

# ANZIANI 3.0: VALORE SEMPRE

## GLI ANZIANI IN LOMBARDIA, QUALE FUTURO?



A CURA DI:

# ANZIANI 3.0: VALORE SEMPRE

---

## GLI ANZIANI IN LOMBARDIA, QUALE FUTURO?





"(...) Voi (anziani) siete una presenza importante, perché la vostra esperienza costituisce un tesoro prezioso, indispensabile per guardare al futuro con speranza e responsabilità. La vostra maturità e saggezza, accumulate negli anni, possono aiutare i più giovani. (...) Gli anziani, infatti, testimoniano che, anche nelle prove più difficili, non bisogna mai perdere la fiducia in Dio e in un futuro migliore. Sono come alberi che continuano a portare frutto: pur sotto il peso degli anni, possono dare il loro contributo originale per una società ricca di valori e per l'affermazione della cultura della vita.

(...) Non c'è futuro per il popolo senza incontro tra le generazioni, senza che i figli ricevano con riconoscenza il testimone della vita dalle mani dei genitori. (...) Ci sono talvolta generazioni di giovani che, per complesse ragioni storiche e culturali, vivono in modo più forte il bisogno di rendersi autonomi dai genitori, quasi di "liberarsi" del retaggio della generazione precedente. E' come un momento di adolescenza ribelle. Ma, se poi non viene recuperato l'incontro, se non si ritrova un equilibrio nuovo, fecondo tra le generazioni, quello che ne deriva è un grave impoverimento per il popolo, e la libertà che predomina nella società è una libertà falsa, che quasi sempre si trasforma in autoritarismo."

**Papa Francesco**, all'Associazione Nazionale  
Lavoratori Anziani  
15 ottobre 2016



## **PREMESSA**

- 5 · Gli anziani come risorsa per l'Italia
- 7 · L'azione dei sindacati confederali e dei pensionati per gli anziani lombardi
- 8 · Il pianeta anziani

## **INTRODUZIONE**

- 11 · La società che invecchia
- 15 · Le reti sociali per gli anziani
- 17 · La figura dell'anziano: valore aggiunto per la società

## **SALUTE E SANITÀ**

- 21 · La rete dei servizi sanitari e sociosanitari della Regione Lombardia: analisi e proposte
- 24 · Prevenzione e stili di vita
- 27 · Conciliazione e appropriatezza farmacologica
- 29 · Assistenza sanitaria: spesa out of pocket
- 29 · Codice argento in pronto soccorso
- 31 · La medicina di genere
- 34 · Cure intermedie
- 34 · I ricoveri e le dimissioni protette
- 37 · La legge sulle assistenti familiari
- 38 · Il sistema residenziale delle RSA

## **ABITARE SOSTENIBILE**

- 44 · Edilizia pubblica e sociale
- 46 · Proprietà immobiliare
- 48 · Servizi di residenzialità condivisa
- 50 · Superamento delle barriere architettoniche

## **MOBILITÀ E TRASPORTO SOCIALE**

- 53 · Un servizio sussidiario indispensabile per la permanenza a domicilio
- 53 · L'accompagnamento delle persone anziane e fragili
- 54 · L'importanza della gratuità dei servizi forniti

## **ATTIVITÀ SOCIALI E TEMPO LIBERO**

- 57 · Tempo di lavoro e tempo di non lavoro
- 59 · Dalla coesione sociale all'inclusione sociale



## PREMESSA

### GLI ANZIANI COME RISORSA PER L'ITALIA

SPI - FNP - UILP della Lombardia, negli ambiti del confronto regionale e territoriale in atto e da sviluppare insieme alle proprie Confederazioni CGIL CISL UIL in merito alle politiche sanitarie e di protezione sociale, con questo DOCUMENTO intendono offrire analisi e proposte concrete per centrare l'obiettivo urgente di un "Patto sulle politiche per la terza età", per una risposta complessiva e integrata sui temi della "condizione degli anziani" in Lombardia.

L'obiettivo, ambizioso, è quello di analizzare il mondo degli anziani in modo innovativo, leggendone i bisogni, mappando il territorio secondo le proprie caratteristiche peculiari e le risposte organizzative adottate.

Si tratta di mettere a fuoco una popolazione, quella costituita dagli anziani, generosa verso i propri famigliari, in primis, e la comunità in genere. A tale "mondo", protagonista importante di cultura e coesione sociale, le istituzioni devono guardare con attenzione e, riconoscendone l'importanza e il valore, farsi capaci di una "restituzione", garantendo alla persona anziana servizi adeguati che ne favoriscano l'autonomia funzionale e il benessere complessivo.

D'altra parte la dinamica demografica sta plasmando una struttura per età della popolazione formata da sempre meno giovani e adulti giovani, e sempre più pensionati e persone molto anziane; a tale tendenza è correlato anche un nuovo rischio sociale: la non-autosufficienza. L'intero sistema di protezione sociale, non solo il sistema sanitario, ma anche quello socio-assistenziale e le stesse reti familiari dovranno misurarsi con la portata di questo cambiamento. Promuovere il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale è generalmente consi-

derata una delle più efficaci strategie d'intervento a favore della terza età, ma non si può rovesciare sulle famiglie il ruolo di primaria agenzia di welfare, gravandole di responsabilità e compiti di cura o assistenza che invece rientrano nelle funzioni pubbliche che la nostra Costituzione assegna alle istituzioni.

Vogliamo proporre, pertanto, un'agenda di temi da sviluppare in modo sinergico tra tutti gli attori, per questo è necessario un Osservatorio permanente che monitori la condizione degli anziani in Lombardia.

L'**Osservatorio** affronterà la disamina dei temi che dovranno trovare interlocuzione nel coinvolgimento del Presidente di Regione Lombardia. La specificità della condizione degli anziani dovrà affrontare tematiche il cui intreccio sollecita un coordinamento degli Assessorati competenti. SPI - FNP - UILP su ciascuna tematica oggetto di discussione, muoveranno la propria azione all'interno di un percorso condiviso con le Confederazioni.

I contenuti del documento, rispecchiano i temi predominanti trattati dai sindacati dei pensionati nella negoziazione sociale, e costituiscono parte insostituibile della nostra rappresentanza sociale necessaria per governare in tempo utile i cambiamenti.

Gli anziani, in linea di continuità con il posizionamento sul tema Active Ageing dell'Unione Europea, vogliono ancora essere attivi e protagonisti del loro tempo, hanno propri interessi privati e sociali, ma al tempo stesso hanno paura dell'isolamento e della propria fragilità e pongono il problema del "ben essere" all'interno di un concetto di salute più ampio quale condizione sostanziale del processo di invecchiamento.

## L'AZIONE DEI SINDACATI CONFEDERALI E DEI PENSIONATI PER GLI ANZIANI LOMBARDI

A partire dalla consapevolezza evidenziata in premessa, con lo scopo di recuperare una visione organica della "condizione degli anziani in Lombardia" e per sollecitare le Istituzioni, gli Enti, le Associazioni territoriali, il Terzo settore e le Parti sociali ad attivare le risorse e gli strumenti necessari, i sindacati dei pensionati SPI - FNP - UILP, attraverso la presente documentazione intendono avanzare una serie di proposte da confrontare in primis con Regione Lombardia.

Tale documento si pone pertanto come il punto di partenza per un confronto aperto con le istituzioni territoriali e con le componenti politiche e sociali agenti in Lombardia, alle quali oltre alla condivisione dei contenuti si propongono percorsi di lavoro comune ed iniziative conseguenti.

Le proposte elaborate da SPI - FNP - UILP, si collocano a pieno titolo all'interno delle proposte e in continuità con le azioni negoziali portate dalle Confederazioni CGIL - CISL - UIL al Tavolo di confronto con la Regione, con l'Anci Lombardia e gli altri soggetti coinvolti, tese a tutelare le condizioni di vita dei lavoratori e pensionati della Lombardia, attraverso l'implementazione e lo sviluppo del lavoro, per creare maggiori opportunità occupazionali per i giovani ed un sistema di welfare più efficace ed efficiente per tutti.

Il documento, dopo aver fornito un quadro di riferimento sulla figura dell'anziano nella società, tratterà nel dettaglio quattro macro-aree:

- ***salute e sanità;***
- ***l'abitare sostenibile;***
- ***la mobilità e il trasporto sociale;***
- ***le attività sociali e di tempo libero.***

Questi quattro settori saranno ulteriormente declinati con le proposte dei sindacati dei pensionati, con un focus particolare sui temi sanitari e socio-sanitari.

## IL PIANETA ANZIANI

Tutti parlano degli anziani. Ma chi sono gli anziani? Ci si potrebbe fermare alle statistiche e pensare a questa categoria come quella massa indefinita che perlopiù è considerata un costo per la collettività (previdenza ed assistenza, in primis), trascurandone e minimizzandone l'utilità in termini di supporto (welfare domestico) o il ruolo come soggetto consumatore.

Per noi invece gli anziani sono le tantissime singole persone, le quali (ciascuna con la propria storia, il proprio lavoro, dedizione e sacrificio) hanno contribuito a far grande il nostro Paese, garantendo alle generazioni benessere e libertà.

Il contributo degli anziani a supporto della famiglia, soprattutto in termini di servizio (per esempio la cura e custodia dei nipoti), che si declina sempre più spesso nel prendersi cura di altri anziani singolarmente o in modo associato, così come il contributo in termini "culturali", vivendo e testimoniando quei valori che il papa autorevolmente richiama, è senza dubbio un valore da preservare e tutelare. Occorre inoltre non trascurare la funzione di ammortizzatore economico (e quindi sociale) che la pensione di tanti anziani rappresenta per tante famiglie.

Per queste ragioni gli anziani vanno rispettati e sostenuti nel momento del bisogno, sia esso morale o materiale: infatti il grado di civiltà di una società si giudica da come questa "accudisce" i bambini e i propri anziani.

La persona anziana - intesa come singolo individuo - è unica e non può essere ridotta ad una somma di bisogni o funzioni. Ciò implica che affrontare la "condizione anziana" non può ri-

solversi nella mera predisposizione di taluni servizi o provvidenze, ma esige invece l'attivazione sul territorio di "reti relazionali" che, interpretando intelligentemente i bisogni delle persone, siano capaci di garantire iniziative e strumenti necessari a permettere a ciascuno la migliore vita possibile.

La documentazione che segue si inserisce appieno all'interno del dibattito stimolato dai dati demografici e dalle previsioni di evoluzione futura. Gli anziani di oggi, e soprattutto di domani, hanno titoli di studio più elevati, maggiori competenze professionali, utilizzano nuove tecnologie, lavorano fino ad un'età avanzata, vivono più a lungo e con nuovi stili di vita rispetto al passato.

Con tali evidenze coloro che sono chiamati ad amministrare e decidere devono confrontarsi oggi e dovranno confrontarsi domani.





# INTRODUZIONE

## LA SOCIETÀ CHE INVECCHIA

Grazie al supporto non soltanto dei dati demografici (che ci aiuteranno ad inquadrare la situazione), ma soprattutto da quanto viene rilevato dai nostri operatori ed agenti sociali sui territori, possiamo constatare che non sono unicamente le persone ad invecchiare, bensì è l'intera società a diventare anziana. Non è quindi un problema o una condizione di una classe specifica di persone, ma piuttosto della collettività, con le sue relazioni, i suoi bisogni e il suo modo di interagire.

La categoria degli anziani non è ben definita e omogenea, infatti il concetto che sta alla base della definizione di anziano è un fenomeno multidimensionale, caratterizzato da una molteplicità di fattori. In questo documento condivideremo il criterio utilizzato dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) per cui nella categoria di "popolazione anziana" rientra chiunque abbia compiuto 65 anni.

Utilizzando una ripartizione definita dal professor Rosina, che condividiamo, gli anziani possono essere suddivisi in: "giovani anziani" tra i 65 e gli 80 anni e "grandi anziani" che comprendono gli over 80enni. Tale classificazione pone l'asta classificatoria agli 80 anni perché rappresenta l'età in cui il tasso di non piena autonomia<sup>1</sup> sale oltre il 40%: in questa condizione si trova un terzo del totale degli anziani.

A partire dagli anni Settanta del Novecento stiamo assistendo a profondi mutamenti demografici che mettono a dura prova la sopravvivenza economica e sociale di tutti i sistemi di welfare europei, ponendo forti interrogativi per il futuro.

L'invecchiamento della popolazione, in Italia causato dal crollo della natalità (oggi neanche più bilanciato dai flussi migra-

---

1 La condizione di non piena autonomia viene calcolata in base al tasso di disabilità.

tori), dall'allungamento della durata media della vita degli individui, stante una migliore qualità delle cure sanitarie offerte, ha reso il settore della non autosufficienza tra quelli che, dato il numero crescente dei soggetti, ha maggiormente richiesto da un lato interventi di sostegno e misure di tutela introdotte dagli attori istituzionali, dall'altro risorse economiche, spesso a carico delle famiglie italiane.

In questo ambito sono numerosi gli interventi messi in campo dalle amministrazioni pubbliche, sia tramite erogazioni monetarie, sia tramite servizi di assistenza domiciliare e strutture residenziali socio-sanitarie, ma l'aumento della non autosufficienza rende necessari, oltre all'incremento del numero delle strutture, la diminuzione dei costi dei servizi e il rafforzamento della rete degli stakeholders che hanno a cura la persona non autosufficiente, tramite un ripensamento complessivo e necessario della long-term care.

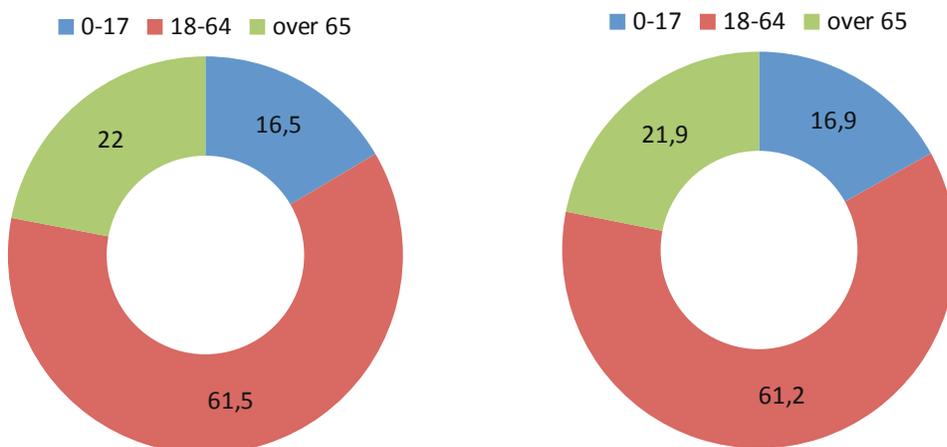
Le richieste che provengono dalle famiglie delle persone non autosufficienti riguardano innanzitutto l'informazione relativa alle "misure" dedicate alle quali poter accedere, e la possibilità di usufruire dei servizi necessari a costi sostenibili.

Tali richieste sono in continua crescita e lo saranno sempre di più in futuro in virtù di uno sviluppo demografico dai tratti ineludibili. Eupolis Lombardia ha condotto un'indagine specifica sulla nostra regione che evidenzia come cambierà la distribuzione della popolazione, suddivisa per genere e classi d'età, nel 2050: la fascia d'età più popolosa risulterà essere quella tra i 75 e i 79 anni, seguita da 70-74 e 40-44 per gli uomini e 70-74 e 80-84 per le donne.

Nel nostro Paese si è assistito nel 2016, per il secondo anno consecutivo, alla diminuzione della popolazione; la Lombardia è stata invece una delle poche regioni italiane in cui si è registrato un incremento (+1,1 per mille). Secondo i dati aggiornati al 1 gennaio 2017 la popolazione over 65 residente nella regione

lombarda è pari a 2.222.375 abitanti, ovvero il 22,18% della popolazione totale regionale. Il dato nazionale è invece pari a 13.531.899; i livelli percentuali italiani sono sovrapponibili a quelli regionali. (Figura 1 e Figura 2).

**Figura 1 e 2 - Popolazione in Italia e in Lombardia suddivisa per fasce d'età (2017)**



Fonte: elaborazione su dati Istat

Come mostra la Tabella 1 gli anziani sono distribuiti in maniera uniforme in tutte le province della Lombardia, con un leggero sbilanciamento nella fascia del sud (Pavia, Cremona, Mantova); mentre il dato meno accentuato lo si ritrova nel territorio bergamasco.

Suddividendo ulteriormente il dato over 65, si nota che nella nostra regione risiedono oltre 2.700 persone ultracentenarie, pari al 16% del dato totale nazionale.

Considerando invece le aspettative di vita, in Italia la speranza di vita a 65 anni è più elevata che nel resto dell'Unione Eu-

ropea di circa un anno per entrambi i generi, nonostante dopo i 75 anni le persone vivono in condizioni peggiori di salute. Infatti le ultime rilevazioni ISTAT del settembre 2017 confermano che al crescere dell'età aumentano anche le malattie, al punto che circa la metà degli over 75 soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico<sup>2</sup>. A soffrire di più di questa condizione sono le donne.

**Tabella 1 - Popolazione e anziani residenti in Lombardia per province (2017)**

PROVINCIA	POPOLAZIONE RESIDENTE		
	TOTALE	OVER 65	% OVER 65 SU POPOLAZIONE
BERGAMO	1.109.933	225.643	20,33
BRESCIA	1.262.678	265.142	21,00
COMO	600.190	133.649	22,27
CREMONA	359.388	85.252	23,72
LECCO	339.238	77.585	22,87
LODI	229.338	48.436	21,12
MANTOVA	412.610	96.051	23,28
MILANO	3.218.201	722.703	22,46
MONZA e BRIANZA	868.859	189.019	21,75
PAVIA	547.251	131.917	24,11
SONDRIO	181.437	41.533	22,89
VARESE	890.043	205.445	23,08
LOMBARDIA	10.019.166	2.222.375	22,18

Fonte: elaborazione da *Annuario Statistico Regionale*

<sup>2</sup> La multi-cronicità è dettata dalla presenza di almeno tre patologie croniche contemporaneamente.

## LE RETI SOCIALI PER GLI ANZIANI

I bisogni e le necessità degli anziani hanno un elevato grado di differenziazione in relazione ad un insieme di variabili. Ad esempio, utilizzando la già citata classificazione elaborata da Rosina, gli "anziani giovani" necessitano nella maggior parte dei casi di politiche funzionali a facilitare il loro ruolo e protagonismo attivo all'interno della società; le persone over 80 anni, nella grande maggioranza richiedono invece interventi mirati al bisogno di cura ed assistenza.

Ciò che però accomuna tutti gli over 65enni è il bisogno di reti sociali che coinvolgano la persona anziana e la facciano sentire socialmente attiva e amata: l'obiettivo è la costituzione di una **società amica degli anziani**,<sup>3</sup> che deve passare da una comunità amica degli anziani che favorisca la ripresa dei rapporti e delle relazioni umane ed educi ad una dimensione comunitaria.

La costituzione di una "**comunità amica degli anziani**" si realizza quindi con azioni mirate e destinate alle necessità di questa classe di popolazione in tutti i settori nevralgici e strategici. Lo vedremo nelle pagine che seguono, quello di cui c'è prioritario bisogno sono: **finanziamenti per ristrutturazioni e creazione di nuove costruzioni adeguate, mezzi di trasporto pubblici diffusi e facilmente utilizzabili, cura delle necessità sociosanitarie al proprio domicilio, luoghi e persone dedicate all'ascolto e all'indirizzamento a seconda del bisogno, servizi di prossimità**. L'elenco potrebbe continuare (e continuerà nei prossimi capitoli); quello che è bene sottolineare è la necessità di evitare che queste persone siano/rimangano isolate dal resto della popolazione.

Centrali e necessari sono il coordinamento delle politiche messe in campo dalle istituzioni pubbliche a tutti i livelli (nazionale, regionale e comunale), così come l'agire dell'associazionismo a stretto contatto con le persone. L'obiettivo, oltre agli interventi

---

3 S. Antoniazzi e M. Carcano.

specifici per gli anziani, deve essere la capacità di mettere in dialogo le varie generazioni, per farle sentire parte dei luoghi della vita quotidiana e membri della medesima comunità. Per il raggiungimento di tali obiettivi è e sarà fondamentale tenere presente i benefici portati dall'introduzione e dall'utilizzo delle nuove tecnologie nella vita di tutti i giorni, fattore abilitante e facilitante nel rapporto intergenerazionale nonni-nipoti.



## LA FIGURA DELL'ANZIANO: VALORE AGGIUNTO PER LA SOCIETÀ

L'approccio culturale da cui tale convinzione si origina vede la persona anziana non come un problema da gestire, ma come risorsa da valorizzare.

E' a tutti noto il ruolo rilevante degli anziani come parte del welfare familiare (in primis nel loro ruolo di nonni); ma risulta altrettanto importante il ruolo attivo di molta parte della popolazione over 65 anni nel contesto del volontariato: l'ISTAT rileva che circa il 13% della classe d'età compresa tra i 65 e i 74 anni partecipa direttamente alla vita della comunità, offrendo gratuitamente e volontariamente il proprio tempo per gli altri, contribuendo in questo modo a portare significativi benefici alla società.

Accanto alla figura dell'anziano come *caregiver* familiare per i nipoti e per il proprio partner, o nel suo ruolo di volontario, ci sono over 65enni che proseguono all'interno del mondo del lavoro. Secondo i dati forniti da una ricerca elaborata da Regione Lombardia<sup>4</sup>, nella nostra regione sono quasi 24.000 i titolari di impresa individuale che hanno più di 70 anni sugli oltre 290.000 a livello nazionale. Scorporando il dato per le province, Milano è quella con il più alto numero di imprenditori anziani.

Accennato il tema del lavoro, il collegamento con il mondo pensionistico è d'obbligo. La persona anziana, lasciando la propria mansione guadagna sì il diritto ad avere una pensione, ma perde il suo ruolo come lavoratore all'interno della società; questa è una delle motivazioni per le quali capita che chi termina il proprio lavoro abbia un periodo di disorientamento e viva una sorta di "demansionamento" sociale.

La pensione rappresenta il raggiungimento di un obiettivo (anche economico) che, soprattutto negli anni della crisi econo-

---

4 Dati aggiornati a maggio 2017 da parte di Lombardia Speciale.

mica ha rappresentato un paracadute sociale che ha permesso alle persone anziane di trovarsi in condizioni migliori.

Analizzando i dati nazionali emerge una differenza abbastanza marcata tra il numero di pensionati, oltre 16 milioni nel 2016, e quello delle pensioni, oltre 23 milioni, stabilendo che ciascun pensionato riceve in media quasi una pensione e mezza. Scomponendo il dato risulta che: il 66,7% riceve una pensione, il 25,4% due, il 7,8% ne percepisce almeno tre. Inoltre circa i due terzi dei pensionati in Italia riceve una pensione inferiore ai 1.000€.

Basandosi invece sui dati lombardi, registrati nell'Annuario Statistico Regionale, scorporati per province (Tabella 2) emerge che circa il 9% delle pensioni italiane arrivano in Lombardia; inoltre il numero maggiore delle pensioni è dettato dagli over 70.



**Tabella 2 – Numero di pensioni in Lombardia per province (2017)**

PROVINCIA	NUMERO DI PENSIONI			
	Da 65 a 69	Da 70 a 79	80 e oltre	Totale over65
BERGAMO	62.264	121.775	100.340	284.379
BRESCIA	60.257	118.314	110.884	289.455
COMO	31.924	63.206	61.797	156.927
CREMONA	20.337	38.874	39.951	99.162
LECCO	19.607	38.055	35.386	93.048
LODI	11.694	22.487	20.902	55.083
MANTOVA	21.921	43.403	48.753	114.077
MILANO	161.128	357.932	329.725	848.785
MONZA e BRIANZA	45.025	91.942	82.311	219.278
PAVIA	29.276	60.693	70.752	160.721
SONDRIO	9.297	18.543	20.649	48.489
VARESE	47.937	99.979	94.031	241.947
<b>LOMBARDIA</b>	<b>520.667</b>	<b>1.075.203</b>	<b>1.015.481</b>	<b>2.611.351</b>

*Fonte: elaborazione da Annuario Statistico Regionale*

In ragione del quadro delineato che vede l'anziano rilevante soggetto del sistema e portatore di specifiche necessità sociali, di seguito sono formulate proposte al dibattito, idee e misure di intervento per migliorarne la condizione.



# SALUTE E SANITA'

## LA RETE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI DELLA REGIONE LOMBARDIA: ANALISI E PROPOSTE

L'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, a più di due anni dall'avvio con la legge 23/2015, richiede a nostro avviso una profonda analisi e discussione per evidenziarne punti di forza e criticità, in particolare sull'impatto che questa avrà sul mondo degli anziani e anche per cogliere, oltre i limiti, le opportunità che introduce.

Gli obiettivi condivisi dalla Regione con i sindacati sono rimasti in parte inattuati o oggetto di interventi normativi basati più su enunciazioni di principio che su concrete, reali e tangibili realizzazioni. In particolare, uno dei capisaldi della riforma socio-sanitaria, ossia l'integrazione ospedale-territorio, almeno fino ad ora, non è stata sufficientemente perseguita; anzi registriamo una ingiustificata lentezza nell'attivazione degli strumenti necessari per realizzarla.

Per noi è del tutto irrinunciabile che l'integrazione socio-sanitaria si concretizzi e che questa integrazione comprenda l'intero sistema sociosanitario, pubblico e privato.

Va inoltre superata l'idea dell'ASST intesa come continuazione del proprio tradizionale ruolo puramente ospedaliero, e va attivata una vera integrazione con il polo territoriale. Questo produrrebbe risparmi di scala da reinvestire sul territorio per coprire una quota maggiore delle spese sanitarie nella residenzialità e a domicilio, oggi a carico degli anziani e dei loro familiari così come in prevenzione e medicina di iniziativa.

Il modello di governance nella nostra regione, anche a seguito dell'approvazione del provvedimento riguardante le Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-

2020, dovrebbe garantire una maggiore integrazione tra le varie politiche per permettere così di rispondere in maniera più puntuale e di prossimità alla crescente complessità dei bisogni.

Per favorire il coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali sarebbe indispensabile una politica regionale che favorisca ed incentivi logiche di gestione associata, e/o fusioni, aggregando piccoli comuni, favorendo politiche sociali più incisive, approfittando anche degli "incentivi" nazionali a sostegno delle fusioni dei Comuni.

Manca, innanzitutto, una rete compiuta per le cure intermedie. Rete da attivare in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, al fine di garantire un corretto percorso di cure sub acute e post acute per favorire il recupero psicofisico delle persone, riportandole così in condizioni di sufficiente autonomia al proprio domicilio. L'insufficienza della "rete" oggi penalizza le cure domiciliari, e spesso l'unica vera opzione in capo alle famiglie resta quella dell'assunzione di una "collaboratrice familiare", con costi molto alti che non favoriscono l'emersione del lavoro nero in questo ambito di attività, nonostante sia in vigore una buona legge regionale sulle assistenti familiari che tuttavia risente del mancato finanziamento a favore degli utenti.

Gli stessi servizi di prossimità dei Comuni faticano a rispondere alle esigenze delle famiglie sempre più bisognose di servizi flessibili e con costi accessibili. Ciò che si rileva è una eccessiva "burocratizzazione" che porta inevitabilmente a rigidità di accesso e di gestione e ad alti costi di servizio.

La rete delle residenzialità, pur non essendo riuscita a esercitare il ruolo di vero motore delle politiche territoriali, ha cercato di attivare strumenti innovativi come le RSA aperte, sicuramente apprezzate, gradite alla utenza e sostenute da provvedimenti economici regionali. Sempre nel contesto della residenzialità si inserisce il recente accordo tra la Regione, i sindacati confederali e dei pensionati, inerente la riduzione delle rette per i pazienti

classificati in Sosia 1 e 2 e nei nuclei Alzheimer, attraverso un voucher annuo di 1.000€. Tale sostegno, pur non risolvendo il problema della sostenibilità delle rette rispetto all'utenza, va in una direzione atta a riconoscere la natura prevalente del trattamento sanitario, che va ripresa, approfondita, mantenuta e sviluppata.

Il medesimo accordo, inoltre, prevede la realizzazione presso l'Assessorato al Welfare di un "Osservatorio sulla situazione delle RSA" cui partecipano le OO.SS., l'ANCI e i Soggetti gestori associati. L'Osservatorio ha il compito di monitorare e analizzare, tra i molteplici aspetti degni di approfondimento, la dinamica delle rette e la qualità dei servizi. Riteniamo che tale strumento possa essere foriero di nuovi e più compiuti risultati, da realizzare nel breve e medio periodo. Infatti, oggi, il sistema residenziale a causa dei costi delle rette spesso troppo elevati, costringe molte famiglie a optare per una domiciliarità più "obbligata" che consapevole, dove il familiare, spesso una donna, si sente di fatto costretto a svolgere il lavoro di cura con inevitabili ripercussioni sulla serenità dell'anziano e dell'intero nucleo familiare.

I temi legati al rapporto con le politiche socio-sanitarie degli enti territoriali, la domiciliarità e la residenzialità, unitamente alla questione della "povertà economica e sociale" costituiscono l'oggetto della Contrattazione Sociale sancita dagli oltre 450 protocolli sottoscritti in un anno dai sindacati dei pensionati confederali con le Amministrazioni locali, e che dovranno trovare piena legittimità, e possibili soluzioni, anche sul tavolo negoziale Regione Lombardia, a beneficio degli anziani, con ricadute positive per l'intera società.



## **PREVENZIONE E STILI DI VITA (EDUCAZIONE ALLA SALUTE, VACCINI, EDUCAZIONE ALIMENTARE)**

### **Qualità e aspettative di vita accettabili per tutti**

Negli ultimi anni vi è stato un forte incremento del numero di malati cronici, una vera e propria epidemia secondo l'OMS.

Questo sta creando un'emergenza nei sistemi sanitari: le cardiopatie, il cancro, le malattie respiratorie, il diabete, le malattie dell'apparato digerente o osteoarticolari sono ormai le cause più diffuse di sofferenza e morte.

Oggi sono responsabili dell'86 % dei decessi in Europa e colpiscono maggiormente le classi più povere. I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, la sedentarietà, l'obesità, il sovrappeso, l'alcool, il colesterolo e la glicemia elevata. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi nell'ambiente sociale, con trattamenti medici mirati e un'adeguata terapia farmacologica.

Finora, in Italia, il sistema sanitario, relativamente alla cura, ha invece operato come un radar in grado di intercettare i malati solo nella fase acuta, ma perdendoli di vista una volta superato il momento di crisi. Tale sistema risulta adeguato e perfetto se si tratta di malattie acute, ma inadatto per la cura delle patologie croniche; per questo anche in Lombardia si sta attuando il processo di riforma della presa in carico della cronicità, ma questo da solo non basta.

Pensiamo che le istituzioni non si debbano accontentare di curare le patologie croniche come un processo inevitabile e riteniamo che un maggior sforzo vada fatto nella prevenzione delle stesse mirando ad un loro forte contenimento. Nel 2050, ad invarianza di azioni, si prevede la presenza di circa 5 milioni di malati cronici in Lombardia con un peso sanitario e assistenziale non governabile considerato anche nel quadro di una diminuzio-

ne della popolazione attiva.

Vanno quindi proposte ed implementate politiche che devono produrre interventi mirati in primis nel campo economico, agricolo e ambientale. Riassumendo con uno slogan: ***Un reddito adeguato, cure garantite a tutti, cibi sani e un ambiente dove vivere in salute.***

Contenendo i principali fattori di rischio potremmo avere risultati importanti: si stimano nella riduzione dell'80% di patologie quali cardiopatie, diabete di tipo 2, ictus, oltre una riduzione significativa del 40% delle patologie tumorali. Un guadagno enorme anche per quanto riguarda la riduzione dei ricoveri ospedalieri correlati agli stati acuti delle patologie, e anche per le stesse famiglie che già oggi hanno a loro carico una parte significativa delle spese di cura.

Per questo crediamo che debbano essere aumentati i fondi per la prevenzione.



Designed by Pressfoto / Freepik

## Proposte

Nella consapevolezza che il tema della prevenzione percorra trasversalmente tutte le età di vita, come rappresentanze dei pensionati, in unum con le confederazioni, sosteniamo la necessaria attivazione di un vero processo culturale di cambiamento degli stili di vita, attraverso: campagne di informazione e formazione per una corretta educazione alla salute, tramite attività fisica, alimentazione e campagne vaccinali, coinvolgendo sempre più attivamente i medici di famiglia.

A titolo esemplificativo vanno promosse politiche per:

- *favorire la mobilità e l'attività fisica diffusa;*
- *sostenere il consumo di frutta e verdura meglio se di stagione e a km zero;*
- *ridurre la concentrazione di sale, zuccheri e grassi animali;*
- *ridurre la quota di alimenti altamente calorici nelle diete;*
- *ridurre l'abuso di alcool;*
- *ridurre il fumo.*

Il potenziamento delle attività di prevenzione primaria e secondaria nella popolazione anziana o in coloro che sono esposti a specifici rischi è non solo necessaria ma indispensabile. Inoltre nelle fasi di prima insorgenza della malattia cronica ma anche più avanti nei processi di cura vanno attivate logiche di medicina di iniziativa che rendano protagonisti i pazienti del loro processo di cura, con un significativo coinvolgimento delle comunità locali. Solo attraverso la costruzione di un vero patto tra istituzioni e cittadini nell'ambito della prevenzione crediamo possa limitarsi l'insorgere delle patologie croniche.

Da subito vorremmo provare ad attivare queste sinergie con la proposta di una rete diffusa in tutti i comuni lombardi di ***ginnastica*** per gli anziani over 65 che, su proposta e indicazione del medico di base, dovrebbero essere coinvolti, con una giusta

cadenza temporale, in corsi di ginnastica dolce. I costi degli istruttori potrebbero trovare parziale copertura con un fondo regionale e un piccolo contributo dei cittadini (eventualmente escludendo quelli non abbienti) e i locali adeguati potrebbero essere forniti gratuitamente dalle realtà locali, istituzionali, scuole, associazioni, oratori e società sportive.

Questo primo processo di aggregazione avrebbe anche lo scopo di far uscire molti anziani dalla solitudine ed isolamento in cui vivono. La rete territoriale così creata potrebbe funzionare anche da sentinella rispetto a situazioni che si dovessero rivelare critiche e per le quali attivare eventuali ulteriori servizi.

## **CONCILIAZIONE E APPROPRIATEZZA FARMACOLOGICA (COMPLIANCE FARMACOLOGICA)**

L'insorgere di patologie croniche, in particolare negli anziani, e la specializzazione delle cure comportano una maggiore complessità della terapia farmacologica e della sua gestione (farmaci diversi gestiti da professionisti diversi, in contesti differenti ospedalieri e/o ambulatoriali), determinando un aumento del rischio di eventi avversi, soprattutto al modificarsi della terapia.

Prescrizioni incomplete o modifiche effettuate senza una precisa conoscenza della terapia della persona assistita possono comportare confusione e/o errori di assunzione, con ripercussioni importanti sulla salute<sup>5</sup>. Gli errori di assunzione e somministrazione di terapia farmacologica riguardano il processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio.

Per questo riteniamo sia indispensabile, soprattutto nel caso di ricovero delle persone anziane, una specifica procedura finalizzata alla "conciliazione" della terapia, con l'obiettivo di evita-

---

<sup>5</sup> La letteratura nazionale e internazionale sostiene che fino al 67% delle persone, all'ammissione in ospedale, presenta discrepanze non intenzionali nella terapia.

re errori e potenziali eventi avversi derivanti da una non corretta interazione farmacologica o da una errata modalità di assunzione.

Tale procedura deve garantire che venga ***sempre prescritta alla persona assistita la terapia corretta***; ciò in particolare nelle fasi in cui si interfacciano diversi professionisti (consulenze) e/o nella variazione dei ***setting*** di cura (ospedale, territorio) in cui, frequentemente, si produce una modifica della terapia in atto.

L'applicazione del protocollo deve consentire ***la riduzione degli errori in fase di prescrizione***, solitamente imputabili a:

- ***incompletezza della lista di farmaci assunti dalla persona assistita;***
- ***incomprensioni, o errori di trascrizione, nel caso in cui la persona assistita debba effettuare un cambio di terapia (in particolare nell'interfaccia tra i diversi livelli/setting di cura);***
- ***mancata comunicazione/incomprensione tra i vari professionisti che assistono la persona;***
- ***mancato coinvolgimento della persona assistita (informazioni poco accurate) nel merito dei cambiamenti intervenuti nella prescrizione della terapia farmacologica.***

In caso di ricovero sarebbe utile la redazione di una scheda sulla situazione farmacologica del paziente e la relativa terapia somministrata. Questo eviterebbe che la persona (anziana) o il suo "caregiver" siano costrette a presentarsi al ricovero corredati dal "borsino" dei farmaci usualmente utilizzati. Tale scheda si auspica che possa essere inserita all'interno del fascicolo sanitario elettronico, e quindi disponibile in visione a tutti i professionisti che operano sul paziente, e ne venga fornita copia al paziente stesso per la sua disponibilità a domicilio.

## ASSISTENZA SANITARIA: SPESA OUT OF POCKET

Uno dei temi più rilevanti è sicuramente relativo alla **spesa diretta** che ciascuno deve sostenere per la fruizione dell'assistenza sanitaria. Tale spesa (**out of pocket**) complessivamente in Italia ha raggiunto valori superiori ai 32 mld. di € rappresentando ben il 25% dell'intero bilancio della spesa sanitaria. Se si considera anche la spesa intermediata si sale sino a 36 mld. di €.

Sempre più sono le persone anziane, spesso povere, costrette a ricorrere al mercato sanitario privato non convenzionato. Trattasi soprattutto di persone con cronicità, per le quali i tempi di attesa (troppo lunghi) per una visita o per un esame diagnostico, non sono compatibili con il loro stato di salute.

Questa è una spesa ingiusta: sia per la precarietà della condizione di salute della persona, sia in quanto sempre più spesso tali spese risultano insostenibili per le famiglie, trascinando le stesse in una situazione di vera difficoltà economica.

L'attuazione della legge regionale n. 23/2015 e della apposita delibera sul "**riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e fragili**" devono garantire una maggiore efficacia ed economicità del sistema di cura. Vi è la necessità, non solo per i cronici ma per l'intero sistema, di contenere i tempi e le liste di attesa, anche attraverso una migliore programmazione dell'attività libero professionale dei medici in **intra-moenia**, al fine di ridurre le disparità nei tempi di accesso alle visite specialistiche e alle prestazioni diagnostiche.

## CODICE ARGENTO IN PRONTO SOCCORSO

Nelle more di una più radicale riforma delle modalità di accesso ai punti di primo e pronto soccorso, tramite l'attivazione di punti di filtro territorialmente prossimi per la gestione dei

codici minori, e nella consapevolezza della necessità di attivare modalità organizzative che gestiscano, tramite percorsi dedicati le persone fragili (in primis anziani cronici, disabili e psichiatrici), si propone l'attivazione di un accesso facilitato per anziani over 75 al Pronto Soccorso.

***“Le persone anziane debbono essere trattate con grande attenzione, tanto più quando sono costrette a vivere un'esperienza delicata come quella del Pronto Soccorso. Riteniamo quindi utile provare a introdurre nei nostri Ospedali un percorso rapido, che eviti a queste persone particolarmente fragili la permanenza e l'attesa in una zona, quella dell'emergenza, che può provocare ansia, malessere e squilibrio a chi invece necessita di rassicurazione e di cura”<sup>6</sup>.***

Con questa motivazione nei Pronto Soccorso di alcuni ospedali, anche di altri contesti regionali, oltre ai consueti “codici” che segnalano l'urgenza con cui una persona deve essere visitata (bianco, verde, giallo e rosso), è stata avviata in via sperimentale l'introduzione del c.d. **codice d'argento** dedicato agli anziani, per evitare ai più fragili lunghe attese e relativi disagi.

Tale codice, che si basa sulla collaborazione tra i Pronto Soccorso e i reparti di geriatria/medicina, permetterebbe agli anziani “over 75”, di accedere dal triage (cioè dalla visita di accettazione del Pronto Soccorso) direttamente al reparto di geriatria/medicina per la visita vera propria, e poi per la cura e l'eventuale ricovero.

Il codice d'argento verrebbe attribuito dal Pronto Soccorso alle persone anziane che oltre l'età avanzata, presentano altri elementi di fragilità quali: patologie croniche pregresse, precedenti episodi di ricoveri, terapie farmacologiche complesse. Nella valutazione si auspica possa rientrare anche la condizione familiare, per fare in modo che in sede di triage si possa tenere conto di ulteriori elementi di fragilità relativi alla condizione sociale dell'anziano.

---

6 Protocollo della Regione Veneto.

Per tutti gli altri casi, anche relativi ad anziani non caratterizzati da stati di fragilità, resta in vigore il modello di attribuzione dei codici tradizionali.

## LA MEDICINA DI GENERE

La medicina, fin dalle sue origini, ha avuto una impostazione androcentrica relegando gli studi sulla salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione. Dagli anni Novanta in poi, invece, la medicina ha subito un'evoluzione attraverso un diverso approccio per molti aspetti innovativo mirato a studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano non solo biologiche, ma anche ambientali, culturali e sociali di tipo fisiologico sulle caratteristiche cliniche delle malattie. In medicina, quindi, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca scientifica, il tema delle "differenze di genere" è divenuto nella storia recente un tema centrale: le differenze di genere influiscono infatti sia sulla prevenzione che sulla diagnosi e nella cura delle malattie.

La medicina di genere ha l'obiettivo di comprendere quali sono i meccanismi attraverso cui le differenze di genere agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sulla possibile risposta delle terapie. Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle stesse patologie, presentano sintomi, progressione di malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro. Da qui la necessità di porre particolare attenzione allo studio del genere, inserendo questa "nuova" dimensione della medicina in tutte le aree mediche.

La medicina di genere non va intesa solo come medicina delle donne. In quest'ottica lo studio sulla salute della donna non è più circoscritto alle patologie esclusivamente femminili che colpiscono mammella, utero e ovaie, ma rientra nell'ambito della medicina genere-specifica che, parallelamente al fattore età, tiene conto del fatto che il bambino non va considerato un piccolo

adulto, e che la donna non è la copia dell'uomo e che l'anziano ha caratteristiche mediche ancora differenti e peculiari. Solo procedendo con questo nuovo approccio sarà possibile garantire a ogni individuo, maschio o femmina, l'appropriatezza terapeutica rafforzando ulteriormente il concetto di centralità del paziente e di personalizzazione delle terapie.

Questo campo innovativo della ricerca rappresenta una nuova prospettiva per il futuro della salute e deve essere incluso tra i parametri indispensabili ed essenziali dell'attività clinica e della programmazione ed organizzazione dell'offerta sanitaria del nostro Paese. La medicina di genere è, oggi, un argomento molto importante su cui si confrontano tutte le istituzioni che hanno come obiettivo la promozione della salute in tutti i suoi vari aspetti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato l'importanza della attenzione al genere nei ruoli e nelle responsabilità delle donne e degli uomini, nell'accesso alle risorse, nella diversa posizione sociale e nelle regole sociali che sostengono e governano i loro comportamenti. Tra le politiche più recenti dell'OMS vi è, inoltre, il monitoraggio delle disuguaglianze e la revisione delle politiche sanitarie, dei programmi e dei piani delle singole Nazioni, finalizzato ad assicurare le migliori risposte di salute nel mondo.

### **Proposte**

Per questo proponiamo a Regione Lombardia di attivarsi maggiormente per portare questo **approccio culturale** in tutte le realtà sanitarie della regione, sia pubbliche che private. Di sviluppare, inoltre, corrette politiche di prevenzione delle patologie e percorsi di cura che tengano conto del diverso approccio dovuto al genere e di creare le condizioni per un abbattimento delle diseguità dovute alle diverse situazioni economiche, per esempio riducendo da subito i ticket ed eliminando i super ticket sulle prestazioni.

Un'altra possibile idea è che nelle strutture ospedaliere si riesca a raggiungere il **Bollino Rosa**, ovvero quel particolare riconoscimento che l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere attribuisce agli ospedali italiani che offrono percorsi diagnostico-terapeutici e servizi dedicati alle patologie femminili di maggior livello clinico ed epidemiologico.

Legato alla **issue** della medicina di genere è anche il raggiungimento della parità di opportunità tra uomo e donna, che deve diventare uno tra i punti presenti nella negoziazione sociale con le istituzioni locali.



## CURE INTERMEDIE

Riguardo al tema delle cure intermedie si sottolinea la necessità di potenziare le unità d'offerta attraverso l'incremento dei posti letti per sub acuti e post acuti nelle strutture pubbliche e private accreditate con il SSR.

Bisogna procedere ad una chiara ed efficace determinazione dei punti di offerta territoriali di "cure intermedie" per degenze sub/post-acute, focalizzando prioritariamente l'attenzione su:

- ***incremento dell'offerta - più posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e sub-acuzie;***
- ***coinvolgimento delle strutture residenziali socio-sanitarie - in una logica di integrazione e complementarietà rispetto alla rete POT e sulla base della valutazione del bisogno in un ambito d'offerta organizzato e governato dalle ATS, in stretta sinergia con le ASST.***

## I RICOVERI E LE DIMISSIONI PROTETTE

La presa in carico della persona fragile, all'interno del percorso di ricovero ospedaliero, deve garantire un modello di assistenza olistico, in grado di rendere il percorso post ricovero flessibile e adattabile alle diverse necessità sociosanitarie che vengono a verificarsi nel percorso di cura della persona.

Oggi, questa procedura seppur prevista nelle linee guida regionali, si trova ancora ad essere applicata, sul territorio regionale, in maniera disomogenea e insoddisfacente. Pertanto i sindacati SPI - FNP - UILP, unitamente al livello confederale, sollecitano Regione Lombardia ad attivarsi presso gli enti interessati, pubblici e privati, per garantire una efficace applicazione dei protocolli previsti.

## Soggetti coinvolti nelle dimissioni protette

*Rientrano all'interno del percorso "protetto":*

- *persone con cronicità accentuate, multi-problematiche e con compromissione dell'autosufficienza o a forte rischio di disagio sociale;*
- *persone che richiedono continuità assistenziale dal punto di vista sanitario e/o sociale, per le quali l'educazione terapeutica ed il mero supporto del caregiver non sono sufficienti, nell'immediato, a consentire l'autonoma gestione delle problematiche rilevate;*
- *persone fragili le quali necessitano di "ammissione protetta".*

La segnalazione agli organismi competenti deve essere fatta in tempi rapidi e, altrettanto rapidamente, i servizi coinvolti dovranno identificare la soluzione ottimale per la prima presa in carico territoriale e, eventualmente, recapitare tempestivamente al domicilio del malato tutti gli ausili e i servizi necessari.

Procedure condivise devono essere attivate anche nei percorsi di ammissione protetta ai luoghi di cura per i pazienti fragili. Questo per garantire in tempi rapidi il ricovero ospedaliero, le visite ambulatoriali per le prestazioni specialistiche, le MAC (macro attività ambulatoriali complesse) e le BIC (attività chirurgica a bassa intensità). Ovviamente, anche in questi casi, alla fine del ricovero dovranno essere valutate le condizioni del paziente per attivare eventualmente le procedure di "dimissioni protette".

Ciascuna procedura attivata dovrebbe essere registrata e censita attraverso la predisposizione di un'apposita "procedura informatizzata" presso le ATS. Questo consentirebbe la quantificazione del bisogno, utile anche alla predisposizione su scala regionale dei posti letto necessari per le cure intermedie (post e sub acuti).

Le dinamiche descritte devono inserirsi necessariamente

te all'interno del percorso di "presa in carico dei soggetti cronici e fragili" di prossima attuazione. La pianificazione degli interventi deve impegnare, attraverso una procedura condivisa, l'ASST con i servizi territoriali e sociali, ciò al fine di garantire una efficace presa in carico della persona utente.



## LA LEGGE SULLE ASSISTENTI FAMILIARI

Regione Lombardia, anche sulla forte spinta operata dalle confederazioni CGIL - CISL - UIL e dei sindacati pensionati SPI - FNP - UILP, ha normato il ruolo delle assistenti famigliari.

Oggi il lavoro di cura al domicilio non è gestito in maniera "trasparente", compreso il lavoro nero che spesso espone la stessa famiglia a fine rapporto a pesanti ritorsioni.

A seguito della delibera relativa alle Assistenti Famigliari la Regione ha assunto alcune linee guida che hanno permesso la realizzazione di sportelli informativi e soprattutto di registri che "tracciano e monitorano" le assistenti famigliari con specifici requisiti e che permettono ai cittadini di poter avere conoscenza di questa importante offerta di lavoro e la possibilità di una scelta che sia in linea con gli standard assistenziali e in regola con il diritto del lavoro in materia di inserimento lavorativo. Riteniamo questo sicuramente un buon lavoro.

Ora, seppur previsto dalla legge 15/2015, riteniamo che sia fondamentale un aiuto economico per l'emersione dal lavoro nero di queste figure, tramite un contributo alle famiglie che renda "competitiva" la scelta rispetto alle alternative disponibili (residenzialità, ecc.).

La richiesta sindacale si articola inoltre nella costruzione di una rete integrata di servizi, quali per esempio le RSA aperte, un ADI domiciliare con più ore di assistenza, un SAD comunale più articolato verso i bisogni di assistenza e fondi dedicati che insieme alle misure già previste favoriscano la realizzazione di un processo di regolarizzazione e di legalizzazione del lavoro di assistente famigliare.

A ciò occorre aggiungere la realizzazione, in maniera intensiva e a stretto giro, di processi di formazione e di controllo della professionalità delle figure fin qui impiegate che devono possedere i requisiti previsti normativamente a tutela propria e degli assistiti.

## IL SISTEMA RESIDENZIALE DELLE RSA

Le RSA stanno assumendo un ruolo diverso da quello previsto originariamente (strutture di ricovero per anziani più o meno non autosufficienti), svolgendo sempre più una funzione rilevante in termini di integrazione dei servizi e di progressiva sanitarizzazione dell'utenza nella rete delle cure intermedie e di supporto.

Le sperimentazioni in essere di unità di degenza per post-acuti, le oltre 300 strutture facenti parte della rete delle **RSA aperte**, l'attivazione al loro interno di piccole palestre per la riabilitazione o per il recupero delle funzionalità motorie, l'attivazione di centri diurni, testimoniano un processo teso a costruire una rete di servizi di cui sicuramente il nucleo centrale rimane la struttura residenziale, ma che sempre più si apre ai bisogni del territorio.

Non di meno, la natura spesso troppo piccola di talune strutture e la loro collocazione sul territorio rischiano di renderne la gestione economicamente insostenibile, per cui facilmente si assisterà, nel prossimo futuro, ad una concentrazione dell'intero sistema in pochi gruppi di matrice giuridica privata.

Questo processo, letto in un'ottica di razionalizzazione dei costi, potrebbe portare alcuni vantaggi dati dalle economie di volume e dalla gestione integrata dei servizi. Di contro però aprirebbe problematiche nelle politiche sociosanitarie del territorio, richiedendo una responsabilità diversa sia alle ASST, sia ai Comuni a garanzia della qualità del servizio assistenziale, di cui la componente umana (rapporto con le persone e stima delle stesse) costituisce fattore essenziale.

Per molte delle RSA esistenti, di piccole dimensioni e ben insediate nel territorio, riteniamo che la sopravvivenza sia legata alla possibilità per le stesse di fare rete: sia sul versante degli acquisti, ma anche nella gestione in comune di alcuni servizi e delle relative risorse umane.

Inoltre una presenza protagonista e attiva delle RSA, all'interno dell'attivazione di nuove unità di offerta intrapresa da Regione Lombardia e che dovrebbe proseguire nei prossimi mesi, potrebbe prevedere la possibilità di creare una rete che, partendo dalle cure domiciliari gestite dall'ADI con il supporto della RSA e integrate con i servizi sociali del comune, possa vedere la nascita o la riconversione di strutture. Queste, collegate con i servizi di assistenza delle RSA, sono da destinarsi a persone anziane, spesso sole e sicuramente fragili, ma ancora autosufficienti, come ad esempio l'unità di offerta sociale C.A.S.A. recentemente disciplinata dalla normativa regionale. Il ricovero in RSA si attiverebbe solo per periodi di cura post-acuti e per le situazioni di non autosufficienza legate al percorso di servizio tradizionale. Il processo legato a tali modalità di "alloggio protetto" potrebbe avere un forte momento di programmazione e gestione all'interno dei Piani di Zona con la possibilità di creare una lista di accesso, redatta secondo criteri di urgenza e/o necessità, governata dalle ATS.

L'intero sistema delle rette dovrebbe essere collocato all'interno delle politiche dell'Osservatorio Regionale RSA appena costituito, perché le stesse possano essere utilmente riviste e rese compatibili con le disponibilità economiche delle famiglie, perseguendo il pieno riconoscimento della componente sanitaria del servizio erogato, che deve essere a carico del SSN.

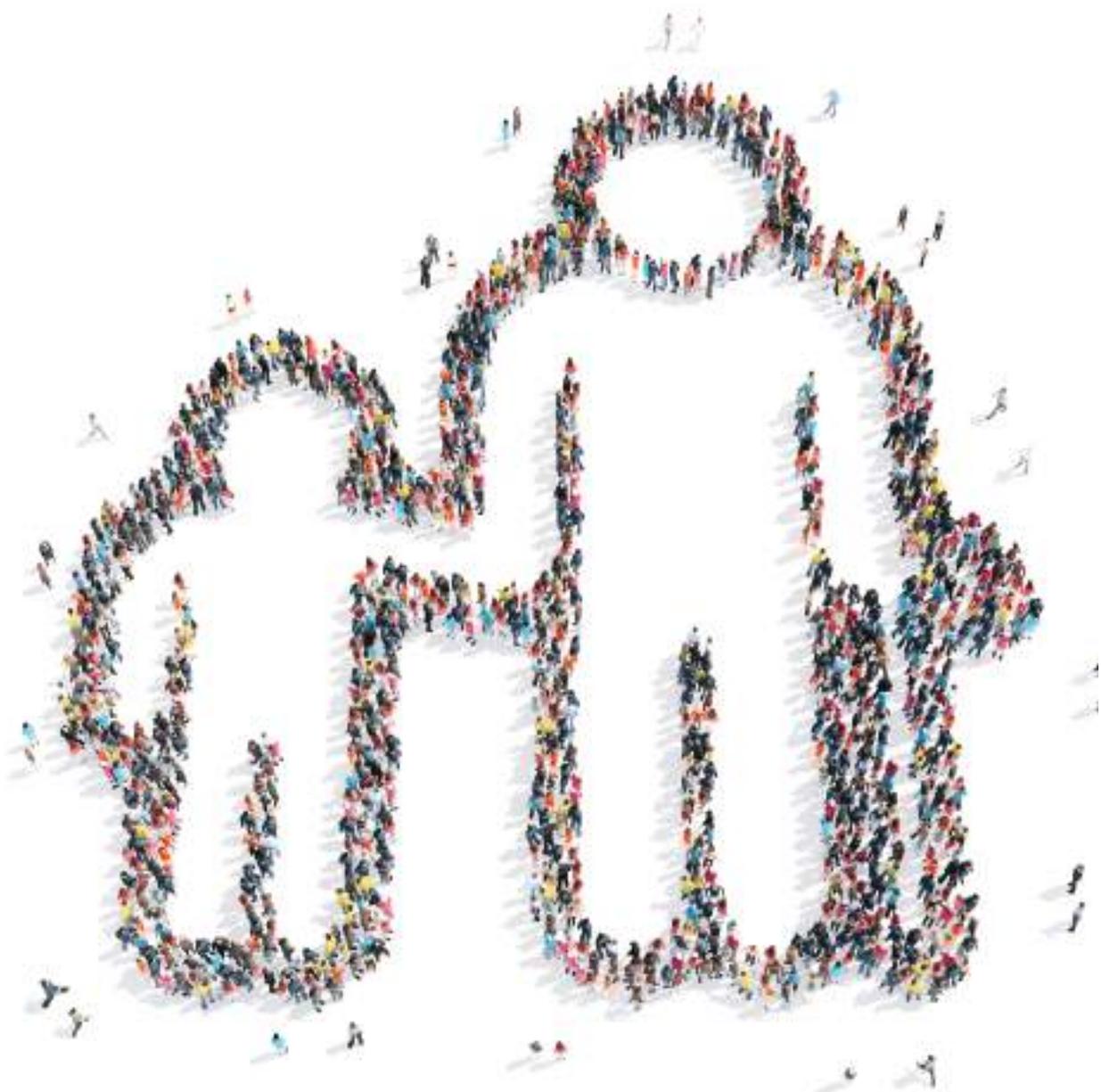
Il tema delle rette e della compartecipazione alla spesa deve quindi costituire un tema centrale per il "tavolo anziani", ciò anche in relazione al mantenimento ed al possibile finanziamento della rete di servizi di supporto, a partire dal trasporto sociale.

Molta importanza, infine, va posta in particolare al tema dell'**Alzheimer**. Viste le recenti sentenze dei tribunali pensiamo che sempre più la materia debba trovare soluzioni di tipo politico tramite un progressivo riconoscimento del livello di sanitarizzazione di alcuni stati patologici.

## SCHEDA GENERALE DELLE PROPOSTE

<b>Ricovero</b>	Fascicolo sanitario e farmacologico aggiornato a cura del medico curante.
<b>Cure intermedie</b>	Degenza a carico del SSN. Ampliamento dell'offerta di posti letto, garanzia dei tempi di ricovero (90 sub acuti, 60 post acuti).
<b>Dimissione protetta al domicilio</b>	Segnalazione ai servizi territoriali in tempo utile per la predisposizione di quanto necessario e tempestiva attivazione dei servizi stessi
<b>Alzheimer</b>	Copertura della spesa di ricovero.
<b>Rette RSA</b>	Voucher di restituzione della retta correlata alla gravità e complessità assistenziale, anche oltre il perimetro delle classi SOSIA 1 e 2 e Nuclei Alzheimer. Aggiornamento della quota a carico FSR correlata al blocco delle rette RSA a carico dell'ospite e dei familiari, nonché al controllo e alla qualità dei servizi.
<b>Liste di attesa RSA/cure intermedie per ambito territoriale</b>	Parametrati in base a criteri di complessità sanitaria e sociale la cui valutazione è in capo alle ATS.
<b>RSA aperta</b>	Voucher sanitario e accesso tramite criteri di complessità.
<b>Ricovero in posti letto di sollievo</b>	Compartecipazione retta alberghiera a carico dell'utenza in base all'ISEE con eventuale intervento a sostegno da parte dei Comuni o del Fondo sociale regionale.
<b>Servizi comunali</b>	In base all'ISEE.
<b>Trasporto sociale e servizi aggiuntivi</b>	Compartecipazione alla spesa in base all'ISEE.





## ABITARE SOSTENIBILE

L'autonomia della persona anziana dipende anche dalla disponibilità di risorse di tipo abitativo, relazionale, sociale, ovvero da fattori la cui mancanza genera isolamento, senso del rischio, e contribuisce ad aumentare la domanda di servizi e di assistenza, con richieste di ricoveri impropri o precoci nelle strutture assistenziali. L'ambiente abitativo può costituire il fulcro per facilitare la partecipazione sociale della persona anziana, ma è altresì un fattore di rischio d'esclusione o di marginalità se a causa di impedimenti o inappropriate infrastrutture a scala di quartiere determina o favorisce l'isolamento sociale dell'anziano.

Una politica pubblica di welfare abitativo che si pone nella prospettiva di affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione deve organizzare nel territorio la risposta del sistema di protezione sociale per un'effettiva presa in carico della persona, con il coinvolgimento e la partecipazione dell'anziano e della sua famiglia, nel suo contesto di vita, intervenendo sulle criticità che sono di primario ostacolo alla realizzazione di un buon rapporto tra lo spazio abitativo e di relazione e il sano invecchiamento.

Questo capitolo affronta quattro questioni fondamentali, evidenziando le problematiche e suggerendo possibili soluzioni:

- ***l'edilizia residenziale pubblica;***
- ***la proprietà immobiliare;***
- ***i servizi di residenzialità condivisa;***
- ***le barriere architettoniche.***

La proprietà immobiliare rappresenta una prima peculiarità italiana nel settore casa e abitare; dal contatto con i territori emergono altre specificità. Molti anziani a riguardo delle proprie condizioni abitative, lamentano una serie di problematiche: presenza di barriere architettoniche, costruzioni vecchie e non adeguate alle nuove situazioni, mancanza di relazioni e condizione di

solitudine, difficoltà economiche per una parte della popolazione anziana proprietaria dell'abitazione<sup>7</sup> (modello "*house rich - cash poor*").

Tutti fattori che incidono negativamente sullo stato di salute e sulla vita sociale di tante persone anziane.

## L'EDILIZIA PUBBLICA E SOCIALE

La condizione abitativa degli anziani in Lombardia è negli ultimi anni peggiorata.

È sensazione diffusa che la crisi economica e le politiche d'austerità, con la perdita di potere d'acquisto delle pensioni e l'azzeramento o il drastico ridimensionamento di capitoli importanti della spesa sociale, abbiano causato l'allargamento e l'acutizzazione dei fenomeni di fragilità e di povertà.

La difficoltà economica e la diffusa inaccessibilità al sistema abitativo, considerando l'andamento dei prezzi immobiliari e degli affitti ma anche la molto deficitaria offerta pubblica di alloggi sociali in Lombardia, ha immediati riflessi sulle opzioni abitative delle persone anziane, dovendo queste adattarsi ad abitare spesso in alloggi mediamente più vetusti, di minore qualità e con peggiore stato di conservazione. Anche nel caso di alloggi di proprietà c'è una maggiore difficoltà a sostenere le spese per le modifiche, con interventi che facilitino la gestione dell'alloggio (modifiche sulla distribuzione degli spazi interni, arredi adatti, ausili tecnici, ecc.) e la manutenzione della casa, oppure per reperire soluzioni abitative più idonee (per costi, comfort tecnologico ed energetico, localizzativo o ambientale, dimensioni dell'alloggio o assenza di barriere architettoniche, ecc.).

---

7 Secondo gli approfondimenti elaborati dall'osservatorio di Fondazione Cariplo, nel 2017, le famiglie degli anziani in casa di proprietà sono più povere delle famiglie italiane in almeno un caso su cinque. Dagli stessi dati emerge come oltre il 20% delle famiglie di anziani che abitano in una casa di proprietà ha un risparmio molto basso o nullo; e che più di un terzo di questi nuclei vive in un'abitazione del valore superiore a 200.000€.

## Proposte

La prima risposta è quella pubblica: servono politiche di sistema, ovvero politiche abitative e urbanistiche che si integrano, per realizzare un aumento dello stock e dell'offerta complessiva di alloggi per servizi abitativi pubblici e sociali in Lombardia, attraverso **programmi di recupero e riqualificazione del patrimonio esistente di edilizia pubblica ma anche programmi di nuova costruzione di alloggi sociali** caratterizzati da alta qualità costruttiva ed energetica e, rispetto agli interventi sullo stock residenziale esistente occupato da persone anziane, la massima attenzione ai legami con i contesti di vita e all'integrazione dei servizi a scala urbana o di quartiere (i trasporti, il verde e le aree d'uso collettivo per il tempo libero, i servizi di prossimità; gli esercizi commerciali di vicinato).



## LA PROPRIETÀ IMMOBILIARE

Dai dati emerge che negli ultimi anni, in Italia, il 70% delle famiglie è proprietaria di un'abitazione di residenza, mentre questa percentuale sale fino all'88% prendendo a riferimento la popolazione over 65 anni. Oggi, in maniera maggiore rispetto a qualche anno fa, emerge sempre di più la necessità di rendere liquida una parte della ricchezza, rappresentata dalla casa di proprietà, per una molteplicità di fattori, tra cui:

- *le mutazioni demografiche con l'allungamento della durata media di vita e di conseguenza un aumento di anni in condizione di non autosufficienza;*
- *l'incremento del numero degli anziani;*
- *le politiche pensionistiche più restrittive ed economicamente meno vantaggiose;*
- *le minori risorse pubbliche destinate all'assistenza.*

Per coniugare tali necessità (e nel contempo continuare a vivere nella propria casa), la modalità più diffusa in Italia è la **cessione della nuda proprietà immobiliare**, con mantenimento dell'usufrutto in capo all'anziano.

I dati più recenti (2015), in Italia, fotografano 21.586 transazioni relative a nude proprietà (in aumento rispetto agli anni precedenti), di cui: 6.727 nel Nord-Ovest, delle quali 3.622 in Lombardia<sup>8</sup>.

La distribuzione di questo fenomeno indica che esso è molto più accentuato nei capoluoghi di provincia rispetto ai piccoli centri urbani.

Un altro strumento è rappresentato dal **prestito vitalizio ipotecario** (PVI), oggetto di una recente modifica normativa en-

---

8 Dati dell'Osservatorio sul Mercato Immobiliare (OMI) dell'Agenzia delle Entrate (2016).

trata in vigore nell'aprile 2015<sup>9</sup>, che prevede l'emissione di debito a fronte di una garanzia ipotecaria rappresentata dall'abitazione.

Tale misura, che si rivolge esclusivamente alle persone over 60 anni, si basa sul presupposto che il valore del debito non superi mai il valore dell'immobile.

Come sindacati dei pensionati della Lombardia, al fine sostenere un corretto utilizzo degli strumenti suddetti, proponiamo alcune azioni concrete da attivare in regione.

### **Azione di informazione**

Sarebbe auspicabile che Regione Lombardia, di concerto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, promuovesse iniziative di varia natura (sportelli, pubblicità sui mezzi pubblici e nei luoghi pubblici, ecc.) volte ad una maggiore informazione riguardo alla legislazione fiscale e civile in materia di abitare e di proprietà immobiliare.

### **Azione di consulenza**

Anche in questo le istituzioni pubbliche, di concerto con le parti sociali, potrebbero fornire consulenza alla popolazione a seconda della situazione. Una prima consulenza, da realizzarsi in accordo con l'attività di informazione già descritta in precedenza, e uno **step di consulenza** avanzato per chi ha già deciso, in totale libertà e in perfetta consapevolezza, di attivare uno dei due strumenti (cessione della nuda proprietà immobiliare e prestito vitalizio ipotecario).

### **Azione di promozione di comportamenti virtuosi**

Questa attività prevede il coinvolgimento dei principali operatori di mercato (banche, associazioni di consumatori, ecc.) e si rivolge alla diffusione di alcune buone pratiche e azioni virtuose.

---

9 Legge 44/2015 in materia di disciplina del prestito vitalizio ipotecario.

se, in modo da permettere una maggiore diffusione, conoscenza e consapevolezza. In Inghilterra sono state introdotte "premiabilità" per gli operatori di mercato che volontariamente aderiscono e promuovono le buone pratiche esistenti<sup>10</sup>.

### **Attivazione di un Fondo di investimento immobiliare**

Tale misura prevede la costituzione di un fondo di investimento immobiliare, che tramite un chiara definizione delle regole di accesso e di gestione tuteli i soggetti più fragili. Tale fondo si dovrà occupare dell'acquisto e della compravendita della nuda proprietà, della gestione dei patrimoni, dell'acquisto dei mobili e della manutenzione degli immobili. I soggetti dovranno conferire temporaneamente la proprietà al fondo, che potrà restituirla attraverso un sistema di servizi (per esempio servizi alla persona) o moneta. Tale fondo prevede la compartecipazione tra pubblico (Regione Lombardia) e privato; questa modalità potrebbe partire in via sperimentale in qualche capoluogo provinciale, ed essere esteso nel tempo anche agli altri grandi centri urbani.

## **SERVIZI DI RESIDENZIALITÀ CONDIVISA**

I servizi di residenzialità condivisa sono un'ulteriore risposta al problema dell'abitare.

Questa tipologia di servizi è mutata nel tempo, al punto che si deve parlare al plurale circa le soluzioni possibili; ma ciò che non muta è invece il principio che sottende: ovvero la condivisione degli spazi abitativi. Vi sono modalità più partecipate, quella della **coabitazione o convivenza**, che prevede la vita insieme all'interno degli stessi spazi domestici e altre più sfumate, la **condivisione abitativa o cohousing**.

Quest'ultimo termine, utilizzato in tutta Europa, è definito

---

10 Il modello *Ship and Equity Release Council*, attivo già da circa un decennio nel Regno Unito.

come l'insieme di esperienze abitative che tentano di coniugare la presenza di una buona dotazione di spazi comuni (dimensione fisica), l'organizzazione periodica di attività collettive (dimensione sociale) e il coinvolgimento degli abitanti nella gestione di spazi e servizi condivisi (dimensione organizzativa)<sup>11</sup>. Tale fenomeno, che fa dialogare insieme la sfera individuale con quella collettiva, ha preso piede negli anni '80 nei Paesi scandinavi, ma in Italia non è ancora riuscito a svilupparsi né nella versione di condivisione abitativa intergenerazionale, né in quella tra anziani, nonostante sia un tema molto trattato in questi ultimi anni dai media.

L'Istituto per la Ricerca Sociale ha pubblicato delle interessanti considerazioni a riguardo, emerse da un *focus group*<sup>12</sup> composto da un insieme di "giovani anziani". Innanzitutto la casa di proprietà costituisce in Italia, la Lombardia non ne fa eccezione, un ostacolo al cambiamento della situazione abitativa e residenziale delle persone. Collegata a questa prima peculiarità permane la diffidenza nel condividere la propria abitazione con persone esterne alla propria famiglia.

Neanche le difficoltà economiche e la solitudine riescono ad essere due leve in favore del cohousing. Più semplice risulta, nella città metropolitana e negli altri capoluoghi universitari, seppur in forma ridotta, cercare soluzioni per gli studenti che arrivano nelle città per seguire il proprio percorso accademico.

## Proposte

Riprendendo quanto già espresso ed essendo consapevoli delle difficoltà da parte della popolazione anziana a modificare le proprie abitudini in tema di residenzialità condivisa, due ci sembrano le vie da perseguire (agevolate anche dal Fondo di investimento immobiliare descritto precedentemente).

La prima, che si sviluppa nel rapporto **intergenerazionale**

---

11 Silvia Sitton 2017.

12 Realizzato nel gennaio 2017 a Milano.

e presenta maggiori complessità, si rivolge all'ampliamento (dove già presente) e allo sviluppo (dove ancora non si pratica) di forme di condivisione soprattutto temporanee a vantaggio di studenti e giovani. In questa casistica la maggior parte del lavoro è orientata all'informazione e alla programmazione verso gli over 65.

La seconda, di carattere **intragenerazionale**, prevede la creazione di spazi condivisi nei quali gli anziani possono svolgere determinate attività, pur mantenendo l'indipendenza e la proprietà di luoghi personali (camera da letto, bagni). Questa modalità di convivenza si può sviluppare lungo diversi livelli, a seconda delle esigenze e delle disponibilità: si può andare dalla sola condivisione di luoghi extra-abitazione (sala bar, spazi esterni, ambulatori medici, svolgimento di determinate mansioni), fino alla condivisione di alcuni spazi (sala da pranzo, sala ricreazione). Per questa tipologia è prevista la regia e l'intervento del pubblico (Regione e Comuni), oltre che il supporto delle parti sociali (sindacati e terzo settore).

## SUPERAMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Molte delle abitazioni nelle quali vivono gli anziani in Lombardia, soprattutto nei grandi centri urbani, rischiano di trasformarsi in luoghi di isolamento. Infatti per le persone che hanno problemi di deambulazione, l'accesso ai condomini o il raggiungimento dei piani senza l'utilizzo degli ascensori, possono rappresentare un serio impedimento allo svolgimento delle normali attività, creando di fatto un "effetto ghetto o effetto prigionia".

Per ovviare a questi problemi, le Amministrazioni Comunali si sono mosse, negli ultimi anni, in supporto alle famiglie. Sarebbe auspicabile un patto tra i diversi livelli istituzionali: Regione Lombardia destini determinate risorse economiche a questa finalità, magari attraverso lo strumento dei bandi, e i Comuni elaborino una mappatura di quanti e quali edifici (pubblici e privati)

potrebbero essere soggetti a questa tipologia di strumenti.

Un'ulteriore azione che i Comuni potrebbero attuare (in modo particolare quelli superiori ai 10.000 abitanti) è la costituzione di un Osservatorio comunale, nel quale i cittadini possano segnalare eventuali problematiche legate alle barriere architettoniche nel paese. Questa prassi è già stata attuata nella nostra Regione, ad esempio dal Comune di Crema (CR).





## LA MOBILITÀ E IL TRASPORTO SOCIALE

### UN SERVIZIO SUSSIDIARIO INDISPENSABILE PER LA PERMANENZA A DOMICILIO

Ci sono donne e uomini che si sono messi in gioco con passione e intelligenza, nell'aiutare e prendersi cura del corpo fragile della nostra comunità, dimostrando concretamente che le persone anziane sono e possono essere una risorsa per la società.

Diventare anziani non è una colpa e neppure una malattia, semplicemente fa parte della vita. Ma nella nostra epoca molte persone vivono ai margini della società solo perché diventate vecchie. Ci sono gli **anziani giovani**: persone ricche di competenze e di vitalità, che da quando sono in pensione hanno molto tempo libero e che, anche se non ne parlano volentieri, non si sentono molto utili. Ci sono poi **anziani fragili**: donne e uomini prigionieri della solitudine, che non sanno a chi rivolgersi quando serve qualcosa e che si sentono un peso per tutti.

### L'ACCOMPAGNAMENTO DELLE PERSONE ANZIANE E FRAGILI

È sotto gli occhi di tutti il crescente bisogno di mobilità della popolazione anziana in Lombardia. Un servizio di trasporto sociale protetto è necessario, affinché garantisca la mobilità degli anziani e delle persone fragili, sempre più compromessa dalla precaria condizione motoria tipica dell'età avanzata, e dalla riduzione dei trasporti pubblici, in particolare nei territori periferici e montani.

Bisogni legati a spostamenti per visite o terapie presso gli ospedali o centri di cura, o più semplicemente bisogni prettamente sociali quali: uscire di casa accompagnati per recarsi al

cimitero, dal parrucchiere, a sbrigare pratiche burocratiche, a fare la spesa, relazionarsi con altri accompagnandoli qualche pomeriggio presso i centri sociali dei propri comuni.

Se tale giudizio è condiviso, occorre aprire un confronto diffuso con tutti i soggetti interessati, a partire dalla governance regionale, al fine di poter strutturare un efficace servizio di accompagnamento, in modo stabile e fruibile su tutto il territorio lombardo, discutendo anche nel merito il reperimento delle risorse utili alla sua sostenibilità. In quest'ottica, nella considerazione della sostanziale utilità di tale servizio, si deve inserire la nuova programmazione sociale a livello locale nel triennio 2018/2020 e i servizi che da essa scaturiranno.

## L'IMPORTANZA DELLA GRATUITÀ DEI SERVIZI FORNITI

Questi ed altri servizi non citati, forniti dalle realtà locali attraverso il volontariato, per dimensione e sostenibilità (rapporto costo/beneficio), si confermano ormai utili e indispensabili. In considerazione della platea che ne beneficia, sono - ed è bene che restino - per l'utenza di servizi sussidiari integrativi, nella maggior parte di casi, gratuiti.

Pur tenendo in giusta considerazione la gratuità del tempo messo a disposizione dei volontari, bisogna tener conto dei costi di gestione sostenuti dalle associazioni, anche per evitare di vedere naufragare queste esperienze.

Vi è quindi la necessità di coprire alcuni costi quali: le assicurazioni dei volontari relative alla responsabilità civile verso terzi, le spese vive sostenute nell'esercizio del servizio (in particolare i costi dei servizi di accompagnamento, che comportano l'utilizzo di mezzi di trasporto adeguati), le assicurazioni degli automezzi, il carburante e gli ammortamenti dei mezzi. Tali costi sono stati fino

ad oggi coperti a fatica dai contributi liberali degli utenti stessi e da alcune convenzioni sottoscritte a macchia di leopardo con alcuni Comuni virtuosi e lungimiranti. Anche per questo aspetto si dovrebbero prevedere contributi regionali che, tramite i Comuni, siano erogati tramite apposite convenzioni ai gestori del servizio.





## ATTIVITA' SOCIALI E TEMPO LIBERO

### TEMPO DI LAVORO E TEMPO DI NON LAVORO

Uno dei paradossi che accompagnano la nostra società è costituito dal senso di vuoto che spesso coglie la persona al momento del distacco dall'attività lavorativa una volta raggiunta l'agognata pensione.

Si passa la vita a pensare con sollievo al giorno in cui si interromperà la routine dell'attività lavorativa, per poter finalmente disporre del proprio tempo in modo più libero e poi, quando arriva il momento, scatta quel perverso meccanismo che fa sedere le persone malinconiche a guardare la televisione.

Infatti, avendo compreso il valore economico che il fenomeno terza età può costituire, i mezzi di comunicazione di massa si sono appropriati del problema, fornendo risposte basate su modelli stereotipati, che tentano di ridurre la platea degli anziani ad una massa passiva di consumatori.

La verità è che a fronte del prolungamento della vita, il sistema sociale non è in grado di offrire sufficienti opportunità per "invecchiare bene" ad un numero sempre maggiore di persone, che hanno trascorso la maggior parte della loro esistenza condizionate dai ritmi dettati dalla propria professione.

Se a questo stato di cose si aggiunge il disimpegno che la crisi perdurante ha diffuso a piene mani sulla società tutta, il quadro che se ne ricava è assolutamente desolante pensando all'enorme patrimonio di energie e di potenzialità che queste persone sono in grado ancora di esprimere.

Certo in questa analisi sommaria non possiamo ignorare l'enorme ruolo svolto dal volontariato che ancora una volta interviene a supplenza delle carenze pubbliche. Tuttavia, nonostante questo si potrebbe fare di più e meglio.

Come sindacato, da tempo abbiamo compreso il valore sociale di queste problematiche e, a fianco delle tradizionali attività, la tutela individuale e la tutela collettiva, abbiamo posto come importante la promozione dei “diritti non primari”, ma fondamentali per l’inclusione sociale. Si tratta concretamente di sviluppare azioni che puntino alla socializzazione, alla cultura, allo svago, e più in generale alla coesione sociale. La dimensione relazionale e sociale, che troppo spesso viene a sfilacciarsi e a morire con l’avanzare dell’età e la conseguente diminuzione di autonomia, è infatti elemento necessario e imprescindibile per una vita attiva e piena.

Il cammino verso la coesione sociale ha quindi portato il sindacato a misurarsi con nuovi obiettivi, calandosi sempre più nel tessuto sociale e così abbiamo attivato progetti di coesione sociale, che mirano a mettere in rete tutte le realtà inerenti al mondo degli anziani che operano in aree omogenee.



## DALLA COESIONE SOCIALE ALL'INCLUSIONE SOCIALE

L'obiettivo primario che ci siamo posti, alla luce di quanto finora attuato, è quello di sviluppare ulteriormente le attività di coesione sociale, radicandoci ancora più compiutamente sul territorio, diventando così un soggetto riconoscibile e interlocutore credibile nell'ambito della socializzazione e del rapporto con le RSA, con i centri anziani, le associazioni di persone disabili e non solo.



Questo obiettivo, che possiamo chiamare di inclusione sociale, mira a coprire spazi non ancora presidiati, senza mai porsi in modo competitivo con chi già opera in questo settore, come le tante associazioni di volontariato, ma anzi mettendo anche a loro disposizione quel grande valore aggiunto che oggi è costituito dalle organizzazioni sindacali.

Per l'operatività della proposta, occorre dar vita ad una serie di azioni ed attivare diverse risorse umane ed economiche, che vadano a integrare tutti gli aspetti dei progetti di inclusione sociale e prevenzione del disagio, anche e con il contributo della Regione quale partner privilegiato di tutte le politiche di prevenzione e integrazione.

Per questo motivo appare necessario il ruolo di coordinamento attuato dalle ATS per le varie iniziative locali, in maniera da addivenire ad una progettualità organica e condivisa anche con i Comuni.



FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI MARZO 2018  
DA GRUPPO STAMPA GB  
COLOGNO MONZESE