione teologica (riferimento a Dio) ed ecclesiale (riferimento alla Chiesa)

- b. *Obiettivo*: il Volontariato ha come obiettivo quello di evangelizzare "il tempo della vecchiaia" attraverso la Parola, la Grazia dei Sacramenti e la testimonianza della Carità.
- c. *Quale presenza*: il Volontario Pastorale è chiamato ad essere "sale della terra e luce del mondo" attraverso una presenza simbolica, umana, spirituale e comunitaria.

3 - **Necessità spirituali**

- a. Necessità di senso: può trovare risposta in diverse tradizioni o religioni;
- b. Necessità di riconciliazione: curarsi del risentimento e per questa cura c'è solo il perdono;
- c. Necessità di riconoscimento di identità: l'essere umano vuole riconosciuta una propria identità;
- d. Necessità della preghiera: si tratta di un bisogno inconscio che si esprime in diversi modi.

4 – **Alcune indicazioni pastorali**

In questi anni la Chiesa di Torino, anche attraverso il lavoro dell'ufficio Pastorale della Salute, ha cercato di dare alcune indicazioni, e qualche frutto già si intravede...

- Prendere coscienza dell'esistenza sul proprio territorio di anziani fragili o in difficoltà, chiedersi quanti sono assistiti o se ci sono strutture residenziali o sanitarie che ospitano anziani
- Essere vicini agli anziani, attraverso due strumenti pastorali che sono
 - a. per gli anziani a casa, il costituire dei veri e propri gruppi di volontariato pastorale della salute, a livello parrocchiale o di Unità Pastorale, sotto la guida del parroco o del moderatore dell'U.P.,

con il compito di visitare casa per casa questi anziani esercitando un vero e proprio accompagnamento spirituale e di relazione d'aiuto.

L'allora arcivescovo Card. Saldarini durante la Giornata Caritas del 21/03/1998 "La casa, luogo di annuncio e di carità" così si esprimeva: << I ministri straordinari della Comunione, gli operatori pastorali della sanità, i volontari delle diverse Associazioni e i malati stessi possono diventare sul territorio risorse per una pastorale d'insieme a favore dei sofferenti presenti a domicilio.

È da favorire la costruzione di veri e propri gruppi di pastorale sanitaria che, sotto la guida del parroco, visitino anche loro i malati e rispondano al bisogno pastorale e spirituale che manifestano>>.

- b. per gli anziani ospiti nelle strutture non ospedaliere , la diocesi ha già 37 operatori, di cui 27 preti, 7 diaconi, 3 religiose e molti laici.

Non è comunque possibile che il Vescovo copra tutte le strutture esistenti con Assistenti Spirituali, occorre che la Parrocchia e le U.P. territoriali se ne facciano carico, costituendo delle équipes pastorali formate da diaconi – religiose – ministri straordinari della Comunione e volontari debitamente preparati per questo servizio.

L'ufficio per la Pastorale della Salute cura la formazione di questo volontariato, attraverso corsi di base o seminari residenziali appositamente organizzati

5. Conclusioni

Concludo con una citazione di Umberto Veronesi che sottolinea quanto la dimensione spirituale sia importante nella persona fragile e vada curata e accompagnata: "... tutti i medici dovrebbero ricordare che anche quando non

si può più guarire, il nostro dovere più alto rimane quello di curare, dando appunto il Sollievo, che non viene solo da una terapia, ma anche da un gesto, una carezza, uno sguardo, che faccia sentire fortemente al malato la dimensione umana che dovrebbe essere alla base del rapporto medico paziente, sempre fino all'ultimo".

L' UNITRE: IL RUOLO DEGLI ANZIANI, IL RUOLO PER GLI ANZIANI

Andrea Dalla Chiara, Presidente Università della Terza Età, UNITRE, Università delle Tre Età, Torino

All'inaugurazione dell'anno accademico, quest'anno, ricordando che, purtroppo, la situazione economica dei Paesi europei non è così fiorente per diversi motivi, ho affermato che per darci una solida e duratura prospettiva di crescita, gli anziani offrono una risorsa preziosa, quella che chiamiamo capitale umano ed anche economico. Secondo le recenti indagini pare che sia sempre più importante l'aiuto che "i nonni" danno, sia fondamentale per il Paese tanto in termini di impegno diretto o di risparmio per le famiglie giovani.

Quale posto occupano gli anziani nella società di oggi? Che ruolo hanno? Sono davvero solo un peso, un costo da sostenere?

L'aspettativa di vita, fortunatamente sempre più lunga, accompagnata da un tasso di natalità che si mantiene su valori molto bassi, ha spostato il rapporto fra giovani e anziani nel nostro Paese (come in molti paesi europei) a favore di questi ultimi, provocando strumentalizzazioni politiche sul rischio della presenza di un vero e proprio conflitto intergenerazionale.

L'UNITRE da trentacinque anni ritiene che l'anziano sia una risorsa, un patrimonio di esperienze e culture da valorizzare. La cultura è il terreno comune su cui possono confrontarsi e incontrarsi non solo le diverse generazioni ma anche le diverse sensibilità, perfino politiche; le diverse storie e provenienze.

Il 1° ottobre scorso si è celebrata la Giornata Internazionale degli Anziani, ricorrenza istituita nel 1990 dal Consiglio Generale delle Nazioni Unite. Questa ricorrenza offre l'occasione per importanti riflessioni sulla condizione degli anziani e sulle potenziali politiche future che li riguardano a livello globale.

Il messaggio del Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, "Il prossimo anno si compiranno i 10 anni dall'adozione del Piano d'Azione

Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento. Il tema della Giornata Internazionale degli Anziani di quest'anno, "Avvio di Madrid + 10: le crescenti opportunità e le sfide dell'invecchiamento globale", riflette questo traguardo imminente. Quest'anno inoltre si commemorano i 20 anni dall'adozione dei Principi delle Nazioni Unite sugli Anziani. Questi principi base - indipendenza, partecipazione, cura, realizzazione personale e dignità, costituiscono i diritti umani fondamentali degli anziani e ci forniscono gli obiettivi per i quali lottare.

Quasi i due terzi delle persone anziane nel mondo vive nei paesi in via di sviluppo, e risulta quindi ancora largamente esclusa dai programmi di sviluppo globale, regionale e nazionale. In un momento in cui la comunità internazionale si sta preparando a fare il punto sullo sviluppo sostenibile e sta cercando di creare un programma di sviluppo per il futuro, è importante che i bisogni ed i contributi degli anziani siano una parte importante del quadro generale. Gli anziani sono contribuenti essenziali per sviluppo e la stabilità della società e molto altro ancora può e deve essere fatto per sfruttare il loro potenziale.

Negli ultimi dieci anni, sono stati compiuti progressi nella formulazione di piani d'azione nazionali legate all'invecchiamento, tra cui l'emergenza delle pensioni non contributive in alcuni paesi in via di sviluppo. Tuttavia, la discriminazione e l'esclusione sociale persistono...

Le finalità dell'UNITRE sono da sempre ben chiare. La società moderna tende ad emarginare la persona nel momento in cui esce dal ciclo produttivo, qualunque sia la sua età.

Dopo aver assaporato un'effimera euforia per aver raggiunto la possibilità di godere di un tempo libero ritrovato che si rivela, ben presto, privo di contenuti, molto spesso la persona resta in balia dello "choc da pensionamento", della "sindrome da nido vuoto", dell'ansia, della depressione e della non "voglia di comunicare con gli altri", privata del desiderio di proiettarsi nel futuro per mancanza di un progetto di vita.

Con lo scopo di prevenire, quanto più possibile queste eventualità, per abbattere le barriere d'incomunicabilità fra le generazioni e per promuovere

cultura e socialità, nel 1975 nacque a Torino, la prima Università della Terza Età italiana che fu siglata UNITRE perché si apriva a tre età.

Finalità

Dopo il successo della sede di Torino, altre città piemontesi prima, e altre Regioni poi, chiesero di aderire alla Associazione Nazionale, appositamente costituita con Sede legale a Torino che, oltre alla prima sede, associa oggi 268 sedi operanti su tutto il territorio nazionale, di cui ben 86 sul territorio piemontese.

Le sedi adottano lo stesso marchio, la stessa sigla, lo stesso statuto e la stessa didattica speciale. Le finalità della Nazionale sono: educare - formare - informare - fare prevenzione - promuovere la ricerca - aprirsi al sociale e al territorio, e attraverso le sedi locali associate si propone di:

- a) contribuire alla promozione culturale dei soci con l'attivazione di Corsi e Laboratori su argomenti specifici e la realizzazione di altre attività;
- b) favorire la partecipazione degli iscritti attraverso la predisposizione ed attuazione di iniziative concrete;
- c) operare un confronto ed una sintesi fra le culture delle precedenti generazioni e di quella attuale, al fine di realizzare una Accademia di Umanità che evidenzia oltre il sapere l'Essere.

Obiettivi

Due sono le linee portanti con le quali l'UNITRE persegue i propri obiettivi: quella della cultura in mano ai Docenti e quella dell'Accademia d'Umanità in mano agli studenti che non sono utenti passivi che ascoltano le lezioni e tornano la volta dopo ma sono persone che vengono sollecitate ed educate a partecipare alla vita dell'UNITRE sia come assistenti ai Corsi che come coordinatori, o addetti alle Segreterie dell'Accademia d'Umanità, che è la struttura operativa dell'UNITRE.

Gli studenti, debitamente preparati, attraverso la partecipazione ai Corsi, si aprono al sociale e al territorio donando a loro volta agli altri parte del loro tempo libero e della loro professionalità.

Gli studenti UNITRE che fanno parte dell'Accademia d'Umanità sono presenti:

- negli ospedali, nelle case di riposo, presso i disabili;
- in un centro che si occupa di prevenzione dei tumori alla mammella sono di concreto aiuto, in appoggio al personale qualificato.

Hanno dato vita:

- alla Segreteria Tele UNITRE: un servizio di assistenza telefonica riservato alle persone sole, ammalate o disabili;
- alla Segreteria "Incontri amici" per la solitudine;
- alla Segreteria "A cuore aperto" che riunisce coloro che hanno subito grossi interventi con menomazioni psicofisiche;
- alla Segreteria della "Nonnità", che porta l'affetto dei nonni ai bimbi che non hanno nonni;
- alla Segreteria "Amici del Principe" per l'assistenza ai bambini degenti in ospedale, per intrattenerli in appoggio ai genitori;
- a molte altre Segreterie che si occupano dell'organizzazione interna e di solidarietà e che si estendono al territorio per portare ai più deboli il loro apporto culturale e di amicizia.

I nostri volontari sono inoltre presenti:

- nei Musei come Monitori per prestare un servizio culturale e di accompagnamento per avvicinare i Musei ai cittadini;
- nelle Basiliche, nelle Parrocchie e nei Palazzi Storici per inventariare, con un servizio fotografico particolarmente curato, oggetti di culto o di interesse artistico;
- in alcune Biblioteche per la gestione.

Fra i nostri obiettivi vi è quello:

- di lavorare in équipe con altre associazioni presenti sul territorio;

- di collaborare con le istituzioni pubbliche nell'ambito delle nostre competenze.

L'UNITRE rende protagoniste, in modo particolare, le persone anziane affinché, partecipando al progetto sappiano trasformarsi da forza lavoro in forza cultura, per avere modo di liberare la propria creatività, riappropriandosi di ruoli significativi e di un tempo libero ritrovato che non ha età.

È un modo nuovo di fare cultura e di creare un modo di vivere rinnovato.

Favorisce una educazione a divenire anziani.

Promuove una informazione ed una educazione per venire incontro a quanti in gioventù non hanno potuto studiare.

Ritarda l'invecchiamento del corpo e della mente.

Risveglia interessi sopiti o mai coltivati.

Comunica con le altre età, per riscoprire i valori essenziali del costruire insieme.

Promuove l'incontro di generazioni e di strati sociali diversi

La memoria collettiva

L'Associazione Nazionale UNITRE è convinta che l'esperienza di ciascun uomo non debba essere sprecata, ma consegnata alle generazioni future. Per questo motivo, da oltre dieci anni, sollecita le proprie sedi a partecipare alle ricerche sulla memoria collettiva in collaborazione con l'Associazione 50 & PIÙ FENACOM. Gli studenti UNITRE si sono rivelati "ricercatori" attenti ed appassionati. I dati e il materiale prezioso da loro raccolto sono stati accuratamente selezionati da esperti e unitamente alle piccole storie orali raccontate dai protagonisti, hanno dato vita a sette volumi della collana: "PERLE DELLA MEMORIA" pubblicati da 50 & PIÙ La collana resterà a testimoniare il vissuto delle generazioni passate.

Alcune UNITRE non si sono accontentate di partecipare a questa ricerca e da anni, ormai, hanno preso contatto anche con le scuole. Fra le molte esperienze significative quella dell' UNITRE di Rosignano in Toscana e quella di Druento in Piemonte. L' UNITRE di Rosignano Marittima ha creato il "PREMIO UNITRE" per la Memoria Collettiva riservato alle scuole del proprio

comune e di quelli limitrofi. I docenti e gli studenti sono invitati nelle scuole e raccontano un mondo affascinante fatto di piccole storie, di ricordi, di conte, di filastrocche.

Questo mondo rivisitato in modo originale è diventato documento scritto, disegno, fotografia: viene drammatizzato dagli allievi aiutati dai nonni, dalle famiglie, dagli insegnanti. In molti anni di lavoro congiunto, applicando varie tecniche è stata messa in evidenza l'evoluzione della vita sociale, lavorativa, culturale, religiosa dal 1900 ad oggi. L'iniziativa coinvolge tutta la popolazione di Rosignano che festeggia il premio UNITRE "C'era una volta" con una visita annuale al Castello di Rosignano dove viene allestita una mostra sulla memoria collettiva. Un'altra delle nostre sedi ha interessato al PROGETTO DELLE TRE ETÀ alcune maestre di scuola e alcuni insegnanti che hanno inserito il progetto stesso nei loro programmi. Alcune classi hanno terminato le loro ricerche nell'anno scolastico, altre hanno programmato il loro lavoro in due o tre anni al fine di dare uno spazio maggiore alla scoperta del loro passato in collaborazione con gli studenti dell'UNITRE. I più piccoli sono stati impegnati in una ricerca sulle cantilene, le filastrocche, le conte e tutto ciò che è compreso nella tradizione ludico-orale che bisogna rivedere e valorizzare.

Le classi dei maggiori hanno incluso nel contesto la breve storia della lingua italiana, un percorso didattico dalle sue origini alla formazione dei dialetti. Il successo dell'idea di lavorare e fare cultura con le persone anziane come "risorsa vivente", ha contribuito a rendere più credibile il dialogo intergenerazionale, a sollecitare l'interesse per la ricerca, a rinforzare la volontà di essere e di sapere, la capacità di coniugare cultura e umanità e, soprattutto, di fare comprendere a tutti che non c'è futuro senza passato e che il presente deve necessariamente saper mettere valide premesse per l'avvenire.

Non ci fermiamo! Diversi e strutturati sono gli obiettivi e le considerazioni che supportano lo studio di un progetto abbastanza ambizioso ma che personalmente ritengo di grande aiuto e sostegno oltre che di stimolo per i prossimi anni. Il programma è ancora a livello molto embrionale ma posso anticipare che si tratta di una iniziativa di tutela multidisciplinare per le

persone da una certa età in avanti. Ci credo e porterò avanti l'iniziativa in modo convinto.

STATISTICHE STUDENTI PER TITOLO DI STUDIO

	A.A. 2010/2011		A.A. 2011/2012	
Laurea	683	19,16%	640	19,91
Scuola Elementare	182	5,11%	154	4,9
Scuola Media Inferiore	1096	30,87%	896	27,88
Scuola Media Superiore	1596	44,86%	1523	47,40
Totale iscritti	3558		3214	

STATISTICHE STUDENTI PER SESSO

	A.A. 2010/2011		A.A. 2011/2012	
Femmine	2790	78,41%	2532	78,7%
Uomine	778	21,59%	682	21,3%
Totale iscritti	3558		3214	

STATISTICHE STUDENTI PER FASCE D'ETA'

	A.A. 2010/2011	A.A. 2011/2012
1915	0,3%	0,2%
1920	10,9%	9,1%
1930	31,3%	30,3%
1940	42,2%	42,1%
1950	14,4%	16,3%
1960	0,8%	0,9%
1972	0,1%	0,1%

CORSI CON MAGGIORI ISCRITTI

Storia – Prof. Oliva
Storia – Prof. Cellino
Corsi di lingua inglese nei vari livelli
Corsi di medicina nelle varie specializzazioni
Corsi di arte e musica
Corsi di lingua francese nei vari livelli

Il diritto degli anziani di condurre una vita libera e dignitosa

Andrea Giorgis, Professore Ordinario di Diritto Costituzionale presso la Facoltà di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino

1. La Costituzione italiana - a differenza della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea - non contiene alcun articolo specificamente dedicato agli anziani. L'unico riferimento esplicito che in essa viene fatto è alla "vecchiaia" e lo si ritrova nell'art.38, comma 2 Cost. il quale riconosce ai lavoratori il "diritto che siano "preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, disoccupazione involontaria e (appunto) "vecchiaia". Da questa assenza si potrebbe trarre l'impressione che la nostra carta costituzionale non consideri gli anziani meritevoli di alcuna particolare tutela.

Così però non è. Se si scorre la prima parte della Costituzione, e ci si sofferma su quelle disposizioni in cui vengono sanciti i c.d. principi fondamentali, si trovano alcune importanti ed impegnative enunciazioni che, se interpretate in tutte le loro potenzialità, evidenziano subito quanta attenzione il nostro ordinamento costituzionale dedichi agli anziani.

Innanzitutto vi è l'art.2 Cost., il quale - nel riconoscere e garantire "i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità" - pone a fondamento dell'intero ordinamento il principio personalista: l'ordinamento e le istituzioni in cui si articola sono al servizio dello sviluppo della persona. Ogni essere umano ha valore in sé e, in quanto essere umano, deve poter vivere nel presente, e realizzare nel futuro, la propria specifica e irripetibile personalità. Ciò conduce a considerare gli individui come delle persone fino all'ultimo istante della loro vita e dunque a riconoscere loro, anche (e soprattutto) quando con il trascorrere degli anni la capacità di autotutela e di indipendenza diminuisce, misure e prestazioni atte a garantire la possibilità di continuare ad esercitare l'insieme dei diritti inviolabili di libertà e di partecipazione, e in tal modo la possibilità di continuare a condurre un'esistenza libera e dignitosa (E.Rossi, *Art.2*, in

Commentario alla Costituzione, Torino, Utet, 2006; A.Baldassarre, *Diritti inviolabili*, in *Enc.giur*, vol XI, Roma, 1989).

Ancora più esplicito è l'art.3 Cost. sia al primo comma, laddove vieta ogni discriminazione imperniata sulle "condizioni personali e sociali", sia al secondo comma, laddove - nel prescrivere alla Repubblica di adoperarsi "per rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana, e l'effettiva partecipazione ... all'organizzazione politica, economia e sociale del Paese." - individua nella persona umana e nel suo continuo e dinamico divenire il fondamento e l'obiettivo dell'azione di tutti i pubblici poteri (A.Giorgis, *Art.3 comma 2*, in *Commentario alla Costituzione*, Torino, Utet, 2006).

Da questi principi, che definiscono i tratti fondamentali del nostro ordinamento e della antropologia da cui esso muove, non pare quindi difficile trarre il riconoscimento di veri e propri diritti delle persone anziane, per molti versi analoghi a quelli enunciati dalla Carta di Nizza, che all'art. 25 riconosce agli anziani il diritto "di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale". La Carta di Nizza, peraltro, con l'entrata in vigore (1 dicembre 2009) del Trattato di Lisbona (che ha ridisciplinato i Trattati sull'Unione europea e sul suo funzionamento), ha acquisito veste ed efficacia giuridica (analoga a quella delle norme contenute nei trattati istitutivi) in tutto l'ordinamento europeo, e quindi anche nel nostro Paese, per cui i diritti che essa riconosce agli anziani sono diritti fondamentali che spettano anche ai cittadini italiani (AA.VV., *L'Europa dei diritti*, il Mulino, 2002).

L'effettivo esercizio dei diritti presuppone però che il legislatore e (quindi) la Pubblica Amministrazione, provvedano (direttamente o indirettamente) a realizzare i beni e i servizi che ne costituiscono l'oggetto.

Per fare ciò occorre anzitutto che il legislatore dia attuazione ai precetti costituzionali di cui agli artt.117 e 119.

Occorre quindi che il legislatore definisca "i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (ex art.117 lett.m): per quanto possa risultare

difficile - in presenza di risorse (inevitabilmente) scarse, e in un contesto culturale eterogeneo - il legislatore deve definire il contenuto irrinunciabile di ogni diritto, ovvero ciò che deve essere garantito a ogni persona affinché essa, quale che sia la propria particolare condizione fisica, economica e sociale, possa condurre una vita libera e dignitosa (AA.VV., *La tutela multilivello dei diritti sociali* - a cura di E. Balboni, Jovene, 2008).

Nel contempo occorre che il legislatore definisca (oltre agli aspetti di qualità e quantità) il costo medio delle relative prestazioni, nonché le fonti di finanziamento (Cfr. E. Balboni, F.Pizzolato in AA.VV., *La tutela multilivello dei diritti sociali*, cit.).

La legge dello Stato, in attuazione dell'art.119, deve dettare i "principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario" e deve istituire il "fondo perequativo" in modo tale consentire che tutti gli enti territoriali (Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni) dispongano di una certa autonomia di entrata e di spesa, e siano in grado di ottenere il finanziamento "integrale delle funzioni pubbliche loro attribuite". La legge dello Stato, nel dettare i principi generali di coordinamento in materia di finanza pubblica e di sistema tributario, e nel disciplinare il fondo perequativo, deve peraltro garantire - oltre al finanziamento integrale delle funzioni attribuite ex art.119 - che ciascun Ente territoriale possa erogare un livello di prestazioni (o di alcune prestazioni) di cui all'art.117 lett.m, superiore a quello essenziale definito dallo Stato. Gli Enti territoriali devono cioè essere posti nella condizione di poter (astrattamente e concretamente) svolgere le funzioni pubbliche che vengono loro attribuite e poter, contemporaneamente, esercitare una qualche discrezionalità politica in ordine al livello (superiore a quello essenziale) delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (A.Anzon, *Potestà legislativa residuale e livelli essenziali delle prestazioni*, in *Giur.cost.*, 2010, 155ss.; A.Giorgis, *Art.3, comma 2, Cost*, cit.).

Le risorse necessarie per finanziare il contenuto essenziale dei diritti civili e sociali - ai sensi degli articoli 53 e 2, comma secondo, della Costituzione - debbono essere reperite dall'insieme dei cittadini contributivamente capaci, ovunque essi risiedano, e in maniera progressiva. Ciò che la legge dello Stato impone alle Regioni e agli Enti locali di assicurare

a tutti i cittadini deve essere finanziato (secondo il principio di progressività, da tutti i cittadini contributivamente capaci); ciò che le Regioni e gli Enti locali possono discrezionalmente scegliere se predisporre deve, invece, essere finanziato dai soli cittadini delle Regioni e/o degli Enti locali che compiono tali scelte. (G.Fransoni – G.Della Cananea, Art.119, *Commentario alla Costituzione*, Torino, Utet, 2006).

Questo in sintesi il quadro dei principi costituzionali, il “dover essere” prescritto dalla nostra Costituzione.

Quanto la situazione presente - legislativa e amministrativa (oltre che economica e culturale) - sia lontana da tali principi è purtroppo davanti agli occhi di tutti noi.

Molti sono gli anziani che attendono di ricevere servizi di assistenza domiciliare che consentano loro di conservare autonomia, indipendenza e relazioni affettive, evitando l’allontanamento dal nucleo familiare.

Molti sono inoltre gli anziani che attendono di ricevere cure e servizi essenziali presso strutture di ricovero (che dovrebbero comunque essere collocate in luoghi che consentano agli assistiti di conservare la propria rete di relazioni sociali e affettive).

E molti sono i servizi che andrebbero progettati e realizzati, sia per migliorare le condizioni di cura e di assistenza, sia soprattutto per valorizzare l’esperienza e l’energia di tanti anziani che, pur avendo maturato gli anni della pensione e pur essendo usciti dai tradizionali processi produttivi, sono (ancora) in grado di svolgere “un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società” (art.4 Cost.).

L’allungamento della durata della vita - che lo sviluppo scientifico ed economico hanno reso possibile - deve infatti essere l’allungamento di una vita libera e dignitosa e dovrebbe perciò coincidere con l’ampliamento delle possibilità di realizzazione e sviluppo della persona.

Nessuna utilità economica, nessuna utilità collettivo–statuale potrà mai giustificare - alla luce del vigente ordinamento costituzionale - il sacrificio della dignità della vita del singolo: per il diritto costituzionale contemporaneo, come abbiamo già ricordato, l’essere umano ha valore in sé e non in quanto

sia utile alla società (E.-W. Böckenförde. *Dignità umana e bioetica*, Morcelliana, 2009).

Il progresso scientifico e tecnologico - e il concomitante processo di secolarizzazione e di sgretolamento delle comunità monoetiche - hanno però fatto sorgere anche una diversa, e per molti aspetti inedita, richiesta di tutela e di protezione: la protezione dalla invadenza di quella tecnica e di quella medicina che rendono possibile procrastinare la morte oltre il punto in cui la vita ha ancora valore per il paziente stesso (Cfr. C.Tripodina, *Il diritto nell'età della tecnica*, Jovene, 2004).

E' una domanda alla quale, in alcuni casi, non è facile rispondere, sia perché può risultare difficile ricostruire un volere libero e consapevole del soggetto, sia perché la Costituzione non dà una risposta univoca circa l'esistenza di un vero e proprio diritto a morire con l'aiuto attivo e diretto di un terzo, pur riconoscendo il diritto di rifiutare i trattamenti sanitari (ex art.32, comma 2) e di essere aiutati nel morire, attraverso la somministrazione di analgesici capaci di alleviare il dolore.

Per quanto difficile e problematica possa essere la risposta in un contesto di pluralismo culturale ed etico, il legislatore e, prima ancora, il confronto democratico non possono e non debbono tuttavia rinunciare a cercarla, alla luce di quella prospettiva costituzionale che muove dal riconoscimento ad ogni essere umano del valore di fine in sé e del dovere (che la Costituzione prescrive allo Stato) di rimuovere tutte quelle cause di privazione che potrebbero indurre una persona a maturare la scelta della morte sotto l'assillante pressione esercitata dalla condizione di bisogno, sofferenza, dolore e dalla impossibilità di assicurare a se e alla propria famiglia una vita dignitosa anche nelle condizioni di malattia, invalidità e vecchiaia (cfr. C.Tripodina, op. cit., 147 s).

IL SERVIZIO AIUTO ANZIANI

Carlo Maria Gioria, Direttore del Servizio Aiuto Anziani del Comune di Torino

1. Dal Servizio Aiuto agli Anziani Vittime di Violenza ...

Con deliberazione della Giunta Comunale del 17 settembre 1998 veniva approvato il Progetto di Aiuto agli Anziani Vittime di Violenza, mirato a svolgere attività di prevenzione, riparazione e contenimento del danno subito dalle persone anziane vittime di reati, sia sul piano fisico che psicologico che giuridico, avvalendosi della collaborazione di alcune associazioni di volontariato cittadine che da anni operano a favore della popolazione anziana.

L'amministrazione ritenne di avviare un progetto sperimentale di aiuto agli anziani vittime di reati. Il progetto intendeva perseguire le finalità sopra individuate con l'apporto originale ed insostituibile del volontariato, in quanto soggetto capace di produrre beni relazionali e di sostituirsi a reti di solidarietà comunitaria sempre più carenti nella realtà metropolitana, secondo le seguenti modalità:

- 1) finalità di prevenzione del danno, mediante un'azione informativa capace di cautelare gli anziani di fronte alle situazioni che più frequentemente li vedevano vittime di reato;
- 2) finalità di riparazione del danno, mediante prestazioni di primo intervento per i danneggiamenti materiali subiti - dal riordino alla riparazione a prezzi convenzionati nel caso di scasso-, di sostegno psicologico e di assistenza, con l'attivazione di intervento medico o eventuale trasporto al pronto-soccorso se necessario, alla compagnia di conforto e di sostegno nello svolgimento della denuncia dell'accaduto alle forze dell'ordine;
- 3) Finalità di contenimento del danno, tramite successivi interventi di sostegno, tra di loro coordinati, espletamento delle pratiche burocratiche

necessarie, contatti con il servizio sociale territoriale per l'eventuale attivazione di misure di sostegno economico temporaneo e di assistenza domiciliare, servizio di conforto tramite telefonia sociale e presso la centrale operativa nelle settimane successive al reato e mediazione nel rapporto con l'autorità giudiziaria per quanto riguarda lo sviluppo del procedimento penale che segue il reato.

Le Associazioni AUSER, P.A. CROCE GIALLO-AZZURRA e SOCIETA' S.VINCENZO DE' PAOLI e, poi, in ordine di tempo, anche il SEA, si impegnavano, tramite convenzione con l'Amministrazione della Città di Torino, a partecipare al progetto mettendo a disposizione i volontari per la realizzazione degli scopi prefissi.

Anche l'UGAF (Unione Gruppo Anziani Fiat) aderiva alla realizzazione del progetto offrendo la disponibilità delle proprie risorse, ed in particolare di consulenza legale, senza alcun onere a carico dell'Amministrazione.

Dal secondo semestre dell'anno 2004 il Servizio si è trasformato ulteriormente ampliandone l'oggetto: diviene un Servizio di Aiuto agli Anziani non più limitato a chi ha subito violenza, ma rivolto a tutta la cittadinanza di età senile che può trovare un "ascolto" immediato per i propri bisogni ed un accompagnamento verso il loro soddisfacimento. Anche altre Associazioni di volontariato entrano in convenzione: ADA, ANTEAS, SEA.

Nella realizzazione dei suoi obiettivi il Servizio non conta solo sulle proprie risorse, bensì collabora attivamente con altre che si occupano di violenza.

La collaborazione con la Polizia Municipale non consiste solo nel deviare le chiamate nelle ore notturne e nei giorni festivi, ma si realizza fattivamente per quanto attiene gli aspetti criminosi - in particolare dalla loro istituzione con il nucleo di Prossimità - in scambi di informazioni utili per la vittima o, più in generale, per la prevenzione. Quest'ultima si è realizzata anche mediante la partecipazione ad incontri di sensibilizzazione con la popolazione cittadina in tutte le circoscrizioni.

Il dialogo con i Servizi Sociali fornisce un supporto alla vittima quando le condizioni economiche o di solitudine impediscono l'autosufficienza dell'anziano nella soddisfazione dei suoi bisogni primari. Del resto la collaborazione con le risorse di territorio è fondamentale per quanti si rivolgono al Centro perché ignorano le competenze e le peculiarità dei servizi erogati dalla socio assistenza, così come ignorano altre opportunità offerte loro dalla comunità.

Ancora il Centro è divenuto nel tempo punto di snodo per rinviare richieste di vario genere agli enti specificatamente preposti, quali il settore Pari Opportunità ed il Telefono Rosa per la violenza sulle donne, i Centri di Mediazione per i conflitti familiari e condominiali, le Associazioni dei Consumatori per le truffe a danno dei singoli.

2. ... al Servizio Aiuto agli Anziani

I dati hanno indicato nel tempo un elevato numero di anziani soli e disorientati - vittime di violenza e non - che si sono rivolti al Servizio con le motivazioni più svariate e una significativa frequenza di telefonate fatte da persone che non trovavano altri interlocutori.

Emergevano peraltro nuovi vissuti di violenza, quali i disagi per chi è disinformato o incapace di orientarsi nella complessità della società odierna, che richiede performance difficili per chi è in là con gli anni.

Come filo conduttore veniva identificata la *solitudine* quale sentimento che pervade la vita quotidiana di sensazioni di insicurezza e che espone a molteplici possibilità di violenza, nei confronti delle quali l'anziano si trova inerme.

Tali considerazioni hanno contribuito a motivare l'ampliamento del Servizio verso un Aiuto Anziani rivolto a tutti i cittadini soli ed appartenenti alla fascia più esposta (vale a dire oltre i 75 anni d'età), ponendosi come punto di riferimento per i più deboli nella soddisfazione dei loro bisogni più importanti.

Le problematiche legate al periodo estivo e la prevenzione delle conseguenze del *caldo* - su proposta del Ministero della Sanità - unite alla promozione dei Servizi della cosiddetta *Domiciliarità leggera* fornirono l'occasione per iniziare questa ulteriore attività dall'estate 2004.

Il rinnovato Servizio Aiuto Anziani si è quindi ampliato nei suoi obiettivi.

Telefonando si possono ottenere:

- Informazioni sui servizi pubblici e privati della Città;
- Presenza solidale (a domicilio e non) di volontari per ascoltare i bisogni e ricercare soluzioni adeguate;
- Contatti con i Servizi Sociali di territorio per gli interventi di cui si ha necessità;
- Consigli su come evitare o affrontare violenze, truffe o raggiri di cui possono essere vittime gli anziani;
- Sostegno alle vittime di violenza con ascolto e supporto psicologico professionale, accompagnamento e compagnia da parte di volontari.

3. L'esperienza di questi anni

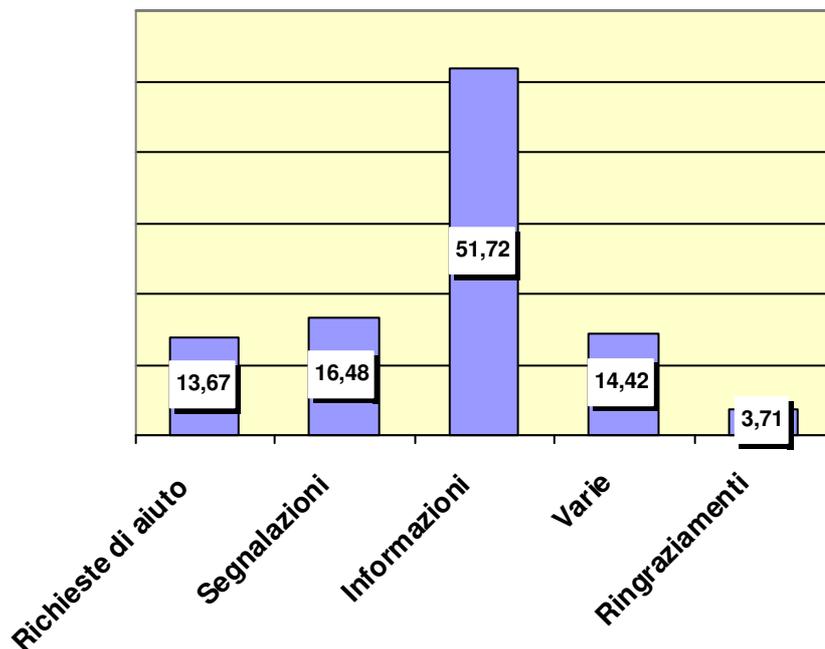
In tredici anni di attività il Servizio ha ricevuto le telefonate di circa 13.000 persone, che hanno richiesto non solo i sostegni specifici forniti dal Servizio, ma soprattutto notizie concernenti tutto il "pianeta anziani": socio-assistenza, sanità, tributi ed imposte, possibilità di presentare reclami, segnalazioni per problemi inerenti i servizi pubblici, etc.

In sintesi il grafico seguente riporta le percentuali di richieste pervenute in questi anni.

Le richieste d'aiuto indicano le violenze perpetrate a danno di anziani e di cui il Servizio si è fatto carico.

In maggioranza le vittime sono persone sole (più del 70%) di cui le donne costituiscono la maggior parte (80% circa). Il reato più frequente (più del 50% dei casi) è di furto avvenuto con tecniche di truffa e raggio.

Assistiamo peraltro oggi ad un incremento delle "violenze domestiche".



Si compongono di diverse fattispecie: in molte circostanze si tratta di genitori anziani che si trovano esposti a violenze fisiche e psicologiche da parte dei figli con disturbi psichici, tossicodipendenti o alcolisti; le violenze operate hanno lo scopo di procurarsi denaro per soddisfare le esigenze date dalla dipendenza. Ma cresce anche il numero dei figli che, senza lavoro, approfittano dell'unico cespite familiare costituito dalla pensione del vecchio genitore per sbarcare il lunario. Sono casi nei quali per il Servizio è difficile intervenire in quanto l'anziano si accontenta di trovare un modo per sfogare il proprio disagio e per essere ascoltato, senza poi mettere in pratica i consigli che gli operatori offrono per essere aiutato e per usufruire dei servizi presenti sul territorio.

Vi sono poi casi di trascuratezza e di isolamento, ad opera sempre di figli e parenti, i quali, con le giustificazioni più varie (ristrettezze economiche, assenza di spazio e di tempo, ecc..), rifiutano di prendersi cura del proprio congiunto e lo abbandonano su tutti i fronti.

Altra tipologia di violenza seppur non fisica è quella "economica". Si tratta di liti tra figli e genitori per questioni patrimoniali (deleghe sul conto corrente, intestazioni di alloggi...).

Le violenze psicologiche, che vengono attuate e che inducono l'anziano a firmare atti di cui spesso non comprende bene né il contenuto né le finalità, sono spesso sottili, subdole, fondate sulla manipolazione dei rapporti affettivi e, proprio per questo motivo, difficilmente vengono alla luce.

Le segnalazioni ci confortano poiché denotano un sempre maggior numero di cittadini disposti a "farsi i fatti altrui". Questi telefonano per esporre situazioni di vicini di casa o conoscenti anziani soli che versano in condizioni precarie e chiedono una verifica discreta dei fatti.

Ma sono le informazioni a superare il 50% delle richieste.

Sono telefonate – il cui volume è notevole ed è incrementato nel tempo sino a raggiungere la soglia di circa 1/2 di tutte le telefonate pervenute - effettuate direttamente dagli anziani o dai loro parenti che chiedono aiuto per conoscere quali siano i Servizi esistenti – sia pubblici che privati – a favore della terza età. La risposta è sempre stata fornita nell'ottica del raccordo tra servizi.

A questo proposito è importante evidenziare il *disorientamento* del cittadino in là con gli anni di fronte ad una società sempre più complessa, specie se isolato e conseguentemente disinformato.

4. Qualche riflessione sull'anziano e ...

In una fase della vita come quella dell'invecchiamento, spesso la persona si vede coinvolta in cambiamenti importanti che prevedono in particolar modo la prospettiva di un nuovo adattamento ambientale.

L'anziano infatti è talvolta costretto a cambiare abitazione, magari in conseguenza di problematiche fisiche che, pur lasciandogli una certa quota di autonomia, non gli consentono di continuare a vivere nella propria casa, in quanto inadatta alla sua nuova condizione.

Moltissime sono le situazioni nelle quali l'anziano, pur avendo la possibilità di rimanere nella propria casa, si ritrova a doverla condividere con un'altra persona, fino ad allora sconosciuta; ci si riferisce a quei casi in cui l'anziano necessita di un'assistenza continua, garantita da una figura di riferimento che quotidianamente, 24 ore su 24, presta servizio nella stessa abitazione dell'anziano, prendendosi cura di ogni sua esigenza. Non è sempre facile e immediato per l'anziano accettare questa condizione, sia a causa di fattori psicologici che vorrebbero difenderlo nella propria autonomia, sia per la diffidenza che normalmente si può avere nei confronti di una persona poco conosciuta.

In altri casi l'anziano si vede costretto a trasferirsi a casa dei figli, dovendo quindi abituarsi a condividere i tempi, gli spazi, le esigenze di lavoro e gli equilibri che in quella stessa casa si erano precedentemente creati. Sebbene siano cambiamenti che possono risultare difficoltosi, in una situazione ottimale possono anche creare esiti positivi, dando nuova vitalità all'anziano, grazie al rapporto e alla relazione affettiva continua che può intrattenere con i figli e soprattutto con gli eventuali nipotini.

Non da ultimi, si devono considerare tutti i casi nei quali l'anziano, specie se vive solo, è vittima di una situazione multiproblematica ed è completamente dipendente dalle cure altrui, sia a livello fisico, sia medico, sia psichico e si vede costretto ad essere trasferito presso una struttura sanitaria adeguata alla sua condizione. Sono probabilmente questi i casi nei quali l'adattamento risulta più difficile per l'anziano; essere ospite di tali strutture infatti, per quanto efficienti e ben organizzate esse siano, implica spesso nella mente dell'anziano la comparsa di una serie di vissuti negativi. I più frequenti sono la solitudine e la consapevolezza di aver perso quasi totalmente la propria indipendenza. L'anziano può divenire preda di un ritiro emotivo e affettivo che gli impedisce di vivere le relazioni con gli altri. Se tale condizione psicologica viene solitamente vista come normale e "fisiologica", talvolta può invece costituire un primo segnale del manifestarsi di un disturbo depressivo.

Fino a pochi anni fa gli anziani venivano visti solitamente come persone soggette ad una normale degenerazione cognitiva, sociale e affettiva. Nonostante questa apparente visione negativa, l'anziano veniva comunque

considerato uno dei punti cardine della famiglia, la voce dell'esperienza dalla quale trarre insegnamento.

Oggi, paradossalmente, se da un lato si è assistito al fiorire di un nuovo interesse nei confronti dell'età anziana dal un punto di vista dello studio psicologico, scientifico e sociologico, dall'altro lato si deve riscontrare la modificazione della visione sociale dell'anziano.

Per comprendere l'aspetto paradossale che si intende evidenziare, sarebbe necessario chiedersi il perché del rapido sviluppo dei servizi rivolti agli anziani, pensare all'origine di tale esigenza.

La motivazione primaria forse è dovuta proprio alla fase di cambiamento che sta vivendo la nostra stessa società, imperniata sul lavoro rapidamente produttivo, sulla velocità d'azione e di pensiero, che riesce a coinvolgere solo chi riesce a stare a passo con lei.

L'anziano per sua natura non possiede i requisiti necessari per essere partecipe di questo tipo di realtà, non costituisce una forza produttiva, si ritiene che non sia più una fonte di creatività. Probabilmente è proprio a causa di questa visione che si verificano casi di isolamento e di abbandono, non solo da parte della società che non è più in grado di rendere l'anziano partecipe del proprio divenire ma anche da parte dei familiari, anch'essi troppo assorbiti dalla realtà esterna. Tale visione dell'anziano oggi sta cambiando.

Attraverso lo studio e lo sviluppo delle nuove tecniche di visualizzazione derivate dalle neuroscienze, si è andata evidenziando la presenza di una grande plasticità cerebrale, non solo nell'individuo giovane ma anche nell'anziano, attraverso la quale è possibile formare nuove reti di connessioni neuronali in seguito all'acquisizione e all'esercizio di nuovi apprendimenti. Da qui la consapevolezza della necessità di mantenere attive la capacità cognitive dell'anziano stesso.

Gli studi sociologici che sottolineano che parte degli anziani dispone di risorse piuttosto limitate, sia a livello personale sia economico, dimostrano anche che tale fenomeno potrebbe essere modificato attraverso l'intervento di nuove politiche sociali di prevenzione e di promozione del benessere.

Non dobbiamo trascurare il fatto che nella nostra società ci troviamo spesso di fronte ad anziani che manifestano una grande presenza di spirito, voglia di mettersi in gioco, di rendersi e sentirsi utili; com'è possibile non sfruttare tali risorse? E' necessario che la società stessa si adoperi per lavorare in una direzione che possa sostenere la motivazione all'iniziativa e per far sì che il modo di vivere di questi anziani diventi un esempio per altri che non possiedono la stessa fortuna e la stessa forza.

Il volontariato rappresenta un campo nel quale il "pensionato" che ha ancora voglia di mettersi in gioco può ritrovare creatività, motivazione e nuovi interessi.

Il miglioramento dello stato psicofisico e sociale dell'individuo anche nell'età adulta, nell'ottica della teoria del ciclo di vita, può sia aumentare la capacità di adattamento e la percezione del benessere ma può anche aiutare a prevenire casi di violenza e di truffe. A tale scopo potrebbe essere utile contrastare il decadimento cognitivo dell'anziano e sostenere la fiducia nelle proprie capacità di interagire con la realtà, facendo in modo che l'anziano stesso si affidi alle proprie conoscenze di base e all'aiuto dei servizi.

Quando si parla di risorse si deve considerare che in età adulta spesso la persona viene maggiormente assorbita dal proprio lavoro e questa situazione può talvolta impedire la creazione di interessi alternativi al lavoro, lo sviluppo di hobby e spazi personali; tale condizione può contribuire ad aumentare il rischio di un futuro isolamento sociale in età avanzata.

Alcune ricerche hanno tuttavia dimostrato che in molti anziani la maggior disponibilità di tempo libero, unita ad una forte motivazione, all'allenamento mentale e allo sfruttamento delle abilità residue, possono potenziare lo sviluppo di situazioni creative che aiutino a mantenere l'efficienza cognitiva.

In sintesi è evidente che sviluppare nuove conoscenze, possedere risorse personali, percorsi e interessi alternativi al lavoro, essere caratterialmente flessibili e aperti rispetto ai cambiamenti che la vita e la società impongono, sono elementi fondamentali che possono aiutare a contrastare il decadimento fisiologico dell'età ma anche ad essere più ricettivi e attenti nel non farsi coinvolgere in situazioni di potenziale pericolo.

Certo non ci si deve scordare del fatto che in questo caso si parla di anziani che hanno l'opportunità di vivere in situazioni ottimali che favoriscono le suddette attività; riconoscere il suo valore sociale, dare importanza all'affettività della famiglia e delle persone care che rinforzano positivamente la visione che l'anziano ha di se stesso, sono elementi che favoriscono la stabilità e il mantenimento di un buono stato psicologico.

Nella realtà accade invece troppo spesso che i bisogni dell'anziano non trovino accoglimento e corrispondenza negli altri membri della famiglia; accade infatti che figli e nipoti non siano in grado di rispondere in maniera adeguata alle necessità del parente anziano, il quale rischia di sentirsi una persona estranea rispetto alla famiglia.

In questi casi, ma anche laddove vi sia carenza di cultura e scarse disponibilità economiche, gli anziani trovano un serio impedimento nella possibilità di usufruire appieno del proprio tempo libero in modo gratificante e di sviluppare e sostenere le proprie abilità in ambito extra lavorativo.

Una buona strategia di prevenzione sociale è rendere consapevole l'individuo, non solo l'anziano, di essere soggetto di doveri ma anche di diritti. A tal proposito sarebbe produttivo elaborare un progetto di educazione ai Diritti Umani, necessario sia per fornire la consapevolezza che questi possono essere violati ma anche per fornire gli strumenti e le modalità con i quali possono essere fatti valere. L'idea di fondo su cui si basa tale ipotesi è che la presa di coscienza di essere titolare dei suddetti diritti diviene il presupposto per acquisire maggiore responsabilità anche nei confronti dei diritti altrui.

5. ... sull'anziano vittima di reato

La psicologia della vittima ha assunto sempre più un'importanza rilevante ed alcuni organi di informazione si sono rivolti all'Aiuto Anziani Vittime di Violenza per analizzarla e cogliere quindi le modalità per un intervento preventivo.

L'esperienza maturata sulle persone che si sono rivolte al Servizio denota un elevato numero di vittime traumatizzate che presentano reazioni

di ripiegamento su se stesse conseguenti all'avvenimento, di diffidenza totale nei confronti di tutto e di tutti e di depressione; atteggiamenti tanto più difficili da rimuovere quanto più la vittima è sola e senza punti di riferimento.

Il pudore e la paura di raccontare ai familiari la propria inadeguatezza nell'affrontare situazioni purtroppo comuni di raggiro, di aver prestato ingenuo ascolto a proposte irrealizzabili o ad affermazioni irreali, costringe l'anziano per alcuni versi a non fidarsi e per altri a non presentare denuncia alle istituzioni.

La ragione di questa reticenza può quindi ricondursi alla tendenza delle vittime ad attribuire l'accaduto alla propria debolezza, vulnerabilità, al fatto di essere soli, ingenui e poco reattivi. E' probabile che dalla convinzione di essere, in qualche modo, "artefici" del proprio male scaturisca una sorta di orgoglio che impedisce di rendere pubblico il raggiro con la denuncia all'Autorità Giudiziaria.

Tutto questo influisce in maniera significativa sul "numero oscuro", cioè quella percentuale di reati che non viene denunciata e quindi sfugge alle rilevazioni statistiche. Vi sono tipologie precise di reati che presentano un alto numero oscuro: fra queste l'estorsione, le violenze, le truffe; tipologie più facilmente perpetrate ai danni degli anziani, considerati obiettivo "fragile".

Quindi la categoria di reati di cui sono vittime gli anziani si rivela piuttosto complessa, dai contorni incerti e difficilmente rilevabile attraverso i consueti strumenti di analisi della criminalità comune e della vittimizzazione; sfugge pertanto in percentuale rilevante ai rilievi ed alle statistiche giudiziarie.

Già alla base di ogni essere umano c'è il timore di dover ammettere con se stesso di essere incapace di tutelarsi; nell'anziano poi questo timore diviene motivo per dubitare addirittura della propria adeguatezza nell'affrontare la vita e per domandarsi quale significato egli possa attribuire ancora alla propria esistenza.

Bisogno primario dell'uomo è il *sentimento di sicurezza*. Minato tale bisogno, tutto diventa più difficile, se non impossibile. Il bambino per poter crescere ha bisogno di una figura adulta che si prenda cura di lui, su cui contare in caso di bisogno. Diverrà così un individuo maturo che potrà contare su un sentimento di sicurezza interiorizzato e confermato dalla realtà. Giunto in età avanzata, quando le forze vengono meno, l'uomo torna ad aver bisogno di punti di riferimenti esterni che lo rassicurino nei momenti di debolezza e gli diano nuova fiducia nella vita.

Specie negli anziani che vivono privi di una rete familiare e sociale, la visione pessimistica di se stessi è particolarmente accentuata e può provocare preoccupazione, ansia per il futuro, sensazioni di inadeguatezza in relazione alla propria capacità di affrontare situazioni anche quotidiane.

Tali fragilità psicologiche possono facilmente condurre l'anziano a cadere in trappole quali furti e raggiri.

In questo caso riemerge prepotentemente la necessità di un supporto esterno, di una figura o di un servizio che possa fungere da punto di riferimento anche per i quotidiani bisogni dell'individuo.

In tal senso i servizi presenti sul territorio sono molti e rispondono a diverse tipologie di utenze e di necessità. Tuttavia, ciò che si registra quasi quotidianamente è la presenza di una quantità di anziani poco informati e confusi sulle possibilità loro offerte.

E perciò le reti parentelari, amicali o di buon vicinato costituiscono l'immediata risorsa dell'anziano per combattere il senso di solitudine, per acquisire informazioni, per condividere le emozioni, per ridurre i danni psicologici conseguenti a possibili fatti traumatici e ritrovare quindi fiducia in se stessi ed ottimismo nei confronti della vita. Il costo di ogni relazione umana è sempre elevato, in quanto richiede ad ognuno di investire molte energie nel mettere in gioco se stessi quotidianamente, consentendo solo nel tempo di cogliere frutti duraturi.

Le esperienze affrontate nel corso della vita (quali separazioni, perdite, lutti) incidono sull'anziano, in particolare su quello che si trova - suo malgrado - in una situazione di solitudine non voluta e che non possiede più energie e tempo per creare nuovi rapporti ed affetti. Eppure proprio un

atteggiamento positivo e fiducioso nei confronti degli *altri* implica, a qualsiasi età, una capacità di andare oltre i propri bisogni, aprendosi alle altrui istanze ed alla realtà esterna.

Questa costante ricerca di rapporti umani costringe ogni persona ad un atteggiamento aperto e quindi ad uno spirito giovanile: il che è antitetico al caratteristico ripiegamento su se stesso tipico dell'anziano. Questo modo di fare, quindi di essere, costituisce la miglior *ricetta* a qualunque età per conseguire una *qualità di vita* ottimale, ricca di affetti, che nessun ladro o truffatore potrà mai depredare.

In effetti l'esperienza di questi anni ha evidenziato che gli anziani che hanno avuto un atteggiamento combattivo nei confronti della vita e che si sono dimostrati attenti ed aperti ai cambiamenti e agli stimoli della realtà, sono quelli meno facilmente raggrahibili o almeno quelli che si riprendono con maggiore facilità dalle conseguenze di eventi traumatici con un sano atteggiamento reattivo.

6. Strategie di intervento: cosa fare

Da questa analisi non è difficile dedurre quali siano le strategie che possano sortire efficacia per contenere il fenomeno delle violenze sugli anziani.

La miglior complice degli autori di questi tipi di reato è la *SOLITUDINE*.

Il "tempo liberato" degli individui anziani va inteso come tempo liberato dal lavoro, come condizione imposta e necessaria. Ma il tempo liberato dall'attività lavorativa rischia spesso di diventare tempo di forzata inattività, improduttività, incapacità di vivere la propria età in modo utile e creativo. Il tempo libero, quindi, può risultare "vuoto" ed in grado di innescare un processo graduale di isolamento e di solitudine in coloro che si trovano in età avanzata. Occorre quindi evitare che l'età senile venga identificata con l'età della chiusura e dell'isolamento.

È pur vero che l'anziano con il tempo perde alcune abilità fisiche e psichiche, ma la letteratura conferma che nel contempo acquista in

ponderazione e saggezza, in riflessione ed esperienza: è la differenza fra quella che viene definita "intelligenza fluida", tipica dell'età giovanile, e "l'intelligenza cristallizzata", tipica invece delle età più mature. Occorre far leva su ciò che è rimasto, piuttosto che su quello che non c'è più. L'anziano è ancora in grado di porsi obiettivi e sviluppare progetti, seppur commisurati alle sue capacità/risorse.

Compito della società è quello di accordare fiducia alle potenzialità proprie dell'età senile e nel contempo promuovere iniziative che coinvolgano attivamente la terza età. Da un lato si tratta di compiere un'azione pedagogica favorendo incontri transgenerazionali con progetti mirati, dall'altro porsi con un atteggiamento di attenzione ed ascolto che può essere messo in atto a livelli diversi: dal semplice atteggiamento partecipativo di un operatore telefonico, a quello più diretto e mirato di chi si relaziona direttamente con persone avanti con gli anni, all'intervento professionale dello psicologo.

L'ideazione e la realizzazione di progetti concreti hanno un duplice fine: mantenere un buon livello delle funzioni psicofisiche ed essere ancora "appassionati"; rendere più facile, grazie ad una mente lucida ed occupata, lo smascheramento delle stravaganti proposte di sconosciuti affabulatori come i truffatori.

Anche i familiari, seppur fisicamente distanti, possono concorrere a mantenere strette relazioni con il proprio congiunto non solo in modo diretto, ma anche assicurandosi che egli sia "tutelato" da reti sociali o di buon vicinato: soddisfacendo così i suoi bisogni relazionali, consolidando il senso di continuità e di integrità, antidoto formidabile alla depressione ed all'insicurezza.

Discorso importante quello delle reti di vicinato. La persona sola può sentirsi più sicura quando sa di poter contare sui vicini di casa; sono rapporti che si costruiscono nel tempo attraverso scambi di piccoli favori, ciascuno prestandosi all'altro secondo le proprie capacità.

Così all'occorrenza la persona sola può chiedere aiuto al vicino e quest'ultimo può essere attento se la routine degli atti quotidiani, tipica dell'anziano, è mutata. Vederlo rientrare con persone mai viste prima, non

sentirlo/vederlo aprire la finestra alla stessa ora come di solito dovrebbe indurre a chiedersi cosa stia succedendo. Con piccole scuse, senza ledere la privacy, si potrebbe "farsi un poco i fatti altrui".

Sempre a proposito di bisogni di relazione, potrebbe essere significativa l'organizzazione di gruppi di auto mutuo aiuto in cui gli anziani possano ritrovarsi e condividere problematiche comuni e socializzare.

Lo stile di vita della società industriale ci ha appagati di "beni materiali", ostacolando la crescita dei "beni relazionali", contrariamente alla società preindustriale che era capace di produrre beni relazionali.

La sfida attuale sta nel modificare il nostro stile di vita, senza rimpiangere i tempi passati. L'obiettivo è accettare ciò che di positivo la società odierna ci offre, incrementando gli spazi relazionali.

E' necessario perciò prendere coscienza di quello che può essere il valore di un rapporto amicale, della funzionalità della famiglia, di attività socialmente utili, quali ad esempio il volontariato.

Ne deriva la necessità di intervenire con serie politiche verso la famiglia, l'economia sociale, l'urbanistica, che raramente favorisce i rapporti umani soprattutto per le categorie più fragili.

Dalla qualità della vita relazionale di queste categorie si misura l'attenzione alla qualità relazionale di un tessuto sociale. Occorre incentivare l'investimento in relazioni, ancor più degli investimenti economici, in quanto si tratta di beni che l'anziano potrà sentire profondamente suoi, consapevole del fatto che nessuno mai potrà rubarglieli o portarglieli via.

Formazione degli operatori e ricerca scientifica

Giovanni Carlo Isaia, Professore Ordinario di Medicina Interna, Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Torino

Tutti sanno che negli ultimi anni si è verificata una rivoluzione demografica importante, mai avvenuta nella storia dell'umanità, che ha avuto origine da un invecchiamento progressivo della popolazione e di conseguenza ad un significativo incremento della vita media: ciò ha condotto ad un marcato e straordinario incremento numerico della popolazione anziana.

Si prevede che nel 2020 in Italia gli ultraottantenni rappresenteranno il 6,1% della popolazione. Di conseguenza, si può prevedere che aumenteranno notevolmente le richieste di prestazioni sanitarie in uno scenario che si presenterà radicalmente mutato e che sarà oggetto dell'attenzione non soltanto dei medici, ma anche dei sociologi e dei politici, che dovranno forzatamente destinare una maggiore quota di risorse per rispondervi appieno. D'altra parte anche le caratteristiche fisiopatologiche dell'anziano sono notevolmente mutate, in quanto assistiamo in generale pazienti anziani "più giovani", nel senso che il loro maggiore livello culturale favorisce le loro conoscenze, gli interventi di prevenzione, le loro richieste di trattamenti più adeguati ed efficaci.

Ne risulta pertanto che il futuro sarà rappresentato da una maggiore quota di pazienti anziani mediamente in condizioni di salute meno compromesse, ma ancora caratterizzati da una "fragilità biologica", intendendo con questo termine una vulnerabilità ad eventi stressanti (tra i quali l'ospedalizzazione è certamente il maggiore) verso numerose condizioni patologiche, con conseguente necessità di assumere numerosi farmaci, talora anche con rilevanti effetti collaterali.

In sintesi, gli anziani del futuro saranno più numerosi, presenteranno un maggior numero di patologie croniche di diversa gravità ed a decorso più

prolungato, e pertanto sopravvivranno di più anche, ma non solo, per i nostri interventi terapeutici, restando in ogni caso grandi consumatori di risorse.

In questo scenario in continua evoluzione, quale può essere il contributo dell'Università ed in particolare della Facoltà Medica per migliorare le condizioni degli anziani e di conseguenza per metterli in condizione di gravare di meno su risorse sociali sempre più esigue, ma anche di contare di più nella società del domani ?

Credo che, considerando il ruolo istituzionale dell'Università, questo ruolo si possa e si debba sviluppare essenzialmente su due grandi direttici:

- a) la formazione degli operatori;
- b) la ricerca scientifica.

La formazione degli operatori

La Facoltà di Medicina e Chirurgia è da tempo protagonista istituzionale nella promozione della "Cultura dell'anziano": infatti, fin dagli anni '80 il Prof Fabrizio Fabris, mio autorevole predecessore sulla Cattedra di Geriatria della nostra Università, ha improntato la sua azione culturale e formativa essenzialmente sul concetto di "lasciare l'anziano quanto più possibile a casa sua", limitandone al massimo l'istituzionalizzazione sia in Ospedale e sia in altre strutture dove spesso, direi troppo spesso, i nostri modelli culturali tendono a relegare gli anziani.

In sostanza, secondo questo modello, occorre intercettare i bisogni anzitutto sanitari, ma anche sociali, psicologici ed affettivi degli anziani nella loro globalità ed il più precocemente possibile organizzando una rete di servizi alternativi all'ospedale e che garantisca la continuità della cura nel setting assistenziale più opportuno.

Questa posizione, del tutto antesignana e per certi aspetti anche rivoluzionaria per quei tempi, procurò a Fabris non pochi problemi ed un coro di critiche da parte di un mondo non ancora pronto a varcare le "sacre mura"

dell'università e del tutto restio a confondere la propria "nobiltà accademica" con i banali e spesso spiacevoli problemi che gli anziani loro malgrado vanno procurando al prossimo. Ciononostante, questa sua visione lungimirante è risultata vincente nel lungo periodo e da tempo ormai i geriatri sono ben consapevoli è necessario ridurre quanto più possibile il ricorso al ricovero ospedaliero, non solo per questioni economiche, ma soprattutto perché l'anziano, sradicato dal suo usuale ambiente di vita, vede di regola aumentare la propria vulnerabilità, con comparsa di disturbi soprattutto della sfera neuropsichica (delirium in primis), che spesso superano i benefici ottenibili da un ricovero ospedaliero.

Per tutti questi motivi occorre ragionare sulle necessità di trattare gli anziani, per quanto più è possibile, nel loro abituale ambiente di vita, senza il ricorso in ospedale, se non in casi eccezionali, e di conseguenza occorre prendere in seria considerazione un diverso assetto assistenziale che si fondi su un disegno dinamico e modulare, nell'ambito del quale sia possibile distribuire il carico gestionale in diversi setting e che risulti differenziato a seconda delle diverse necessità assistenziali, articolandosi organicamente nella Medicina di base, nella Medicina Specialistica Territoriale, nell'Ospedalizzazione a Domicilio (OAD), nelle RSA, nelle strutture per postacuzie ed anche, ma soltanto in casi che definirei a regime "eccezionali", nell'ospedale, garantendo in definitiva una continuità di cura ad alto livello qualitativo.

Abbiamo dimostrato, ed anche pubblicato in importanti riviste internazionali, che questo approccio atto ad evitare il più possibile il ricovero in ospedale è in grado di impedire che, in una sorta di perverso effetto domino, gli eventi possano precipitare in un'inarrestabile progressione di malattia.

Questa impostazione culturale è stata da noi recentemente rilanciata e diffusa non soltanto nella nostra attività in ospedale (ricordo che la Geriatria ha i tempi di degenza più brevi e l'età media dei pazienti più elevata fra tutte le Medicine Generali delle Molinette), ma anche nella formazione dei futuri Medici ed Infermieri e soprattutto nel Corso di specializzazione in Geriatria. Citerò soltanto alcuni di questi progetti didattici che ritengo altamente

innovativi ed in grado di formare gli operatori di domani secondo i principi culturali che ho annunciato:

- 1) Conferimento da parte di diversi soggetti pubblici e privati di 6 borse di studio per Specializzandi in aggiunta alle borse annualmente destinate dal Ministero della Pubblica Istruzione: questi giovani Colleghi operando in varie realtà del Piemonte, contribuiscono a diffondere la cultura geriatrica in maniera più capillare
- 2) Corso di formazione per badanti di pazienti affetti da demenza
- 3) Tirocinio degli Studenti del VI anno di Medicina in tutte le geriatriche del Piemonte
- 4) Progetto didattico "Adotta un Paziente" che, rivolgendosi agli Studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, cerca di educarli al dialogo con il Paziente ed al raggiungimento di un produttivo rapporto empatico.

La Ricerca Scientifica

Il nostro gruppo di ricerca, nel quale lavora paritariamente personale Universitario ed ospedaliero si ispira ad un concetto di ricerca scientifica caratterizzato dall'applicabilità pratica dei risultati eventualmente ottenuti: negli ultimi tempi, ha posto in essere alcuni progetti sperimentali, in parte già conclusi, ad alcuni dei quali ai quali accennerò rapidamente, progetti che a mio avviso sono in grado di concretizzare il modello culturale al quale ho dianzi accennato, producendo in prospettiva anche importanti risultati sulla gestione e sull'ottimizzazione dei servizi:

1) Telemedicina

Il progetto dei Telemedicina consiste fondamentalmente nel lasciare i pazienti a casa loro, dopo averli dotati di particolari apparecchiature che misurano vari parametri biologici: il peso corporeo, la glicemia, l'ossigeno nel sangue, la funzionalità respiratoria, la coagulazione del sangue l'ECG, la Pressione arteriosa. Opportunamente addestrati all'uso di una tecnologia che

ben conoscono i giovani, ma che non è preclusa agli anziani, i pazienti o le persone che li assistono, trasmettono i dati ottenuti ad un telefono cellulare, che a sua volta li trasmette ad una piattaforma informatica, a cui hanno accesso i Medici che possono valutare in tal modo l'evoluzione della malattia o in generale rilevare eventuali problemi clinici intervenuti. Il progetto è stato attivato in collaborazione con l'Istituto Boella, con il Politecnico di Torino e con la Telecom Italia, ed è stato finanziato dalla Regione Piemonte per essere esteso a 5.000 pazienti nei prossimi anni. e sono in grado di annunciare che nei prossimi giorni si avvierà alle Molinette per estendersi poi gradualmente in tutta la Regione.

2) Teleradiologia

Questo progetto, supportato dalla Fondazione CRT sostanzialmente consiste nella possibilità di eseguire gli esami radiologici a casa del paziente; che spesso anziano, disabile, lontano dagli Ospedali può avere difficoltà di accesso. Per il momento si eseguono radiografie del torace, delle ossa, del cranio ed i dati vengono trasmessi per via telematica ad un furgone che staziona in strada e di qui trasmessi, sempre per via telematica, all'ospedale dove il radiologo esamina le radiografie e stila il referto.

3) Progetto GEROS (**G**eriatria **O**steoporosi) Torino

Terzo e ultimo progetto, già ormai in fase di avanzata esecuzione si rivolge ai Pazienti con grave Osteoporosi e consente agli ortopedici, ai fisiatri, ai reumatologi o ai Geriatri che non sono autorizzati alla stesura di piani terapeutici per alcuni farmaci molto costosi per l'osteoporosi, di inserire in un computer i dati dei loro pazienti, che senza spostarsi possono essere inquadrati dal punto di vista diagnostico e terapeutico in tempo reale da parte del nostro centro di riferimento regionale

Con questi progetti riteniamo che la visione, considerata non molto tempo fa futuristica, di una Medicina che raggiunga il paziente e ne indirizzi i percorsi terapeutici utilizzando tecnologie adattate alla pratica clinica, prioritariamente in sede extra ospedaliera, possa non essere più una chimera,

ma tramutarsi in tempi brevi in una realtà concreta finalizzata ad ottimizzare gli interventi sanitari ed i diversi setting di cura.

In conclusione, con lo sviluppo di numerosi progetti di ricerca con importanti ricadute pratiche, riteniamo di assolvere alla missione che ci è stata affidata e che si compendia nell'adeguata formazione dei futuri Geriatri che, plasmati secondo modelli di assistenza avanzata ed altamente innovativa, potranno affrontare meglio e con maggiori probabilità di successo una medicina caratterizzata da scenari epidemiologici in rapida e costante evoluzione.

Gli anziani: flusso di denaro pubblico e di denaro privato

Antonietta Gaeta, Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie, Comune di Torino

(Il presente contributo nasce dalla trascrizione della registrazione e non è stato rivisto dall'Autore)

Questo universo di anziani e soprattutto delle loro famiglie e del sistema di interventi che sono loro dedicati, da un lato vede un grande flusso di denaro, denaro pubblico, ma anche tanto denaro privato, famiglie che in proprio acquistano ore-lavoro, famiglie che acquistano un posto in residenzialità.

Ovviamente l'intervento pubblico, ma anche l'intervento di coloro che questi servizi li realizzano materialmente, quindi l'imprenditoria sociale e non è una fetta di mercato, è anche un bacino di lavoro, che meriterebbe la stessa attenzione che si dedica ad altre fette del mondo del lavoro.

Mi colloco con dei dati, anche perché quelli che io ho qui sono dati di esercizio, e poi mi permetterò un'illustrazione di un'esperienza.

I dati delle persone impiegate sono notevoli: sono 5.000 gli assistenti famigliari che intervengono nella domiciliarità, la metà di questi è assunto dalle famiglie. È pari a 9 milioni la spesa che queste famiglie mettono in proprio per integrare l'intervento che viene dato, per completare il piano assistenziale. Sono 390 gli OS e 14 le cooperative. Quindi una fetta importante per la sola domiciliarità.

Per la residenzialità è ancora più facile immaginare l'investimento dei privati. Alcuni torinesi, anzi direi la metà quasi dei torinesi ricoverati in strutture per non autosufficienti, è collocata fuori dalla cinta cittadina. Bisognava in qualche modo limitare questa fuoriuscita e soprattutto avvicinarsi alla percentuale di offerta di posti letto che la stessa Regione ha individuato come posti letto finanziabili, ed è il rapporto tra l'offerta di posti letto ed il numero di anziani ultrasessantacinquenni che dovrebbe essere intorno al 2%. Nella città ancora nel 2010 questo rapporto era di 1,10, quindi

al di sotto. Bisognava creare un incentivo all'investimento di privati, come si è fatto? Si è cercato di creare una sorta di circuito virtuoso con l'attivazione di bandi di concessione patrimoniale a titolo oneroso di aree con la costituzione di un diritto di superficie.

Sono state così date in concessione con due successivi bandi, 2009 e 2010, le aree situate nella zona nord - via Andezeno, via Mongrando, via Bertola – e zona sud - ambito Collegno Delleani, Cascina Grangia. Sono stati sottoposti a riqualificazione, i lavori sono iniziati, due immobili dismessi, già dedicati alla residenzialità di anziani, Villa delle Primule e Casa Serena.

Quali sono stati i vantaggi di questa operazione, perché parlo di una sorta di circolo virtuoso? La riqualificazione di aree dismesse, oppure la riqualificazione ed il recupero di posti letto dismessi, quindi senza creare nuovi volumi, riqualificazione di posti letto esistenti, questo sarà possibile con un bando in scadenza a fine novembre. Perché è stato emanato un bando di concessione dell'edificio, Istituto Buon Riposo, con il vincolo di continuarne l'attività o di riqualificare i posti per non autosufficienti.

Valorizzazione economica delle concessioni, quindi introito per le casse comunali, ovviamente verifiche preliminari di congruità con la programmazione socio sanitaria, con la conformità urbanistica e con il piano della riqualificazione acustica.

I risultati raggiunti saranno aggiunti alla compagine di posti letto della città tra il 2013 e il 2014, 1.210 nuovi posti letto, che aggiunti ai quasi 500 attivati esclusivamente per l'iniziativa di privati, eleveranno l'offerta, l'indice di copertura di posti letto, all'1,84% sulla popolazione oversessantacinque.

Vuol dire anche che privati cittadini che si sono aggiudicati la concessione delle aree o degli immobili hanno investito 100 milioni per costruzione o riqualificazione degli immobili, quindi intervenuti in un settore che non è specificamente sociosanitario, ma un altro settore vitale dell'economia.

La concessione vincola e disciplina il rapporto tra il contraente e la città, ma obbliga anche il concessionario ad offrire servizi aggiuntivi per la collettività.

Sono nati quindi o nasceranno spazi per associazioni, 45 posti di asilo nido, 48 posti, parlo ovviamente di dati complessivi di micro nidi più 20 di baby parking, creazione di un social housing, in particolare una parte di questo è dedicato ai giovani studenti universitari, un auditorium, un Alzheimer caffè.

È stata posta una particolare attenzione alla sostenibilità ambientale, non creare cioè nuovi volumi, quindi concedere immobili, ma là dove sorgeranno volumi nuovi, massima manutenibilità del manufatto, impiego di tecniche a basso impatto ambientale, materiali rinnovabili, sistemi solari, sistema di riscaldamento e di raffreddamento di tipo geotermico, recupero delle acque meteoriche a scopi irrigui, giardini senza terra.

Un'ultima notazione sul personale: ovviamente è un bacino di lavoro che è fatto per il 60% di operatori socio sanitari, che quindi sono ancora in prevalenza donne, quindi abbiamo un impiego fortemente caratterizzato dal genere.

Si aggiungeranno con i 1.210 nuovi posti, circa 1.400 nuovi posti di lavoro, che aggiunti agli attuali 2.600 del comparto residenziale, porteranno a circa 4.000 unità impiegate. Allargando un po' l'orizzonte, comprendendo anche i presidi per minori e disabili abbiamo stimato un numero di personale impiegato di oltre 5.000 unità.

Sicuramente questa spesa sarà da coordinare maggiormente, perché - le difficoltà sono state a questo tavolo ricordate - il flusso finanziario è fatto da tanti soggetti, come ricordava l'ing. Monferino.

Ma con questo flash abbiamo voluto mettere l'accento sul fatto che anziani e servizi per anziani non è solo spesa nel pubblico, ma si può anche leggere come quota di mercato e, soprattutto, come bacino di lavoro.

Criticità del Sistema Sanitario Regionale

Giacomo Manuguerra, Commissario Asl Torino 1 e Torino 2

Poiché parlerò di alcune criticità del Servizio Sanitario Regionale, è opportuno innanzitutto dire che il nostro Servizio Sanitario Nazionale, sotto l'aspetto giuridico, sotto l'aspetto dei diritti e delle prestazioni è probabilmente il migliore del mondo, ed è fra i primi per quanto riguarda efficienza.

Detto questo adesso passiamo alle critiche, che sicuramente sono critiche costruttive, e vengo anche poi nel corso dell'intervento a rispondere alla domanda del moderatore.

Una prima osservazione, soprattutto valida per Torino, è data dal fatto che si è ritenuto che la criticità del nostro Servizio Sanitario Regionale dipendesse dal numero delle Aziende Sanitarie, cioè dall'assetto istituzionale.

In nessuna regione, in nessuna città l'assetto istituzionale, cioè il numero delle Aziende Sanitarie, il numero delle ASL, prima dell'aziendalizzazione, è mutato così tante volte, ma anche in maniera così radicale.

Supero gli anni dal 1981 al 1987, perché a Torino allora avevamo un'unica unità socio sanitaria locale, che è durata sette anni, vi potete immaginare il livello di efficienza che poteva avere una gestione così complessa, comprendente tutti i servizi sanitari della città, tutti gli ospedali.

Nel 1988 nella Città di Torino hanno preso il via dieci unità socio sanitarie locali e questo sistema è andato avanti fino al 1995.

In base al molto noto decreto legislativo 502 del 92, nel 95 abbiamo avuto una riduzione del numero delle unità socio sanitarie locali, che hanno preso il nome di aziende, e abbiamo avuto anche una novità, con l'attivazione in Piemonte, per la prima volta di aziende ospedaliere, alcune poi diventate aziende ospedaliere universitarie.

Ma non ci siamo fermati lì, nel 2008 le quattro aziende sanitarie della città, ovviamente restringo per motivi di tempo l'analisi a quello che è avvenuto, che avverrà nella nostra città, le aziende sanitarie sono diventate due, da quattro sono diventate due.

La stessa riduzione si è avuta anche per la Provincia, cioè un dimezzamento e si prospetta per il futuro, se verrà approvata dal Consiglio Regionale e quando verrà approvata, la riduzione ad un'unica azienda sanitaria locale, però senza gli ospedali, se no saremmo ritornati come nel gioco dell'oca alla casella iniziale.

Certamente non è diminuita la spesa sanitaria, nonostante gli annunci, in effetti non è mai diminuita la spesa per il fatto che è cambiato l'assetto istituzionale, probabilmente è l'assetto istituzionale indipendente dall'andamento dei costi.

È piuttosto l'assetto organizzativo che può determinare dei risparmi, però guardiamo un po', noi siamo tra le regioni comprese nel primo gruppo, fra quelle che hanno i conti più in equilibrio e ci collochiamo a metà del primo gruppo, preceduti da Lombardia, dal Veneto, dall'Emilia e dalla Toscana, poi veniamo noi.

Quali sono le differenze in negativo rispetto a queste regioni? Dagli esperti ci è stato detto che è il numero eccessivo di strutture complesse, noi abbiamo più strutture complesse, che non sono primariati soltanto, possono essere strutture complesse amministrative, tecniche, territoriali, e di altri servizi sanitari non ospedalieri.

Un altro motivo riguarda la degenza nei nostri ospedali, che ha una durata di un giorno in più rispetto a queste regioni più virtuose, dalle quali non siamo molto distanti per la verità.

Ovviamente abbiamo le nostre eccellenze, dalla rete dell'emergenza, ai servizi di trapianto, non li numero tutti, perché altrimenti farei un torto, dimenticandone qualcuno.

A questo punto veniamo al nostro problema, all'ordine del giorno, rapporto tra sanità e assistenza.

Con le varie ed approfondite relazioni, abbiamo ulteriormente acquisito conoscenze per quanto riguarda gli aspetti demografici, gli aspetti sociali ed economici, gli aspetti sanitari e anche persino gli aspetti psicologici legati alla popolazione anziana.

Possiamo ritenerci soddisfatti dal fatto che abbiamo ricoverato nel 2011 3.415 anziani non autosufficienti? Possiamo essere soddisfatti dall'elevato numero anche di casi di assistenza domiciliare?

In termini assoluti sì, però se guardiamo le liste di attesa no.

Noi abbiamo delle liste di attesa per anziani non autosufficienti e per l'assistenza domiciliare che sono superiori, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, genericamente ai casi assistiti.

Siamo riusciti anche, e mi auguro però che questo numero scompaia nel prossimo anno, ad avere in attesa 176 disabili, questo numero va cancellato assolutamente.

Ma come possiamo ridurre le liste di attesa dal momento che, come ci è stato detto questa mattina, ma anche questo pomeriggio, i bisogni aumentano e le risorse diminuiscono? Soprattutto se per il 2012 non possiamo contare sul Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze?

Come risolvere questo problema? Non certamente secondo me con l'assetto istituzionale, sicuramente intervenendo su aspetti organizzativi, eliminando sprechi o diseconomie che ci sono nella rete ospedaliera.

Diseconomie presenti anche nella rete dei servizi territoriali. Ripeto, il nostro Servizio Sanitario Nazionale e a maggior ragione il Servizio Sanitario Regionale è uno dei migliori al mondo, in nessun paese è possibile avere contemporaneamente il medico di famiglia che viene a casa, il pediatra che viene a casa e ricoveri, molto costosi come i trapianti d'organo, senza un euro di costo per noi utenti, per noi cittadini.

La Gran Bretagna ha ridotto l'assistenza pediatrica a domicilio. In Australia l'assistenza medica generica è indiretta, cioè è a pagamento, a maggior ragione l'assistenza specialistica.

Quali soluzioni allora? Non possiamo operare molto dall'assetto istituzionale, dalla ulteriore riduzione del numero delle aziende che la precedente amministrazione aveva portato da trenta a vent'uno, intervenendo su quindici aziende. Il progetto di risparmiare una cifra intorno ai 60 milioni, è fallito, non perché non ci fossero dei politici e dei tecnici validi.

A parte l'osservazione che comunque quella riforma molto più semplice di quella che si vuol portare avanti adesso, ha impiegato più di due anni per

avviarsi, la legislazione è iniziata nel 2005 e la riforma è partita nel 2008, tuttavia non ha determinato risparmi nei costi.

La riforma che abbiamo d'innanzi è una riforma molto più complessa, perché riguarda tutte e vent'uno le aziende sanitarie, anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, che nel precedente sistema riformato non erano state toccate, questa volta vengono invece coinvolte.

Pensate alla fusione delle tre aziende della città ospedaliera, domani città della salute e della scienza.

La riforma attuale, all'esame del Consiglio Regionale, comporta non soltanto fusioni di aziende, ma anche scorporo di ospedali, e accorpamento di ospedali. Prevede aziende sanitarie locali senza ospedali al proprio interno, ma mi auguro, con tutti gli altri servizi, in modo da poter assicurare un percorso assistenziale adeguato.

Ma guai se questo nuovo sistema dovesse mescolare troppo le carte e privare le aziende sanitarie locali di strumenti che possono servire da filtro per ridurre il ricorso all'ospedale, e guai se dovesse prevalere un criterio di produttività inappropriata nei servizi ospedalieri.

Chiudo con una proposta, perché ovviamente è più facile muovere delle osservazioni, a volte anche delle critiche, anche se con spirito costruttivo, piuttosto che avanzare proposte.

Poiché non aumenteranno le risorse destinate alla sanità, né a livello nazionale né a livello regionale, poiché i bisogni crescono, quale soluzione possiamo adottare al di là degli assetti organizzativi, al di là degli assetti istituzionali, al di là dell'eliminazione degli sprechi?

Io faccio una semplice osservazione, vi è, e lo sappiamo tutti, un indice di inappropriata nei ricoveri ospedalieri di medicina e geriatria, ma non per cattiva volontà dei dirigenti: del personale di quei servizi, ma perché non vi è una possibilità di collocamento adeguato dopo la fase acuta della malattia di quell'anziano che trova posto soltanto nella lista di attesa. Tale in appropriatezza è intorno al 20%.

Non trova posto subito in una residenza sanitaria, non riceve subito un'assistenza domiciliare perché le liste di attesa sono più lunghe degli assistiti stessi.

La durata media della degenza in geriatria è di circa quindici giorni, e in medicina siamo sotto gli undici, con costi di 360 euro al giorno in geriatria, di 300 euro al giorno in medicina, ciò vuole dire, è il costo di cinque o sei ricoveri in RSA.

La proposta è di questo tipo: se noi trasferiamo, ovviamente riducendo di un 20% i posti letto in medicina e geriatria, secondo me si può alimentare un Fondo Regionale per le Non Autosufficienze, che può essere utilizzato per azzerare, mi auguro, la lista dei disabili, per ridurre le liste di attesa per i ricoveri in RSA e dimezzare le liste di attesa per l'assistenza domiciliare.

Questa secondo me è una possibile soluzione sulla quale lavorare, oltre a tutte le altre proposte finalizzate anch'esse a ridurre le liste di attesa, ma che determinano, complessivamente, minori economie.

Non ci sono più gli anziani di una volta...

Piero Reinerio, Vice Presidente Gruppo Armando Testa

Il mondo è cambiato, sta cambiando, cambierà. Non ci sono più le mezze stagioni, la società di una volta, i giovani di una volta, gli anziani di una volta...

L'errore più grande che può fare un pubblicitario è di non fare il possibile per cercare di stare al passo coi tempi, con i cambiamenti sociali, con la mentalità del target al quale indirizzare le diverse comunicazioni.

Oggi gli specialisti delle ricerche aiutano in maniera sempre più ampia e approfondita a delineare le tendenze sociali e le loro motivazioni e in particolare a capire le attese e le reazioni dei differenti target alle proposte di comunicazione.

Uno dei target più difficili da conoscere e da interpretare è quello degli anziani.

Le tipologie degli anziani si evidenziano in due grandi categorie: gli anziani vecchi e quelli giovani (un po' come tra i giovani ci sono quelli vecchi e quelli giovani). Poi ci sono gli anziani in salute e quelli con crescenti problemi fisici. Se si è in salute non ci si sente anziani, si continua a vivere la vita nel pieno della società secondo le abitudini precedenti e si gustano meglio l'amicizia, il tempo per sé, la cultura, i viaggi e l'attimo fuggente.

Tra le tipologie collegate all'età si parte dai baby boomers (43- 60), una nuova generazione con livello di istruzione più elevato che in passato e secondo ricerche GfK EURISKO interessata a cercare un nuovo senso della vita e "nuovi progetti" dopo la pensione, sulla falsariga di una tendenza anglosassone ad iniziare attività più in linea con i propri talenti ed esperienze e più al servizio sociale con ritmi di lavoro più rilassati e umani.

Ci sono poi anziani giovani che continuano a trovare soddisfazioni nel lavoro godendone i vantaggi della libertà di scelta, altri che si dedicano alla famiglia, ai nipotini, al volontariato sociale, alla cultura e ai viaggi. Tipologie diverse vissute in positivo con crescente attenzione all'attività fisica-sportiva.

E ci sono purtroppo anziani intristiti e più chiusi anche a causa degli

acciacchi tipici e crescenti dell'età e delle difficoltà economiche.

Tanti anni fa, Armando Testa - avrà avuto intorno ai settant'anni - era stato invitato a parlare alla Fiera di Milano a un importante convegno dei più grandi istituti di ricerca italiani sul problema della terza età. Mi chiama e mi dice "Piero, ma cosa vuoi che ne sappia io sugli anziani, vai tu che li stai studiando". E io sono andato perché in effetti mi stavo interessando al mercato della terza età a livello internazionale per capirne meglio il potenziale in prospettiva.

In Armando Testa ho cominciato ad interessarmi al mercato della terza età negli anni '80 per condividere con i nostri clienti l'interesse verso un potenziale sempre crescente. In particolare il nostro cliente Fater, produttore dei pannolini Lines, stava cercando una diversificazione di mercato nel settore cartaceo per controbattere la riduzione dei bambini dovuta al calo delle nascite. Ne nacque una linea di pannolini Linidor specifica per adulti e anziani incontinenti che ebbe e continua ad avere un grande successo. Non solo non creò problemi negativi di immagine sulle mamme, ma loro stesse ringraziarono per il grande sollievo offerto nell'assistenza ai nonni.

Seguendo da allora le tendenze mondiali del mercato e della comunicazione relativi alla terza età ho avuto modo di far tesoro di esperienze negative e positive vissute negli anni da imprese e comunicatori.

Purtroppo la pubblicità come riflesso del pensiero sociale nel tempo non ha sempre saputo capire le esigenze pratiche e psicologiche dei maturi. E continua a evidenziare le carenze che avevo già rilevato negli anni 80 e negli USA:

- una scarsa presenza percentuale di anziani nei commercials;
- limitati esempi di presentazione seria ed obiettiva;
- frequenti richiami a stereotipi negativi: figure autoritarie di nonni, vecchi stanchi, sofferenti, sordi (comodo pretesto per favorire la ripetizione del prodotto);
- un uso più abituale di anziani come macchiette;
- ostentazioni di giovanilismo forzato;
- indirizzo prevalente a prodotti specifici contro: colesterolo - artrosi - stitichezza - emorroidi - incontinenza - sordità...

E a parte le pubblicità per prodotti che rispondono a richieste salutari, le imprese e le agenzie non hanno sempre cercato di capire più da vicino gli anziani. E spesso non hanno trovato il "coraggio" di superare il timore di invecchiare, l'immagine dei loro prodotti evidenziandone di più la presenza nelle comunicazioni tv e stampa ricordando che vivono una vita sempre più sociale, con bisogni normali, disponibilità economiche crescenti, più tempo libero e una crescente familiarità con il consumismo e la comunicazione.

Mi fa piacere sottolineare tra i nostri clienti alcuni esempi di grande apertura a "sentire" i cambiamenti sociali. Il nostro cliente Lavazza, per esempio, da decenni, prima con Manfredi e la nonnina e in questi ultimi anni con San Pietro, gli anziani li ha coinvolti con grande successo in prima linea.



Una recente campagna per il vino Castellino vede uniti nonni e nipote (con il suo amico) in modo molto naturale.



Anche sul piano sociale no profit abbiamo avuto modo di collaborare a iniziative di volontariato utili ad assistere anziani in difficoltà. Collaboriamo ad esempio da tanti anni a campagne no profit per il Sermig e la San Vincenzo convinti che "Dare una mano colora la vita" e convinti che gli anziani in salute siano una fonte inesauribile di esperienze che bisognerebbe usare meglio nell'interesse loro e della società.

In conclusione, è importante ascoltare gli anziani con la dovuta attenzione e sensibilità per capirli meglio e imparare a dialogare meglio. E tenere presente che sono sempre più numerosi i navigatori in rete pronti a dialogare, aiutati anche dalla webcam, con parenti, nipoti e amici lontani. E pronti ad acquistare on line biglietti aerei, ferroviari, teatrali e la spesa al supermercato. E a scegliere gli alberghi dopo averne visitato il sito e trattato il prezzo. Pronti soprattutto a mettersi a disposizione della famiglia e della società con il piacere di sentirsi utili. Tenere presente in sostanza che trattasi di "ragazzi" svegli, da maneggiare con cura...

Cambiamento del modello del sistema di welfare

Raffaella Vitale, Direttore Regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, Regione Piemonte

Ringrazio gli organizzatori, KCS e Convitto.

Il tema che io oggi vorrei proporre alla vostra attenzione, non si limita esclusivamente ad approfondire le iniziative di valorizzazione degli anziani, ma cerca di affrontare il tema più complessivo del cambiamento del modello del sistema di welfare nel quale noi oggi stiamo vivendo, perché questo purtroppo è il tema del mio lavoro, oggi e per le prossime settimane.

Ho, come dire, colto con molto interesse le sollecitazioni offerte dalla riflessione del Professor Giorgis, e io ne vorrei aggiungere delle mie, che credo possano aiutare a far comprendere ai nostri interlocutori perché questo sistema che noi oggi abbiamo finora conosciuto in un certo modo cambierà e cambierà in maniera inequivocabile, assolutamente non solo esclusivamente perché mancano le risorse, ma perché ci è chiesto di fare un cambiamento culturale profondissimo sia per quanto riguarda la concettualizzazione del sistema di welfare sia per quanto riguarda la sua sostenibilità economica.

Il sistema di welfare che è nato negli anni cinquanta e che noi abbiamo conosciuto come un pilastro portante della nostra democrazia in Italia e nei paesi occidentali d'Europa oggi è in crisi profonda.

Il welfare state italiano è basato su tre principi o idee-guida, che l'hanno informato fin dalle prime iniziative legislative: universalistico, e cioè basato sull'esercizio dei diritti di cittadinanza; il cittadino in qualità di cittadino ed indipendentemente da altre condizioni socio-economiche è titolare di un insieme di diritti, tra cui quello alla salute ed al benessere psico-fisico, che da diritti esigibili alle prestazioni erogate dal sistema di welfare pubblico; è un sistema pubblicistico, e cioè un sistema in cui la Pubblica Amministrazione produce beni e servizi, destinati da una parte alla salute, dall'altra parte al benessere delle persone; è un sistema basato su una spesa crescente di tipo pubblico, basata sui trasferimenti della fiscalità generale come ci ha giustamente ricordato il professore.

Ora questo tipo di sistema non sarà più così, primo perché non siamo in grado di poter garantire, per la contrazione crescente delle risorse pubbliche, che sono un fatto, per noi, io non sono un politico, sono un tecnico, e dalla nostra visuale professionale possiamo dire di aver assistito negli ultimi dieci anni ad una crescita della spesa destinata al sistema di welfare nelle sue componenti sanitarie sociali, come ha già ricordato l'Assessore Monferino, in maniera esponenziale.

Questo è valso anche per i servizi sociali, ma questa spesa non è una spesa direttamente correlata alla produzione di ricchezza della nostra società, è una spesa che si è realizzata per indebitamento della Pubblica Amministrazione, la Pubblica Amministrazione sia regionale che degli enti locali si è indebitata per alimentare una spesa corrente crescente, certamente destinata ad iniziative di grande valore sociale, come sono i servizi per le fasce deboli delle nostre comunità.

Oggi noi non siamo in grado di poter sostenere questo tipo di trend di spesa, e quindi dobbiamo compiere un percorso di risanamento della finanza pubblica, destinato semplicemente a riportare la spesa in questi settori dell'azione amministrativa a dei valori coerenti con la ricchezza prodotta dalla società, in particolare con la ricchezza prodotta da una società piemontese in una difficilissima crisi economica finanziaria, che ben tutti conosciamo.

Allora il nostro sistema di welfare per i prossimi anni come sarà? Sarà sicuramente un sistema selettivo, che dovrà individuare a quali persone, a quali cittadini, a quali anziani dover dare i beni e i servizi per il benessere da una parte e anche introdurre nuove forme selettive di accesso ai servizi per la salute.

Non si tratta di una grande novità perché già oggi esistono dei sistemi distorsivi, che selezionano, cito a titolo di esempio la lista di attesa per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, quali l'assistenza domiciliare o l'assistenza residenziale, che individua delle persone che accedono al sistema ed altre che non possono accedere.

Questo processo di selezione sarà in questo momento e nei prossimi anni un compito affidato alle forze politiche della nostra regione; perché

individuare chi accede e come al sistema delle prestazioni non può essere altro che il frutto di una scelta politica.

Sarà un sistema sussidiario, perché oggi la produzione di beni e servizi nel sistema di welfare da parte della Pubblica Amministrazione incontra delle difficoltà crescenti, a causa dei vincoli che si hanno nella produzione di beni e servizi di tipo pubblico, per il patto di stabilità, per le necessità di contenimento della spesa per il personale, potete mettere tanti altri fenomeni.

Quindi sarà un sistema sussidiario, cioè un sistema in cui oggi gli attuali partner della Pubblica Amministrazione saranno gli interlocutori principali del cittadino, produrranno servizi e offriranno questi servizi al mercato, sul mercato o a disposizione della Pubblica Amministrazione con dei prezzi diversi rispetto a quelli a cui oggi la Pubblica amministrazione li produce.

Sarà un sistema che sarà compatibile con le risorse pubbliche e private, perché dobbiamo cominciare a pensare che una parte significativa del nostro sistema di welfare italiano, che è basato sui trasferimenti monetari a carico dell'INPS a favore di anziani e disabili non autosufficienti, dovrà essere reimpiegato in un nuovo patto tra famiglie e Pubblica Amministrazione e soggetti di terzo settore, per l'erogazione dei servizi alle persone anziane o non autosufficienti.

Questo lo dico perché quando si parla di sistema di welfare assistenziale ci si dimentica sovente che i servizi professionali, che sono quelli maggiormente conosciuti prodotti dagli enti locali, sono solo una fetta molto piccola di spesa rispetto a quella sostenuta dallo Stato attraverso l'INPS, che eroga le prestazioni monetarie, indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile.

Oggi questi trasferimenti monetari che hanno alimentato e che hanno tenuto in piedi molta parte della coesione sociale del nostro paese, devono essere reimpiegati in un nuovo patto di solidarietà, e cioè essere reinvestiti a favore delle famiglie.

Non credo che tutti voi sappiate che il governo Berlusconi si era impegnato in Europa con una profonda modifica di questo sistema, attraverso la proposta di una nuova legge di riforma della previdenza e dell'assistenza.

Il disegno di legge di riforma dell'assistenza prevede una riduzione della spesa per l'assistenza, dagli attuali 42 miliardi a un dimezzamento entro il 2014. Questo significa che occorrerà individuare in che modo procedere a questa riduzione, operando una selezione sugli importi delle indennità o sugli assistiti eligibili all'intervento.

L'ultimo punto, che intendo trattare è un flash perché ci siamo abbastanza dilungati e potrebbe essere tardi per terminare i lavori odierni.

Si tratta del futuro dei servizi professionali nell'area dell'integrazione socio sanitaria, oggi a carico del bilancio del servizio sanitario.

La sanità piemontese riuscirà a mantenere inalterati i livelli di assistenza domiciliare e semiresidenziale e residenziale esistenti in questa regione se verranno raggiunti gli obiettivi di contenimento e razionalizzazione della spesa, che ci si propone con il piano di rientro e dall'altro con il piano socio-sanitario, di prossima discussione in Consiglio regionale.

Questo, al di là dell'appello, come dire, troverà un forte aiuto, una forte collaborazione da quest'idea che noi abbiamo avuto di cercare l'azione programmatrice della Regione di concentrarsi sui livelli essenziali di assistenza, fissati dal DPCM 2001 per la sanità e con una correlata ipotesi di lavoro su dei livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi sociali, come dire, un asse portante del sociale.

Cioè ci dovremo mettere d'accordo su quante risorse da una parte su quali servizi, ma questi bene o male i livelli essenziali di assistenza nazionale ce lo dicono già abbastanza chiaramente, ma soprattutto su quale modello organizzativo e gestionale, su quali costi unitari questo tipo di modello potrà essere considerato sostenibile.

Tutto questo speriamo che possa essere uno scenario attivo già per il 2012, per evitare che la crisi di un modello di sistema influisca su un bene fondamentale che è l'assistenza agli anziani nelle condizioni più difficili della loro vita qual è quello del fine vita.

Chiusura dei lavori

Francesca Vanara, Comitato Scientifico Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"

Vorrei in chiusura ringraziare la Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS" e le due società – KCS caregiver Cooperativa sociale e Convitto Principessa Felicita di Savoia – che hanno promosso questa iniziativa.

Io faccio parte del Comitato Scientifico della Fondazione S&R, che mi ha chiesto di organizzare questo Convegno, essendo io di Torino ed occupandomi di sanità da molti anni, come qualcuno di Voi certamente sa e ricorda.

Ringrazio moltissimo Federica Lussiana e le persone del Convitto, della KCS caregiver e della Fondazione stessa, con cui si è lavorato in modo molto affiatato per realizzare il Convegno, che speriamo venga apprezzato.

La Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS", tra le diverse attività, ha avviato anche una ricerca su "Spesa per anziani e crescita economica". E' emerso più volte nel Convegno questo tema degli anziani come risorsa, come risorsa per il benessere sociale, dal punto di vista della qualità della vita, da diversi punti di vista. Quello di cui si è parlato poco è l'anziano dal punto di vista per così dire economico, cioè di tutto ciò che ruota intorno al mondo dell'anziano e mette in moto tutta una serie di meccanismi economici e finanziari, relativi ad esempio a posti di lavoro, tutta una serie di meccanismi che va ad impattare sulla crescita economica complessiva del sistema.

Chi è interessato a restare in contatto con noi, su questo o su altri argomenti che la Fondazione vorrà sviluppare, è invitato a farlo.

KCS caregiver Cooperativa sociale

www.kcscaregiver.it

Grazie all'esperienza maturata in 20 anni di impegno, siamo oggi un'azienda leader in Italia nella gestione globale e integrata di strutture specializzate per la terza e la quarta età e per i portatori di handicap.

Con oltre 70 strutture in più di 13 regioni e 41 province, collaboriamo con Enti e Amministrazioni, a cui offriamo:

- un approccio orientato alla visione degli ospiti delle nostre strutture come soggetti attivi e fonti di risorse;
- una solida metodologia scientifica sviluppata collaborando con specialisti di primo piano, Università e centri di riferimento nazionali;
- significativa capacità di rispondere a esigenze e necessità dei committenti;
- un'attenzione continua alla qualità, comprovata dalle certificazioni conseguite (ISO 9001:2008, ISO 14001:2004) e dall'adozione di codici etici e dei più efficaci strumenti di autodisciplina e controllo (ex D.Lgs. 231/2001), reporting (Bilancio Sociale) e Certificazione SA 8000:2008;
- un impegno costante per la formazione continua delle risorse umane, grazie al Programma di formazione permanente;
- processi rigorosi e trasparenti di selezione, accreditamento e certificazione dei fornitori e dei prodotti/attrezzature utilizzati nella nostra attività.

Una parte degli utili di KCS caregiver è destinata a iniziative sociali fra cui la **Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"** che promuove progetti di ricerca ed iniziative per sviluppare la Scienza dell'Assistenza.

Convitto Principessa Felicita di Savoia, Torino

www.convitto.it

Il Convitto Principessa Felicita di Savoia è una residenza socio sanitaria per anziani autosufficienti e non autosufficienti. Ciò si esplicita in nuclei residenziali di Alta Intensità Assistenziale (RSA), Media Intensità Assistenziale (RAF) e Bassa Intensità Assistenziale.

La struttura per l'esercizio delle proprie attività socio-sanitarie è stata accreditata ai sensi della D.G.R. 25-12129 del 14/09/2009.