

STRATEGIA

Terza Età

APPUNTI PER UN SISTEMA DI AZIONE

Cuneo, 2004.

*C
i
t
t
à

d
i

C
u
n
e
o

*

A
s
s
e
s
s
o
r
a
t
o

a
i

S
e
r
v
i
z
i*

*S
o
c
i
o
e
d
u
c
a
t
i
v
i*

Abbiamo provato un giorno ad allineare concetti e termini legati alla terza età; ne è scaturito un elenco incredibile, che ha una volta in più convinto di come l'individuo sia da cogliersi nella sua interezza, non già secondo una "categoria" di appartenenza (anziano, o lavoratore, o minore, ecc.).

Il fatto stesso che un sistema sociale (e quindi gli elementi che lo sviluppano, lo consolidano, lo migliorano) vada indissolubilmente percepito nel suo insieme e non settorialmente, pare ancora più evidente scorrendo l'elencazione: balzerà agli occhi la interdipendenza tra i termini e la stretta attinenza a qualsiasi componente del vivere sociale:

- Anni nazionali, europei, mondiali dell'anziano, dell'invecchiamento, famiglia, volontariato, ecc.
- Abitazione
- Accoglienza familiare
- AIDS
- Aiuto (auto-mutuo, ...)
- Alcoolismo, tabagismo, tossicodipendenza
- Abuso di farmaci
- Alimentazione
- Allungamento della vita
- Alzheimer
- Amicizia
- Analisi demografica
- Andropausa
- Animali (*Pet Therapy*)
- Animazione (in struttura e sul territorio)
- Anzianità attiva
- Autosufficienza – Non autosufficienza
- Arte, creatività, danza, canto, disegno, ecc.
- Assistenza domiciliare, integrata
- Atteggiamento verso l'invecchiamento, la morte
- Attività fisica
- Ausili
- Autobiografia, reminiscenza
- Banca del tempo
- Banca etica
- Bisogni degli anziani
- Buono, voucher, assegno di cura, prestazione, ecc.
- Buon vicinato
- Burn Out
- Cadute
- Caregiver, caregiving
- Cecità
- Centro d'incontro
- Centro diurno
- Centro sociale
- Cinema
- Cittadinanza, partecipazione
- Comunicazione
- Conflitto generazionale
- Contenzione
- Coppia anziana
- Costi assistenziali e sanitari
- Counselling
- Cronicità
- Cultura e informazione
- Cure
- Dati statistici
- Day Hospital
- Demenza senile
- Depressione
- Dialetto
- Differenze (età, sesso, reddito)
- Dimissioni ospedaliere
- Diritti degli anziani
- Disabilità
- Disoccupazione
- Disturbi del comportamento, del linguaggio...
- Divorzio
- Dolore
- Domiciliarità
- Donna
- Educazione permanente
- Emarginazione, esclusione
- Empowerment
- Etica
- Eutanasia

- Famiglia
- Farmaci
- Formazione
- Fratture
- Impotenza
- Incidenti
- Guida, manuale, vademecum
- Homeless
- Hospice
- Immigrazione e emigrazione
- Geriatria
- Gerontologia
- Giardino
- Gruppo di aiuto
- Guida autovettura
- Incontinenza
- Informatica
- Innamoramento
- Interessi
- Istituto di ricovero
- Lavoro dopo la pensione, socialmente utile, ...
- Legislazione (regionale, nazionale,...) e norme
- Letteratura
- Linguaggio
- Logoterapia
- Lungodegenza
- Lutto
- Malati terminali
- Malattie dell'invecchiamento
- Maltrattamenti, abusi
- Mamme-nonne
- Memoria
- Menopausa
- Minoranze etniche
- Morte
- Morte (accompagnamento alla...)
- Musicoterapica
- Nucleo Alzheimer
- Omosessualità
- Operatore socio-assistenziale e sanitario
- Organizzazione no—profit
- Orti
- Ospedale
- Osteoporosi
- Padri nonni
- Parkinson
- Patrimonio
- Pensione
- Piaghe (da decubito...)
- Politiche per gli anziani
- Povertà
- Preparazione al pensionamento
- Prepensionamento
- Prevenzione
- Progetto obiettivo
- Psicologia dell'anziano
- Psicoterapia
- Pubblicità
- Qualità
- Rapporti intergenerazionali
- Rapporto con i figli, i nipoti, ...
- Rapporto con medico,operatore, ...
- Rappresentazione sociale della vecchiaia
- Reality orientation Therapy
- Religione
- Residenza Sanitaria Assistenziale
- Rete informatica
- Rete sociale
- Riabilitazione
- Screening
- Senior marketing
- Servizi sanitari
- Servizi socio assistenziali
- Servizi socio sanitari
- Servizi telefonici per anziani
- Sessualità
- Sicurezza (misure di...)
- Sindacato
- Sistema pensionistico
- Solitudine
- Sonno
- Sordità
- Stampa
- Stato funzionale
- Stereotipi
- Storia
- Stress

- Strumenti di valutazione, test,...
- Suicidio
- Telesoccorso, telecontrollo, ...
- Televisione
- Tempo
- Tempo libero, hobbies
- Terapia (occupazionale, medica, ergoterapia,)
- Trasporti
- Truffa, frode
- Turismo
- Tutela legale
- Umanizzazione
- Unità di valutazione geriatrica
- Università della terza età
- Uomo
- Urbanistica (barriere architettoniche, città a misura di anziano, ecc.)
- Uso dei servizi
- Vedovanza
- Volontariato

Ne abbiamo compilate, di getto, alcune pagine; ciò nonostante crediamo di essere lontano da completezza; non è tuttavia intenzione analizzare tutte le voci del particolare vocabolario.

Quel che sta a cuore, infatti, è tornare a fotografare, dopo alcuni anni, la situazione della Città di Cuneo e dei suoi anziani, rapportarla con gli interventi in corso e con quelli programmati al futuro (impiegando, casomai, elementi di quel “vocabolario”) e individuare, se ne apparirà la esigenza, qualche nuova “pista” di intervento o di sviluppo.

Soprattutto, sta a cuore proporre una traccia di discussione utile ad un progetto globale, graduale e flessibile che non venga ulteriormente a spiegare i motivi dell’emergere quantitativo della componente anziani e che si ispiri alla ricerca del bisogno attuale.

Del resto, da un lato, la rilevanza del tema è stata contemplata da profuse pagine e interventi sulla relazione tra il progresso sanitario, l’involuzione socio-economica e la crescita demografica della terza età; dall’altro, vorremo tener costantemente presente come i bisogni dell’individuo discendano dalla personale “cultura” di vita, dalla sua formazione e dal tempo in cui l’uomo è maturato.

Non è certo una teoria originale o innovativa; siamo però convinti che coglierne i riferimenti e le implicazioni ed assumerla quale costante degli sforzi programmatici nei più disparati campi possa in qualche misura assisterci ed esserci di aiuto.

Proprio di qui pare opportuno partire, con la semplice enunciazione delle possibili differenze “culturali” cui si associano i bisogni prevedibili dell’anziano di oggi (o di coloro che saranno domani) rispetto agli anziani di ieri e di ieri l’altro; ne schematizziamo alla pagina successiva alcuni concetti, il più possibile universali, che possono secondo la teoria di cui sopra determinare bisogni, sentimenti e atteggiamenti diversi.

| L' anziano del 1975 è nato a inizio secolo | L' anziano del 1990 è nato negli anni venti/trenta: | L' anziano del 2010 è nato negli anni quaranta/cinquanta: |
|---|---|---|
|---|---|---|

“Vissuto” a livello mondiale:

| | | |
|-----------|-------------|---------------------|
| Marginale | Consapevole | Orizzonti allargati |
|-----------|-------------|---------------------|

“Vissuto” a livello nazionale:

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| \Consolidamento dell'idea unitaria | Nascita di movimenti politici/culturali diffusi | Democrazia e dialogo |
| Industrializzazione | Sviluppo tecnico-industriale | La scienza |
| Primo sviluppo tecnologico | Crescita comunicazione | L'immagine al posto della parola |
| Prima guerra mondiale | Seconda guerra mondiale | La ricostruzione |
| Le disparità di classe | Miglioramento istruzione | Le disparità di ceto e l'allineamento delle classi |

“Vissuto” a livello locale:

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Economia rurale e famiglia allargata | Economia prevalentemente rurale e famiglia allargata | Passaggio alla famiglia nucleare; passi nel terziario. |
|--------------------------------------|--|--|

Pare fuori dubbio che i singoli “vissuti” influenzino bisogni, gusti ed aspettative; vi siete mai chiesti in quale modo taluni anziani (magari insigniti di riconoscimenti militari) si atteggiino quando ad assisterli vi è un giovane obiettore di coscienza in servizio civile? Oppure come reagiscano di fronte ad un cambiamento – ancorché dietologicamente ineccepibile - dell'alimentazione (es.: piatto unico, cambio di orario) rispetto all'abitudine consolidata (tradizionali primo, secondo e frutta)? O perché, assai più banalmente, nell'organizzare un intrattenimento per la terza età si costruisce una colonna sonora di valzer e mazurka o di operette anziché di musica contemporanea?

Se aggiungiamo una quarta colonna per coloro che saranno anziani tra una quindicina d'anni andremo a contemplare tra i vissuti altri elementi forse ancora più significativi e dirompenti: come si potranno conformare i servizi nei risvolti di coloro che, mentre da un lato hanno vissuto più o meno intensamente la “rottura” generazionale degli anni sessanta, si sono ritrovati in un mondo industrializzato (e post-industriale), in un mondo di nuove energie (atomica e sue contraddizioni), di forme di comunicazione immediata (la televisione, ma anche tutti gli altri media fino alla rete internet), di prevalenza della famiglia nucleare su quella allargata, di istruzione diffusa, di globalizzazione?

Capitolo Primo

“ISTANTANEE” DEMOGRAFICHE

Non è intenzione costruire un resoconto dell'andamento demografico della Città in riferimento alla terza età: l'invecchiamento della popolazione costituisce di per sé un dato di fatto. Rimandiamo all'appendice – costruita grazie all'apporto del Servizio Statistica del nostro Comune - gli interessati a conoscere un andamento demografico più scansionato nel tempo.

I pochi elementi di questo paragrafo, vanno intesi non tanto quale corollario di un andamento demografico fin troppo evidente, ma soprattutto come riferimento in connessione a vari indicatori di carattere sociale e come tentativi di sviluppo/aggiornamento delle ricerche (elencate, analizzandone la portata, nel paragrafo successivo) fin qui condotte.

I dati riportati sono estremamente semplici: “fotografano” cioè la realtà ad una determinata data (è plausibile che, qualora oggi chiedessimo i dati della popolazione al 31 dicembre di quegli anni presi a riferimento, troveremo dati diversi – anche se non tali da stravolgere gli ordini di grandezza cui ci riferiamo - per ovvi motivi di cancellazione/iscrizione anagrafica nel frattempo intervenute) senza andare a pesare o mediare – come scienza statistica preferirebbe – i dati stessi.

La tabella n.1 attesta la situazione demografica cuneese al 31 dicembre 2002 e la confronta con gli stessi dati di cinque anni prima:

Tabella 1 - POPOLAZIONE RESIDENTE OLTRE I 65 ANNI DI ETÀ

| ETA' | 1997 | | 2002 | | DIFFERENZA | |
|-------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | N. | % sul tot. | N. | % sul tot. | N. | % sul tot. |
| Da 65 a 74 | 6.245 | 11,47 | 6.351 | 11,65 | 106 | 0,18 |
| Da 75 a 84 | 3.785 | 6,95 | 4.521 | 8,29 | 736 | 1,34 |
| Da 85 a 94 | 1.372 | 2,52 | 1.505 | 2,76 | 133 | 0,24 |
| Oltre 95 | 69 | 0,13 | 130 | 0,24 | 61 | 0,11 |
| Totale | 11.471 | 21,06 | 12.507 | 22,94 | 1.036 | 1,88 |
| Totale dei RESIDENTI | 54.459 | = | 54.520 | = | 61 | = |

L'evoluzione non soltanto porta all'aumento dell'età media della popolazione (da 43,51 a 44,64 anni) ma soprattutto ad un incremento dell' "indice di dipendenza" - cioè il "carico di persone in età non attiva" (meno di 15 anni e oltre 64) per ogni 100 cittadini in età attiva - dal 49,3 % al 54,6 % (fino al 1991 tale indice era stabile intorno al 45 %).

In parole semplici, nella popolazione cuneese vi è un ultrasessantacinquenne ogni poco più di quattro abitanti (4,36, per l'esattezza) contro i quasi cinque del 1997 (4,75, per l'esattezza).

I dati di cui sopra vanno poi letti considerando anche il carico immigrativo degli anni correnti che, verosimilmente, ha maggiormente interessato persone in età lavorativa o minori, calmierando, benché in termini non decisivi, le proporzioni.

Non soltanto: la crescita percentuale è più sensibile nella fascia tra i 75 e gli 84 anni di età.

Non è irrilevante il *trend* su tale gruppo anagrafico: significa associare alla "terza" una "quarta età"; significa associare verosimilmente ad una età più avanzata rispetto a ieri bisogni di maggior intensità legati ad una non autosufficienza, magari anche solo latente.

La tabella n.2 visualizza in quali in *macro-zone* significative del territorio vivono over sessantacinque. I dati, più recenti in quanto considerano la popolazione al 31 dicembre 2004, si raffrontano ad una elaborazione riferita all'anno 1995.

Rispetto ai dati del 2002 considerati nella Tabella n.1, si nota una lieve contrazione di over 65: ma è troppo presto per individuare una inversione di tendenza che, comunque, è quanto mai improbabile.

Tabella 2 —LOCALIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE OLTRE I 65 ANNI.

| Macrozona | a) residenti di tutte le età | | b) residenti over 65 | | Rapporto b/a over 65 ogni 100 abb. | |
|--------------------------------|------------------------------|---------------|----------------------|---------------|------------------------------------|--------------|
| | 1995 | 2004 | 1995 | 2004 | 1995 | 2004 |
| Centro Storico e zone fluviali | 4.324 | 4.252 | 1.148 | 960 | 26,55 | 22,58 |
| Cuneo centro | 14.317 | 13.384 | 4.293 | 4.053 | 29,99 | 30,28 |
| Sud Altopiano | 15.700 | 15.696 | 2.971 | 3.557 | 18,92 | 22,66 |
| Oltre Gesso | 7.678 | 8.151 | 1.305 | 1.515 | 17,00 | 18,59 |
| Oltre Stura | 12.825 | 13.331 | 1.712 | 2.087 | 13,35 | 15,66 |
| TOTALI | 54.844 | 54.814 | 11.429 | 12.172 | 20,84 | 22,21 |

La lettura della Tabella n.2 propone:

- crescita degli over 65 nelle macro-zone “Sud Altopiano”, a fronte di una riduzione, benché impalpabile, dei residenti nella zona medesima.
Il fenomeno interessa con particolare rilevanza (poi riflessa in tutta la macro-zona) la parte Sud Ovest della Città, corrispondente ai quartieri *Monviso, Gramsci e Donatello*.
- un’analoga crescita, corrispondente alla crescita numerica della popolazione delle zone stesse, si registra nelle zone frazionali; essa è tuttavia più contenuta rispetto alla zona Sud Altopiano.
- La contrazione degli abitanti del “Centro Storico e zone fluviali” è accompagnata da una diminuzione degli ultra 65enni.
- Stesso *trend* si registra nella zona “Cuneo Centro”, ove però l’incidenza degli anziani sul totale dei residenti permane sostanzialmente analoga; con un rapporto di 30 a 100 è la zona con il maggior rapporto e il più alto numero di anziani.

Vorremo ora andare un attimo oltre ai dati di analisi demografica, nella considerazione che l’interesse è rivolto non tanto – né soltanto – a numeri, bensì a persone. E’ difficile sintetizzare che cosa stia dietro ai dati demografici; è difficile non incorrere in elementi poco oggettivi e magari banalizzare su indicatori che poi, all’atto pratico, non ci torneranno utili. Dietro a quei numeri generali stanno almeno due elementi su cui riflettere nella costruzione e nella gestione di un sistema .per la popolazione di nostro interesse e, cioè:

- Il vivere da soli,
- La componente “di genere”.

Per il primo elemento, è possibile trarre spunto e riportare alcuni dati frutto di una indagine svolta nel 1993 (non vi sono oggi risorse per poterla aggiornare: la sua portata può però ritenersi valida ancora a una decina di anni di distanza) da parte delle CARITAS parrocchiali nella Diocesi di Cuneo e presentata nell’ambito del convegno “ANZIANI: PROBLEMA O RISORSA ?” organizzato dal Comune il 27 novembre 1993.

L’indagine coinvolse 81.225 persone della intera Diocesi; in tale campione gli ultrasessantacinquenni risultarono il 18,7 per cento, più o meno in coerenza con le percentuali sin qui rilevate. Interessò 9.471 anziani tra i 65 e i 75 anni di età (11,6 per cento della popolazione) e 5.727 oltre i 75 anni (7,1 per cento della popolazione).

La Tabella n.3 disaggrega in *macro zone* i dati originariamente ascritti al territorio delle Comunità Parrocchiali della Città di Cuneo e traduce percentualmente gli esiti dell’inchiesta rivolta a quattro problematiche: 1) Vivere soli, 2) Non autonomia nell’uscire di casa, 3) Problemi di salute vivendo in casa, 4) problemi economici.

Tabella 3 – SINTESI DI PROBLEMATICITA' (rielaborazione indagine Caritas 1993)

| MACRO ZONA | VIVONO SOLI | | | NON AUTONOMI | | | PROBLEMI DI SALUTE | | | PROBLEMI ECONOMICI | | |
|--------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------------|-------------|-------------|
| | 65/75 | oltre 75 | TOTALE | 65/75 | oltre 75 | TOTALE | 65/75 | oltre 75 | TOTALE | 65/75 | oltre 75 | TOTALE |
| Centro storico e zone fluviali | 23,33 | 27,00 | 50,33 | 2,33 | 11,67 | 14,00 | 8,67 | 35,00 | 43,67 | 1,00 | 1,67 | 2,67 |
| Cuneo Centro | 16,50 | 26,50 | 43,00 | 1,00 | 4,00 | 5,00 | 11,00 | 5,00 | 16,00 | 1,00 | 1,50 | 2,50 |
| Altopiano Sud | 14,67 | 21,33 | 36,00 | 3,00 | 8,00 | 11,00 | 6,33 | 10,33 | 16,67 | 1,00 | 1,33 | 2,33 |
| Oltre Gesso | NON RILEVATO NELL' INCHIESTA | | | | | | | | | | | |
| Oltre Stura | 16,00 | 28,50 | 44,50 | 1,50 | 10,00 | 11,50 | 11,00 | 35,00 | 46,00 | 0,50 | 1,00 | 1,50 |
| TOTALI | 17,63 | 25,83 | 43,46 | 1,96 | 8,42 | 10,38 | 9,25 | 21,33 | 30,58 | 0,88 | 1,38 | 2,25 |

Benché non riguardante l'intero territorio né in termini assoluti né all'interno delle stesse zone cittadine, e benché si abbia l'impressione che – soprattutto nelle tre ultime aree dell'indagine – i rilevamenti possano essere stati effettuati su termini di soggettività, possiamo ritenere i dati di cui sopra abbastanza esaustivi e, sicuramente, significativi.

Se nella Città di Cuneo risiedono circa 22.500 nuclei famigliari (22.598, per l'esattezza, al 31 dicembre 2003) e se circa 12.000 sono gli anziani, oltre 5.000 nuclei famigliari sono costituiti da persone ultrasessantacinquenni che vivono da sole.

Elemento che appare ben più marcato nelle zone Centrali della città.

Il confronto con dati recenti (2003) e globali, porta infatti alla conclusione raffigurata nella Tabella n.4; peraltro, non è detto che tutti i celibi, i divorziati o i vedovi in città vivano soli:

Tabella 4 – ULTRASESSANTACINQUENNI POTENZIALMENTE SOLI

| STATO | DONNE | UOMINI | TOTALI |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| Nubili o Celibi | 1.147 | 508 | 1.655 |
| Divorziate/i | 110 | 60 | 170 |
| Vedove/i | 3.587 | 594 | 4.181 |
| TOTALI | 4.844 | 1.162 | 6.006 |

Ma vi è un altro dato importante: la prevalenza femminile su quella maschile, ancora più evidente tra la popolazione considerata. Mentre sul totale della popolazione residente la componente femminile sopravanza quella maschile per circa 5 punti percentuali (52,52 per cento circa, contro il 47,48 per cento), tra gli ultrasessantacinquenni il divario si allarga al 20 per cento circa (60,7 per cento le une contro il 39,3 degli altri).

Come non si analizzano cause e motivi dell'invecchiamento della popolazione, così non si esaminano le cause di questa preponderanza di genere: basta annotarla come elemento di attenzione.

Capitolo Secondo

CONTRIBUTI PRECEDENTI

I seguenti contributi di studio e di analisi hanno assistito, negli ultimi quindici anni, la politica cittadina per la terza età:

- Unità Socio Sanitaria Locale n. 58 – Servizio Socio Assistenziale:
“STUDIO INTERDISCIPLINARE PER LA REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA OPERA SOCIO ASSISTENZIALE INTEGRATA PER SOGGETTI IN CONDIZIONE DI BISOGNO” - Cuneo, 1990.

L’obiettivo stava nel titolo stesso del contributo; rappresentava una grande apertura ai temi della cronicità, analizzando cause e motivi dell’insorgere di stati acuti con l’avanzare dell’età (s’affacciava il tema “*quarta età*”).

Ha dato sicuramente il via alla ricerca di nuove offerte, all’epoca suffragate dall’ingente opera di ristrutturazione della Casa di Riposo “*Mater Amabilis*”, Sezione “*Angeli*”.

- Comune di Cuneo, deliberazione del consiglio comunale 31 ottobre 1995 n.156:
“APPROVAZIONE PROGRAMMA DI INTERVENTO PER STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI SUL TERRITORIO FINALIZZATE ALLA POPOLAZIONE ANZIANA E PARTECIPAZIONE ALL’ASTA PER L’ACQUISIZIONE DELL’IMMOBILE EX POLICLINICO”.

E’ questa volta il Comune a prendere coscienza del tema e a tentare di l’acquisizione dell’ex Policlinico da destinare alla terza età.

L’obiettivo immediato (acquisizione dell’immobile) viene a perdersi nell’iter dell’asta cui il Comune partecipa. L’obiettivo generale viene però raggiunto non molto tempo dopo con l’acquisizione in comodato a tempo determinato delle strutture ove troverà sede, dal 2002, la Residenza “*Sant’Antonio*”.

- Comune di Cuneo, Assessorato ai Servizi Socio Educativi:
“PROGETTO ANZIANI” - Cuneo, 1997.

Ampliava a trecentosessanta gradi il raggio di proposizione per la terza età, uscendo dai confini di un bisogno “*strutturale-residenziale*”; questo, ancorché sentito (ne è sintomo il riferimento al programma 1995 che a larghi tratti riporta), è riferito esclusivamente alla realizzazione di:

- nuova Residenza Sanitaria Assistenziale (la “*Sant’Antonio*”, appunto),
- Comunità alloggio (effettivamente avviate negli anni successivi dal “*Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese*” nel frattempo sostituitosi alla U.S.S.L. n.58 nello svolgimento della funzione socioassistenziale).

Il progetto fa però riferimento ad una nuova “*globalità*” che traccia le ulteriori “*piste*” in cui i servizi si collocano in una prospettiva “*con e per*” gli anziani; in sintesi, tali “*piste*” sono nel modo seguente schematizzabili e suddivisibili tra le azioni che, nel frattempo, si sono consolidate e quelle ancora da sviluppare in modo più compiuto:

| CONSOLIDATE: | DA SVILUPPARE: |
|--|--|
| - Centri d’incontro | - Telesoccorso |
| - Attività Motorie | - Assistenza Domiciliare Integrata |
| - Soggiorni | - Sostegno contributivo a famiglie con anziani |
| - Attività Culturali | - Affidamenti |
| - Pasti a domicilio | - Strutture leggere di supporto alla Domiciliarità |
| - Assistenza Domiciliare socio-sanitaria | - Struttura residenziale per interventi temporanei |

Parecchi tra gli “*spots*” di sviluppo, quindi, sono stati inseriti nei percorsi del Consorzio Socio Assistenziale e del Comune, e realizzati, magari con dizioni differenti rispetto a quelle enunciate.

Storicamente, purtroppo, il periodo successivo al progetto è segnato dalla chiusura della Sezione “*Centro*” della Casa di Riposo “*Mater Amabilis*” che costringono il Consorzio ad adottare soluzioni di ripiego – ancora oggi in atto – per tentare la salvaguardia del numero dei posti letto residenziali.

Capitolo Terzo

IL “SISTEMA” DEI SERVIZI

Il Comune di Cuneo affronta la tematica della terza età – contraddistinta da una pregnanza di carattere assistenziale e sanitario - sostanzialmente attraverso il Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese: ciò non significa l'allontanarsi da un diretto coinvolgimento e di ruoli attivi di indirizzo, di reperimento di strumenti e risorse.

Il “SISTEMA” generale di azione per la Terza Età del territorio cuneese è pertanto articolato secondo un modello tradizionalmente consolidato cui partecipano:

- COMUNE
- CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL CUNEESE
- AZIENDE SANITARIE LOCALI
- PRIVATO SOCIALE, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE

La sfida decisiva dei prossimi anni, dovrebbe incentrarsi prioritariamente sul coordinamento a raccordo e a interdipendenza tra i diversi componenti del sistema che, in taluni casi, ci paiono ancora eccessivamente frammentati, nonostante le varie iniziative promosse.

La ripartizione delle competenze all'interno del sistema può venire così schematizzata.

Le voci **SANITA'** hanno nel vocabolario della premessa una collocazione evidente che collegano quanto mai la terza età a bisogni di carattere curativo e terapeutico.

Le implicazioni sanitarie cui va incontro la persona anziana vengono poi risolte quasi essenzialmente come la totalità degli interventi curativi, inseriti nelle medesime modalità gestionali che sono valide per tutte le altre fasce di popolazione.

Nel sistema, forse, la sanità è quella che meglio applica quel concetto di “*interezza*” dell'individuo; ma lo fa in modo meccanico, deterministico. Il considerare la persona nella sua interezza e non in quanto appartenente a una o più categorie, va accompagnato comunque atteggiandosi rispetto al bisogno per cogliere quanto è insito nelle diversità.

Altrimenti si percorre la strada della “*massificazione*”, non già quella di intervento sulla persona che sa, nella valutazione dell'indissolubilità, cogliere le sfaccettature e le differenze di approccio e di intervento.

In questa area tendono a scomparire i termini “*lungodegenza*”, “*convalescenza*”, “*cronicità*”.

Vero che, per contro, affiorano terminologie nuove quali “*domiciliarità*”, “*integrazione*”, ecc; ma l’integrazione ha radici decisamente economiche (un posto letto in una struttura socio assistenziale residenziale, ancorché per non autosufficienti, costa ben meno che un posto letto d’ospedale, anche se minore) e attribuisce ad altri attori del sistema (il comparto socio-assistenziale, segnatamente) quello che, almeno fino a qualche tempo fa, non erano in grado di assolvere per mancanza di risorse, di professionalità, di immediatezza d’intervento.

Le varie convenzioni con cui la sanità compartecipa finanziariamente alla gestione di attività per anziani (o diversabili) ci possono essere suonate, almeno in passato, quali il liberarsi di un peso di responsabilità oltreché di un onere economico.

Nell’ultimo decennio, peraltro, pare si sia andato consolidando un nuovo rapporto di integrazione: proficuo, collaborativo, in grado di erogare un ottimo servizio; tuttavia oneroso per l’ente locale (anche per il nostro comune) costretto a navigare in uno spazio sempre più spogliato di strutture e servizi sanitari “dedicati”, a quantificare e ad ampliare gli interventi, a gestire standards quantitativi costosi: si veda ad esempio il recente caso dei *Livelli Economici Di Assistenza* che possono comportare incidenze economiche rilevanti sia per le famiglie, sia per gli enti pubblici, con riferimento particolare a quelli che operano in campo assistenziale.

Il **CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE** da sempre alla ricerca di un’integrazione qualitativa e non solamente finanziaria col comparto sanitario, agisce essenzialmente nella direzione della

- **TERRITORIALITA’**: insieme di azioni – talvolta integrati alla sanità – che presuppongono il mantenimento dell’anziano al proprio domicilio e delle abilità di autosufficienza.

E’ culturalmente, il modello più avanzato del sistema; tuttavia, si scontra con l’ineludibile criticità dettata dalle implicazioni tipiche dell’avanzamento dell’età e del sistema sociale generale radicato in famiglie “nucleari”. Intelligentemente il Consorzio ha mediato la “*Territorialità*” e la “*Residenzialità*” con proposte di “*Convivenza*”, “*Nucleo Appartamento*”, “*Centro Diurno*”, ecc.: situazioni intermedie che presuppongono l’autonomia assistita di piccoli gruppi, su un modello familiare ricostruito nei suoi rapporti psicologici, di auto mutuo aiuto, ecc.

- La **RESIDENZIALITA’**, espressa attraverso strutture variamente graduate e calibrate alle specifiche esigenze delle persone con modelli flessibili e funzionali ai bisogni individuali. Vari livelli di intensità sono dunque associabili a quest’area, con implicazione sanitarie che accrescono di rilevanza a mano a mano che l’intensità sale verso componenti di gravità.

Da anni, positivamente, le strutture gestite dal Consorzio – e così anche quelle private – si sono “aperte” al territorio offrendo servizi di supporto ad utenti che risiedono nel proprio domicilio (attività socializzanti, centri di incontro, prestazioni varie quali pasto, palestra, ecc).

Notiamo che la realtà cittadina è segnata dalla presenza di strutture a diretta gestione di Enti Locali (in questo caso del C.S.A.C. che è comunque uno strumento del Comune) oltreché di strutture private contrariamente ad altre realtà nazionali ove le strutture socio-assistenziali pubbliche rappresentano un elemento più marginale.

L' **ENTE LOCALE** si inserisce all'interno del sistema con interventi rivolti principalmente al versante socio – relazionale con attività mirate al *ben - essere* diffuso, alla prevenzione psico-fisica e all'allontanamento dell'esclusione, coordinate e di supporto agli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Insieme alle attività e ai servizi che eroga (Centri Incontro, Soggiorni, motricità, iniziative di sostegno e di valorizzazione, ecc.), il nostro Comune ha sempre rivestito un sostanziale (e, dunque, non solamente formale) ruolo di affiancamento programmatico e di concorso per assicurare le risorse della gestione socio-assistenziale.

Realizza poi una serie di interventi rivolti alla generalità della popolazione in cui possono riscontrarsi valori ampiamente diffusi nei confronti della persona anziana, quali, ad esempio, i benefici per il sostegno dei canoni di locazione e tutta la tematica abitativa in genere (edilizia residenziale pubblica, superamento barriere architettoniche in edifici privati).

Esiste altresì un **PRIVATO SOCIALE** estremamente attivo che sta accompagnando con proprie strutture soprattutto le risposte al bisogno di carattere residenziale e di aiuto alla famiglia.

La Tabella n.5 confronta alcuni termini/indicatori numerici sui principali servizi pubblici e privati in riferimento entità della popolazione anziana.

Tabella 5 — PRINCIPALI SERVIZI PER ANZIANI — INCIDENZA

| DESCRIZIONI | N° | INCIDENZA PERCENTUALE SU OVER 65 |
|--|--------------|---|
| <u>Posti letto per autosufficienti</u> | | |
| esistenti | 100 | 0,82 |
| TOTALE | 100 | 0,82 |
| <u>Posti letto per non autosufficienti</u> | | |
| esistenti | 327 | 2,69 |
| in programma | 50 | 0,41 |
| TOTALE | 377 | 3,10 |
| <u>Posti letto in comunità residenziali</u> | | |
| esistenti | 8 | 0,07 |
| TOTALE | 8 | 0,07 |
| <u>Centri Diurni</u> | | |
| esistenti | 5 | 0,04 |
| in programma | 5 | 0,04 |
| TOTALE | 10 | 0,08 |
| <u>Utt. assistenza domiciliare over65</u> | 101 | 0,83 |
| <u>Iscritti Centri incontro</u> | 1.796 | 14,76 |

La tabella appena scorsa, è costruita intorno alle quantità esistenti che saranno dettagliate quale nella Tabella n.7 del paragrafo successivo; il livello intermedio di “*Parzialmente autosufficienti*” è aggregato alla voce “*Non Autosufficienti*”.

Rispetto alla ricerca condotta dalla allora U.S.S.L. 58 ai fini degli anni '80, non disponiamo di un sistema di indicatori e di standards quali—quantitativi dati da un Piano Socio Sanitario regionale; ci resta pertanto difficile valutarne l'efficacia.

E' però possibile incrociare nella Tabella n. 6 alcuni dati e, più precisamente:

- Il numero dei posti letto “*plausibili*” rispetto agli standard dimensionali dati dalla L.R.59/'85 e della C.R. 16.02.1989:
 - autosufficienti (4,8 ogni 1000)
 - residenze protette per non autosufficienti (1,2 ogni 100 ultra 60enni)
 conteggiati in base alla realtà demografica di fine 2002

Per “*plausibili*” si intendono i posti letto che il *Piano Socio Sanitario* approvato dalla Giunta Regionale nel 1985 proponeva al nostro territorio, applicati alla popolazione anziana del 2002; si noti che la circolare regionale del 16 febbraio 1989 considerava, con inversione di tendenza, i posti letto in “*residenze protette*” (ergo, per non autosufficienti) in relazione non al totale della popolazione ma al numero degli ultrasessantenni: nella tabella 6 assumiamo comunque per comodità – senza dimenticare le implicazioni – il dato riferito agli ultrasessantacinquenni; non vi sono altri riferimenti legislativi rispetto cui valutare l'impatto dei servizi esistenti: la normativa regionale, per l'intera decade dei novanta e sino ad oggi, non ha più formalizzato dei rapporti di riferimento (posti letto/abitanti) limitandosi a enunciare caratteristiche, modalità di funzionamento e standards dimensionali (apporto delle figure professionali, dimensione degli spazi, aree di intervento, ecc.).

- raffronto con la situazione conclusiva programmata nello studio del 1989
- raffronto con la situazione attuale
- raffronto con la situazione programmata nel medio- lungo periodo.

Tabella 6 – SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI - RAFFRONTI

| POSTI LETTO PER: | Plausibili | Programma 1989 | Situazione attuale | Situazione programmata |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Autosufficienti | 262 | 242 | 108 | 108 |
| Non Autosufficienti | 150 | 228 | 327 | 377 |
| Totali | 412 | 470 | 435 | 485 |

Non cambiano forse, nella programmazione attuale, i termini generali rispetto alle esigenze già riscontrate nel 1989. Occorre tuttavia tenere presenti, insieme al fatto che nella attuale situazione si conteggiano i posti letto (70) della *Piccola Casa della Divina Provvidenza - Cottolengo* che non risultano del tutto fruibili stante l'attuale fase ristrutturativi, almeno due elementi.

In primo luogo il lavoro Consortile sull'intero territorio contraddistinto dalla disponibilità di altre due strutture a conduzione pubblica:

- | | |
|--|--|
| - Residenza " <i>Padre Fantino</i> ", BORGO SAN DALMAZZO | 60 posti letto |
| - Residenza " <i>A. e G. Giubergia</i> ", MARGARITA | 18 posti letto (altri 18 in programma) |

oltreché da varie strutture private preesistenti cui vengono talvolta destinati anziani cuneesi in situazione non certo ottimale per le famiglie dal punto di vista "geografico". L'insostenibilità geografica peggiora se si considera che taluni anziani della Città sono stati nel tempo costretti a soluzioni di ripiego più o meno temporanee in residenze collocate al di fuori del territorio consortile.

Non si possiedono dati probanti al riguardo: certo è che la situazione allargata sopra esposta può aver contratto le "*liste di attesa*" di coloro che si rivolgono al Servizio Socio Assistenziale consortile.

In termini assoluti propenderemo, però, per assicurare gli interventi sul territorio di origine, almeno per preservare la vicinanza con i nuclei famigliari di appartenenza e per salvaguardare la giusta identità culturale.

In secondo luogo la situazione oggi programmata si avvicina all'esigenza riscontrata nel 1989 esclusivamente in termini generali: all'interno, però, si osserva una radicale diversificazione del rapporto tra i servizi residenziali per gli autosufficienti e quelli per i non autosufficienti.

Tutto ciò in sintonia con l'allarme circa la crescita dei fattori di cronicità in qualche misura lanciato nello studio dell'U.S.S.L. del 1989.

La contrazione dei posti in regime prevalentemente alberghiero può poi obbedire alla logica dell'inevitabile sviluppo dei servizi per la domiciliarità (ivi compresi quelli a sostegno della famiglia che ospita l'anziano) e all'affiorare di alcune strutture "leggere".

Vogliamo tuttavia annotare ancora almeno due elementi.

- Il "Privato Sociale" offre sul territorio un sostegno di posti convenzionati di pochissimo superiore all'uno per cento della popolazione; tale offerta è ben più limitata rispetto all'offerta, percentualmente doppia, di posti letto convenzionati in strutture private sui territori di altri Comuni o ambiti territoriali vicini.
- Pur potenzialmente favorevoli al mantenimento "geografico" dell'anziano nella originaria dimensione territoriale, non possiamo disconoscere l'apporto delle strutture del territorio allargato oggi di pertinenza del Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese.

Su quest'ultimo aspetto diamo un quadro complessivo dell'esistente a livello consortile nella tabella 6 bis: attenzione però a considerarne nella lettura il bacino di utenza decisamente più ampio ed un quadro di bisogni verosimilmente differente rispetto a quello che abbiamo finora tracciato. Non tutte le strutture private elencate sono convenzionate; può essere interessante la colonna in cui si indicano dati allo scorso ottobre circa le persone non autosufficienti che hanno richiesto l'inserimento.

Tabella 6 bis – SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI SU TUTTO IL TERRITORIO CONSORTILE

| STRUTTURA | LOCALITA' | POSTI LETTO | NON AUTOSUFFICIENTI IN ATTESA DI INSERIMENTO |
|---------------------------|------------------|--------------------|---|
| Casa Nostra | BEINETTE | 47 | 11 |
| San Camillo | CENTALLO | 55 | 5 |
| Sant'Antonio | CUNEO | 60 | 0 |
| Mater Amabilis Angeli | CUNEO | 30 | 0 |
| Mater Amabilis Bisalta | CUNEO | 25 | 6 |
| Casa Famiglia | CUNEO | 83 | 73 |
| San Giuseppe | CUNEO | 23 | 1 |
| Cuore Immacolato di Maria | CUNEO | 85 | 59 |
| F.lli Giubergia | MARGARITA | 18 | 0 |
| Casa di Riposo | MOROZZO | 50 | 4 |
| Padre Fantino | BORGO S.D. | 60 | 0 |
| Casa Speranza | BOVES | 50 | 24 |
| Soggiorno Aurora | BOVES | 37 | 0 |
| Mons.Calandri | BOVES | 90 | 20 |
| Ospedale Ricovero | CHIUSA P. | 95 | 8 |
| San Michele | ENTRACQUE | 30 | 2 |
| Santo Spirito | LIMONE P. | 44 | 13 |
| Don G.Peirone | PEVERAGNO | 41 | 0 |
| Le Rose | PEVERAGNO | 47 | 0 |
| Villa Fiorita | PEVERAGNO | 120 | 6 |
| Villa S.Giuseppe Moscati | PEVERAGNO | 40 | 18 |
| Sacro Cuore | ROBILANTE | 47 | 6 |
| Casa Cav. Toselli | ROCCVIONE | 42 | 3 |
| Imberti e Grandis | VALDIERI | 48 | 4 |
| Sacro Cuore | VERNANTE | 42 | 5 |
| Simondi | VINADIO | 60 | 2 |
| TOTALI | | 1.369 | 270 |

Capitolo Quarto

UN “SISTEMA” DA MANTENERE O DA CAMBIARE ?

In termini assoluti, un “Sistema” simile all’attuale è accettabile e condivisibile anche per un periodo futuro, a patto che i vari attori continuino ad evolvere le loro attenzioni in sintonia alla evoluzione dei bisogni.

È un “Sistema” che peraltro può altresì abbracciare – come, di fatto, oggi abbraccia - la globalità degli interventi socio assistenziali: trova fondamento nelle vigenti leggi di settore (segnatamente la legge regionale 27 novembre 1996, 62 “*Norme per l’Esercizio delle Funzioni Socio-Assistenziali*”, la legge nazionale 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge Quadro per la Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali*” e la legge regionale 8 gennaio 2004, n.1 “*Norme per la Realizzazione del Sistema Regionale Integrato di Interventi e Servizi Sociali nella Legislazione di Riferimento*”) e obbedisce ad una scelta politica precisa con cui si intendono, essenzialmente e sostanzialmente, valorizzare:

- sinergie ed integrazioni tra più enti
- comunione di risorse con possibili economie di scala
- equilibrio degli interventi e coerenza di prestazioni su un territorio con omogenee caratteristiche
- centralizzazione di procedure di *staff*, più dispendiose se svolte separatamente in singole realtà comunali

Un “Sistema” per la terza età potrà continuare dunque prefigurando i tre attori principali, cui appartengono non necessariamente i ruoli di “*gestore*” di attività ma, sicuramente, almeno quello di programmatore, di regista del “Sistema” e di reperimento/gestione di risorse economiche:

- AZIENDE SANITARIE → *prevenzione, cura e riabilitazione,*

che erogano, tramite le Aziende Sanitarie Ospedaliere e dalle Aziende Sanitarie Locali, i servizi di assistenza sanitaria presso le strutture poliambulatoriali e distrettuali o presso gli ospedali. Per quanto riguarda l' assistenza sanitaria alle persone anziane, in particolari

condizioni, oltre alle visite specialistiche, agli esami diagnostici, ai ricoveri presso i reparti specializzati, le Aziende Sanitarie, in integrazione con gli Enti gestori dei Servizi Socio assistenziali, assicurano: le Cure Domiciliari (Servizio Infermieristico, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata) e l' inserimento in presidi per soggetti non autosufficienti, previa valutazione dell'equipe di Unità Valutativa Geriatrica.

- CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE → *disagio economico e relazionale, attività territoriali (domiciliari) e residenziali (in struttura)*

Che svolge i servizi di assistenza sociale sul territorio a livello consortile tra Comuni associati, articolando interventi diversi a seconda delle problematiche che deve affrontare ed ai bisogni; i servizi si rivolgono a tutti i cittadini che risiedono sul territorio consortile. Tramite l'Assistente Sociale operante nel servizio territoriale di residenza è possibile ottenere informazioni sulle prestazioni e sulle risorse esistenti ed avere un supporto sia a livello individuale che di nucleo familiare in situazione di difficoltà.

- COMUNI ASSOCIATI → *attività educative, del tempo libero di promozione e valorizzazione*

Che non gestiscono le attività socio assistenziali e quelle socio sanitarie, ma concorrono alla relativa programmazione e realizzazione, ricercando l'equilibrio territoriale delle risorse. Possono svolgere direttamente servizi di supporto sui versanti socio relazionali, integrandoli con le attività sovracomunali.

E' evidente, tra gli attori, la opportunità di un GRUPPO DI COORDINAMENTO TECNICO/POLITICO, composto dai vertici amministrativi e dalle professionalità tecniche responsabili delle aree e dei servizi per gli anziani, che si armonizzi con le funzioni di indirizzo e di verifica dei risultati svolte dalla Conferenza dei Sindaci.

Parimenti ci pare importante il ruolo di una COMMISSIONE COMUNALE PER LA TERZA ETA' – ormai consolidato - per esprimere la partecipazione allargata alla tematica e una progettualità di raccordo - con valore più marcato per le attività di pertinenza del Comune essendone, tra il resto, emanazione – con la realtà territoriale.

Sulla dicotomia “*struttura residenziale*” e “*domiciliarità*” – tanto comoda e usata nei passi successivi per meglio localizzare gli interventi – gli “Attori” del sistema dovranno sviluppare nuove forme di flessibilità, di coordinamento, di innovazione e di proposizione.

Su una sintetica disamina della situazione esistente, vedremo alcuni indirizzi possibili; **lo sviluppo proponibile** (come *la situazione attualmente riscontrabile*) sono identificati a carattere di stampa differenti.

A - SERVIZI DOMICILIARI

Situazione esistente: il servizio socio-assistenziale consortile assicura ad oggi i propri servizi di assistenza domiciliare a 101 anziani della Città di Cuneo, di cui 36 in età compresa tra i 65 ed i 75 anni, 42 tra i 75 e gli 85 e 23 oltre gli 85 anni di età.

Tra questi vi compaiono almeno 20 persone, riconosciute dall'A.S.L., non – autosufficienti e parzialmente autosufficienti.

Nel primo semestre del 2004 sono stati riconosciuti, non necessariamente a persone seguite dal servizio anche presso la loro abitazione, 7 interventi economici quali “assegni di cura” e 26 quali “buoni famiglia”; un’entità simile è in attesa di intervento e sussistono enormi potenzialità di sviluppo futuro dell’azione .

ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE PROGRAMMATA

E' una forma di assistenza grazie alla quale il Medico di base si reca presso il domicilio del paziente che, per particolari condizioni, è impossibilitato a recarsi nello studio del medico. Tali accessi - settimanali, quindicinali o mensili - vengono concordati tra il medico di famiglia ed un responsabile dei Servizi Territoriali dell'ASL.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Questo servizio ha lo scopo di favorire il mantenimento al proprio domicilio degli utenti che hanno perduto in parte o completamente le condizioni di auto sufficienza evitando il ricovero in strutture residenziali. Fornisce interventi di supporto per il mantenimento dell'igiene personale e dell'abitazione, di preparazione dei pasti, di accompagnamento nel disbrigo delle piccole pratiche quotidiane e di stimolo per la socializzazione. Per le informazioni rivolgersi all'Assistente Sociale competente per territorio.

Si connette sicuramente al servizio di “*Distribuzione Pasti al Domicilio*” (si veda quanto dedicato al medesimo più avanti in questo paragrafo – tabella 9 e diagramma 10) e può essere sviluppato attraverso altri interventi coordinati, quali, ad esempio: **distribuzione dei farmaci al domicilio (non soltanto di coloro che, abitualmente, utilizzano l'assistenza domiciliare) e gruppi di aiuto e relazione.**

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

È un servizio che assicura terapie particolarmente impegnative, ma che possono essere eseguite al domicilio del paziente. L'ADI può essere attivato in caso di malattie terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute.

Il Medico dell'Assistenza Sanitaria Territoriale (AST) della sede distrettuale competente valuta la proposta di attivazione del servizio richiesto e concorda con il medico di base il programma terapeutico. Il Servizio ADI prevede la collaborazione con : l'ospedale per le dimissioni protette di casi complessi, il Medico di Medicina Generale (MMG) per visite programmate con cadenza adeguata al monitoraggio della situazione clinica, la Guardia Medica per concordare interventi per garantire la continuità assistenziale,

visite specialistiche domiciliari su richiesta del medico di famiglia, attività infermieristiche, attivazione del servizio di fisiatria per interventi riabilitativi, il Servizio Socia Assistenziale.

SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE E AMBULATORIALE

E' rivolto a tutti i cittadini residenti nei Comuni dell'ASL 15, che necessitano di cure infermieristiche. Si accede al servizio con richiesta del Medico di base, indicante l'impossibilità del paziente a recarsi nell'ambulatorio; tale servizio si prende cura della persona nella sua globalità individuando i comportamenti più salutarì nelle diverse situazioni. Gli interventi effettuati contemplano: somministrazioni di medicinali per via intramuscolare o endovenosa (iniezioni), misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca...), prelievi di sangue, medicazioni e bendaggi, apposizione di catetere, gestione degli accessi vascolari impiantati, prevenzione e cura delle lesioni da decubito, insegnamento al corretto utilizzo degli ausili per l'incontinenza.

SOSTEGNO ECONOMICO - ASSEGNO DI CURA

Sono forme di aiuti economici concessi, con varie modalità, ai nuclei famigliari o ai singoli con un basso reddito economico e sulla base della gravità della patologia. Lo scopo, comunque, è quello di consentire la gestione del paziente presso il proprio domicilio, ritardandone l'inserimento in struttura. Nella situazione attuale, il Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese attua l'intervento dall'anno 2004, accompagnandolo e integrandolo con il "Buono Famiglia" che obbedisce, sostanzialmente, a analoghi principi. **E' inevitabile doverne pensare ad una continuità quanto non addirittura, ad un loro potenziamento.**

TELESOCCORSO

Questo servizio garantisce un pronto soccorso in caso di emergenza presso l'abitazione del soggetto che ha richiesto l'intervento, nonché una serie di **contatti periodici, via telefono, di controllo delle condizioni dell'anziano o semplicemente di compagnia.** E' destinato alle persone sole con particolari problemi di salute. Si può ottenere rivolgendosi all'Assistente Sociale competente per territorio.

UNITÀ VALUTATIVA GERIATRICA

E' un'equipe multiprofessionale — composta da medici, assistenti sociali, infermieri - che valuta l'anziano per individuare le risposte sanitarie ed assistenziali più adatte alla persona ed alla sua famiglia. Si tratta di servizi finalizzati alla permanenza dell'anziano presso il proprio domicilio (se le condizioni del paziente lo consentono e se il nucleo familiare e le condizioni abitative lo rendono possibile) oppure di eventuale proposta di inserimento in presidi residenziali o semiresidenziali. In alcuni casi l'U.V.G. può proporre ricoveri temporanei in presidi residenziali per periodi limitati. L'Unità Valutativa Geriatria è presente in tutte le ASL; per conoscerne i recapiti e le modalità di accesso, ci si può rivolgere all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, istituito presso ogni A.S.L. della Regione, o direttamente ai Distretti Sanitari.

B - SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

CENTRO DIURNO

E' un presidio di tipo semiresidenziale che può ospitare sia soggetti parzialmente non autosufficienti che soggetti portatori di un grado di non autosufficienza più grave. In entrambi i casi propone un intervento alternativo al ricovero in struttura ed un supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell'anziano.

Il servizio viene erogato durante le ore diurne dei giorni lavorativi tramite l'attività di operatori qualificati appartenenti sia al profilo professionale sanitario che socio-assistenziale. Alla luce dell'aumento dell'incidenza degli anziani e, tra questi, della malattia di Alzheimer, le A.S.L. stanno attivando un particolare centro diurno che e' il:

CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Situazione esistente: Centro Diurno Alzheimer (CSAC, ASL 15, ASO): 5 posti.

Situazione programmata: trasferimento(al Cottolengo) e potenziamento a 10 posti del Centro di cui sopra

Presidio semi-residenziale in grado di offrire in regime diurno le stesse prestazioni assistenziali, sanitarie, riabilitative e animative erogate dalle R.S.A in regime residenziale. E' destinata a soggetti con diagnosi di demenza o morbo di Alzheimer con compromissione parziale dell'autosufficienza, inseriti in famiglie non in grado di assolvere in forma continuativa al carico assistenziale.

Gli obiettivi principali, integrati e coordinati tramite il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) sono:

- attivazione/riabilitazione dell'area cognitiva, del comportamento e delle abilità funzionali;
- attenuazione/regressione dei disturbi comportamentali;
- assistenza alla persona;
- controllo e sorveglianza;
- sollievo alle famiglie.

Le figure professionali, tutelari o infermieristiche, presenti nei Centri sono formate per gestire pazienti con demenze e possono essere integrate eventualmente da psicologi, neurologi, geriatri, assistenti sociali.

Nelle linee di sviluppo tracciate dal Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese figura la realizzazione di una unità di Centro Diurno per Alzheimer (10 posti) da localizzarsi nell'ambito di una Residenza Sanitaria e Assistenziale associata a una Residenza Assistenziale Flessibile.

Possiamo collocare in quest'area le varie **strutture di sollievo** – se ne riscontri l'efficacia in riferimento alla attuale funzionalità dell' *Hospice* realizzato nel vicino territorio di Busca (utile anche a cittadini cuneesi) che, associate o meno ad altri interventi, potranno concorrere a fornire risposte ai bisogni.

C - SERVIZI RESIDENZIALI

Nella corrente accezione regionale, il servizio è espresso tramite i “presidi residenziali” socio-assistenziali che si configurano quali strutture attrezzate per accogliere persone in stato di bisogno o abbandono: minori sprovvisti di tutela, disabili, anziani autosufficienti e non, adulti in situazioni contingenti di difficoltà o sprovvisti dei mezzi di sussistenza. Ad una così ampia gamma di problematiche corrisponde un'offerta di servizi che si differenzia per vari aspetti: dimensione delle strutture, diversa organizzazione del personale impiegato, durata e finalità del soggiorno, ecc..

Nella nostra Regione tali strutture sono soggette ad autorizzazione al funzionamento rilasciata sulla base di vari atti normativi prima fra tutte la D.G.R. n. 38-1635 del 29 giugno 1992 contenente standard gestionali e strutturali.

Tabella 7 - POSTI LETTO RESIDENZIALI PER ANZIANI IN CITTÀ

| Denominazione (* gestione pubblica (**) in ristrutturazione | NON AUTOSUFFICIENTI | | | | | | | | | AUTOSUFFICIENTI | | | | |
|---|---------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------|------------|------------|----------|------------|
| | Attuale | | | Sviluppo | | | Totale | | | Attuale | Sviluppo | Totale | | |
| | RAF/RA | RSA | INDEFINITO | TOTALE | RAF/RA | RSA | TOTALE | RAF/RA | RSA | INDEFINITO | TOTALE | | | |
| Casa D.P. Cottolengo (**) | | | 70 | 70 | | | | | | 70 | 70 | | | |
| Casa S.Giuseppe | | | | | | | | | | | | 22 | | 22 |
| Casa Famiglia | 37 | 45 | | 82 | | | | 37 | 45 | | 82 | 53 | | 53 |
| Sogg. Cuore Immacolato | 20 | 40 | | 60 | | | | 20 | 40 | | 60 | 25 | | 25 |
| Mater Amabilis Angeli (*) | 30 | | | 30 | | | | 30 | | | 30 | | | |
| Mater Amabilis Bisalta (*) | 25 | | | 25 | | | | 25 | | | 25 | | | |
| Sant'Antonio (*) | | 60 | | 60 | | | | | 60 | | 60 | | | |
| Casa Famiglia Confreria (*) | | | | | | | | | | | | 8 | | 8 |
| Mater Amabilis Centro (*) c/o Cottolengo | | | | | 40 | 10 | 50 | 40 | 10 | | 50 | | | |
| TOTALI | 112 | 145 | 70 | 327 | 40 | 10 | 50 | 152 | 155 | 70 | 377 | 108 | 0 | 108 |

Senza voler ripetere quanto enunciato in precedenza, crediamo che una traccia di sviluppo sul nostro territorio possa essere percorsa sia mediante il convenzionamento di strutture private (almeno a restringere l'handicap percentuale a cui si è fatto cenno a pag.16), esplorando varie forme possibili e flessibili di intervento (accreditamenti, sistema di *vaucher*, ecc.) oltreché ricorrendo a nuove risorse pubbliche.

RESIDENZA ASSISTENZIALE (R.A.)

Presidio residenziale destinato ad adulti e anziani in condizioni psico-fisiche di totale o parziale autosufficienza, in grado pertanto di compiere le elementari attività di vita quotidiana in maniera autonoma o con aiuto. Eroga prestazioni di tipo alberghiero (cucina e servizio pasti, lavanderia, stireria, pulizie della camera) e servizi specifici di carattere assistenziale (assistenza diretta alla persona, controllo e sorveglianza). L'assistenza sanitaria viene garantita tramite il distretto socio-sanitario di base .

RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE (R.A.F.)

Presidio residenziale, destinato a soggetti non autosufficienti, che offrono prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere ed un sufficiente livello di assistenza sanitaria con figure professionali quali: il Medico di Medicina Generale che assicura l'assistenza medica, l'infermiere professionale, l'assistente domiciliare e dei servizi tutelari per l'assistenza alla persona; può contare sull'apporto di fisioterapista, terapeuta occupazionale, l'animatore e di altre figure professionali sanitarie (fisiatra, geriatra, psicologo, ecc.) messe a disposizione dalla A.S.L.

Il Consorzio Socio Assistenziale prevede lo sviluppo della dotazione di posti letto (possibili 40 nuovi posti) nell'ambito di una struttura che ospiterà anche altri nuclei residenziali e un Centro Diurno destinato ai casi di Alzheimer.

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Presidio residenziale a prevalente valenza sanitaria, destinato ad ospitare definitivamente o temporaneamente (ricoveri di sollievo) soggetti che per la loro gravità e dipendenza non possono essere gestiti in altre strutture richiedendo quindi un livello medio di assistenza sanitaria ed un livello alto di assistenza tutelare. Si avvale delle figure professionali di: responsabile sanitario della struttura con compiti di coordinamento di tutte le attività sanitarie che vi si svolgono, medico di Medicina Generale che assicura l'assistenza medica, l'infermiere professionale, l'assistente domiciliare e dei servizi tutelari per l'assistenza alla persona; possono essere presenti il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, l'animatore e altre figure professionali sanitarie (fisiatra, geriatra, psicologo ecc.) poste a disposizione della ASL.

NUCLEO RESIDENZIALE ALZHEIMER

E' un reparto collocato all'interno di una R.S.A. o di una R.A.F. destinato all'assistenza di soggetti con diagnosi di demenza o morbo di Alzheimer, provenienti dal domicilio o da altra struttura residenziale, che presentano disturbi comportamentali, cognitivi e altre problematiche sanitarie che richiedono particolari trattamenti riabilitativi e terapeutici, non solo farmacologici.

Obiettivi principali sono riconducibili a quanto indicato alla lettera B-Servizi Semiresidenziali, alla voce "Centro Diurno Alzheimer".

Un nucleo residenziale di tale genere (10 posti letto) figura nelle linee di sviluppo tracciate dal Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese quale Residenza Sanitaria e Assistenziale da localizzarsi nell'ambito di una Residenza Assistenziale Flessibile.

Non è possibile tuttavia affrontare la tematica soltanto in riferimento alla "dicotomia" accennata o alle sue gradualità o ai punti di contatto esistenti tra i termini; è necessario arricchire l'aspetto di intervento sulle situazioni conclamate lungo almeno due direzioni principali: la prevenzione e la promozione.

L'aspetto della prevenzione è quello che certamente si colloca in una dimensione sanitaria; abbraccia tuttavia anche le sfere del sociale, del rischio, della possibile emarginazione con una componente socioassistenziale importante; rammentiamo poi che, difficilmente e ancora più raramente in soggetti contrassegnati da *debolezza*, le implicazioni socio-economiche e relazionali assai spesso si accompagnano a stati di malessere fisico e viceversa.

Ecco giocare il ruolo importante di alcuni interventi di sostegno economico che in qualche misura concorrono ad arginare emergenze più consistenti; sono, perlopiù, interventi contributivi normalmente diretti alla generalità della popolazione, in parte direttamente erogati dagli enti gestori, in parte discendenti da normative statali o regionali:

- Assistenza Economica continuativa (vi comprendiamo anche i casi in cui l'ente accolla a proprio carico il mantenimento della persona in struttura) o temporanea,
- Contributo a sostegno della locazione,
- Esenzioni dal ticket sanitario.

E' brutto constatare come tali forme di intervento vengano a rendersi talvolta indispensabili di fronte a situazioni previdenziali e pensionistiche insufficienti e carenti.

Da tale ultima constatazione, sarebbe forse opportuno prendere le mosse in vista di una politica più attenta al sistema pensionistico generale, risolvendo "a monte" una buona parte di problematiche che poi, mentre salvaguardano economicamente il sistema previdenziale, conducono a costi sociali più alti in altri comparti.

Se proprio è necessario intervenire a integrazione di un sistema non coerente, si potrebbero localizzare alcune aree che attengano al bisogno abitativo che riteniamo secondario soltanto al bisogno sanitario.

Su tale versante il Comune ha spesso posto la sua attenzione: a partire dalla riserva con una graduatoria riservata ad anziani e invalidi per la assegnazione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (anno 1979), fino a una maggior consistenza dei contributi per la locazione, in quest'ultimo caso avvalendosi però esclusivamente di finanziamenti statali.

L'efficacia dell'iniziativa che consente un maggior intervento contributivo sugli anziani è presto dimostrata dagli 83 beneficiari ultrasessantacinquenni sui 263 totali assegnatari di contributo al primo anno di effettuazione dell'intervento (pari a oltre il 31,5 per cento).

Potrebbero aprirsi almeno due vie; intanto l'eventuale riproposizione di una "riserva" di unità abitative per la terza età.

In questo caso si ritiene necessario esplorare situazioni in cui la riserva possa esprimersi senza isolare un gruppo di anziani in un'area, ma collocandoli ove siano più facili ed immediate le opportunità di *mutuoaiuto* e di *buonvicinato*.

Ben più efficace, poi, collocare la terza età nell'ambito di una azione generale e complessiva di riguardo all'abitazione.

Qui si inseriscono varie tematiche di ampio raggio, alcune già presenti e percorse dalla Civica Amministrazione, quali: azioni nell'ambito del progetto "Contratti di Quartiere II" (progetto della primavera 2004 denominato "*Triangolo Acuto*" destinato al Centro Storico sia ai fini abitativi sia al fine di altri interventi), proposizione di forme cooperativistiche destinate anche agli anziani attraverso l'intervento possibile della Banca Etica, azioni – prevalentemente economiche contributive – legate a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di immobili in locazione.

Sono, quelli elencati, interventi che concorrono complessivamente alla prevenzione, come per certi versi alla stessa possono concorrere le attività di promozione della persona e della cultura dell'anziano.

Il Comune di Cuneo, che nel "Sistema" affronta più direttamente e operativamente la tematica socio – relazionale e, dunque, della "*promozione*", realizza alcune attività mirate al *ben - essere* diffuso, alla prevenzione psico-fisica e all'allontanamento dell'esclusione, situate in un modo coordinato e/o di supporto agli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari. Il complesso delle proposte vanno quindi nella dimensione e nella direzione della *domiciliarità* e in quanto tali, avremmo potuto anche inserirle nel contesto della trattazione in precedenza dedicata alla domiciliarità stessa.

L'attività per gli anziani fa leva e riferimento agli otto **Centri d'Incontro** (in rete con 5 equivalenti espressioni del volontariato sostenute dal Comune) che rivestono una funzione socializzante di indiscutibile valore, propongono iniziative, contribuiscono a diffondere tra gli anziani – cui è richiesta una piccola partecipazione all'atto dell'iscrizione - le attività, i servizi, ecc. organizzati dal Comune e dall'Associazione.

Sul nostro territorio, la presenza di tali servizi è visualizzata, con riferimento dati quantitativi di raffronto con gli anni precedenti (il calo registrato a fine 1996 è giustificabile soltanto dalla applicazione, per la prima volta, di una quota di iscrizione e non già da altri elementi), come nella tabella 8.

| Tabella 8 - CENTRI D'INCONTRO COMUNALI | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1996 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Via Fr.Ili Vaschetto | 410 | 337 | 323 | 249 | 299 |
| P.zza 2° Rgt. Alpini | 446 | 219 | 210 | 150 | 115 |
| Via Cittadella 13/A - S.Pio | 96 | 41 | 55 | 55 | 45 |
| Via Crissolo - Mad. Olmo | 309 | 277 | 284 | 277 | 271 |
| Via Demonte - S. Rocco C. | 182 | 124 | 109 | 99 | 100 |
| Via Lesegno - B.go S. Giuseppe | 159 | 138 | 135 | 128 | 121 |
| P.le Santuario Angeli | 196 | 151 | 156 | 150 | 109 |
| Confreteria | 177 | 102 | 104 | 95 | 101 |
| TOTALE ISCRITTI al 31 dicembre 2003 | 1.975 | 1.389 | 1.376 | 1.203 | 1.161 |

In riferimento alla distribuzione territoriale degli ultrasessantacinquenni Tabella n.2), il Centro di incontro pubblico o privato costituisce una realtà discretamente ben distribuita – fa eccezione la parte centrale della Città - e ben accetta nella popolazione idealmente residente nei loro dintorni; la loro incidenza sui residenti nelle diverse zone è così proporzionata (in parentesi: incidenza dei soli Centri comunali):

| | | | | |
|-----------------|----------|-------|---------|---|
| Centro Storico: | serve il | 37,67 | (31,37) | per cento dei residenti over65 della zona |
| Cuneo Centro : | | 6,15 | (2,82) | |
| Altopiano Sud: | | 15,17 | (5,99) | |
| Oltre Gesso : | | 16,32 | (8,19) | |
| Oltre Stura : | | 20,41 | (20,41) | |
| TOTALE : | | 14,93 | (9,66) | |

Proprio l'area dei Centri d'Incontro può divenire decisiva nell'approntamento di nuove proposte a sostegno della promozione della persona anziana.

Si continua a sostenere che il loro ruolo vada giocato interamente sul “normale disagio” attivando una rete di attori, animatori, consulenti che si indirizzano all'intera fascia di popolazione, non già a gruppi di rischio o a soggetti singoli.

L'attività viene “proposta” e non “imposta” all'anziano, avendo cura di diversificare le offerte di attività che riconferiscono o mantengono inalterato il “senso del contare” (ginnastica dolce, fare musica e teatro in modo attivo, incontro con i giovani e i bambini, riscoperta dell'antico nei giochi, nella memoria, ecc., ecc.) e di incrementare la portata di quei servizi generali che danno sicurezza.

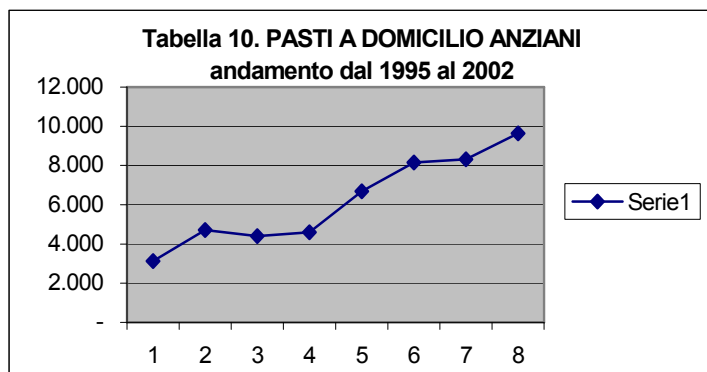
Mentre sul primo aspetto, più a carattere “culturale”, sarà necessario confrontarsi di giorno in giorno con desideri, aspirazioni oltreché coi bisogni, nel secondo bene si farà ampliando la portata di quella particolare forma di convenzione con cui il Comune, con l'ASL e la Croce Rossa, assicurano attività di carattere infermieristico nei Centri, ricorrendo al volontariato di

anziani (qualificati) stessi nel progetto comunale più generale “Ancora Protagonisti della Nostra Città”.

L'andamento degli altri servizi dedicati alla terza età registra, con raffronto all'anno precedente, la dimensione quantitativa della Tabella n.9:

| Tabella 9. INTERVENTI per la TERZA ETA' | | Descrizioni | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|--|--|
| PASTI A DOMICILIO | distribuiti | | 8.318 | 9.641 | 5.671 (*) |
| | media giorno | | 22,7 | 26,4 | 23,33 (*) |
| SOGGIORNI INVERNALI MARINI | | | Bordighera | Bordighera | Bordighera, Ospedaletti, Andora, M.Pietrasanta |
| SOGGIORNO AUTUNNALE | partecipanti | | 170 | 131 | 132 |
| | | Montecatini Terme | Montecatini Terme | Sirmione | |
| | partecipanti | | 50 | 49 | 24 |
| E...STATE IN CITTA' | serate | | 9 | 9 | 10 |
| | escursioni giorn. | | 3 | 5 | 4 |
| | altre attività | | 2 | 2 (Giochi 3 ^a Gioventù, Ginnastica dolce) | 3 |
| ATTIVITA' MOTORIE | partecipanti | | 126 | 111 | 139 |

(*) dato al 31 agosto 2003.



Si è assistito, negli anni, alla autentica “esplosione” della domanda di pasti a domicilio; qui occorre rifarsi non tanto al dato incolonnato nella casella 2001 della Tab.9 (8.318 pasti), quanto a dati precedenti che segnano, come dal diagramma 10, l’andamento del servizio (picco intermedio della curva assestato sul 1997 a contraddistinguere la erogazione di 4.400 pasti (media: 12,05 al giorno).

Anche questo fatto ha suggerito il conferimento del servizio al C.S.A.C. – avvenuto dal 1° settembre 2003 – al fine di un più efficace e, soprattutto, immediato collegamento con i Servizi di Assistenza Domiciliare.

Decresce l’interesse per le forme di soggiorno in località marina e termale, nonostante l’ampliamento del “ventaglio” delle offerte proposte negli ultimi anni. Se vogliamo ricercarne le ragioni, non possiamo far a meno di individuarne una sostanzialmente economica e una verosimilmente culturale; da un lato l’andamento dei costi – benché calmierati dall’Ente locale – non giova certo a favorire la domanda e ad allargarla anche a livelli di minor reddito; dall’altro il “turismo sociale” può aver fatto il suo tempo, dal momento che ci troviamo verosimilmente in una situazione contraddistinta da anziani che – a dispetto di generazioni precedenti – hanno avuto ed hanno tuttora migliori possibilità di vacanza individuale, familiare o di gruppo.

Da sviluppare, invece, quasi a mo' di Centro d'Incontro all'aperto, il programma di "E...State in Città" – peraltro ormai consolidato nella sua settima edizione – che mira a riempire l'inevitabile "vuoto" estivo e a suggerire forme diverse di attività.

Restiamo comunque dell'avviso che il vero "senso del contare" possa esprimersi con la proposizione di **attività socialmente utili all'anziano**, replicando modelli che facciano riferimento a varie iniziative intraprese nel passato anche da parte del Comune di Cuneo, assistiti però da incentivi anche economici.

Fin qui dunque, si potrebbe dire, nulla di nuovo. Proseguiamo nella direzione dell'equilibrio tra "residenzialità" e "domiciliarità", sviluppando ulteriormente quest'ultima nella direzione di maggiore integrazione socio sanitaria.

Vi può essere però ancora un elemento, decisivo nella cultura degli anni duemila.

Partendo da una considerazione che ha riguardo al

- Maggior costo degli interventi espressi in modo residenziale, che in ogni caso si limitano necessariamente ad una entità predefinita di utenti
- Un sistema economico generale che allontana le vecchie professioni risolvendone le attribuzioni in un ciclo produttivo semplificato/informatizzato

è possibile rintracciare nello sviluppo di nuove professionalità di base un contributo allo sviluppo della domiciliarità e alla soluzione di problemi occupazionali odierni.

Potrebbe essere un primo passaggio, governato dall'ente pubblico, non certo scevro di costi ma finalizzato in modo preciso. Se il "motore" che resse lo sviluppo della nostra società a metà del secolo scorso è stata l'industria, se è presumibile che la società post-industriale si diriga verso una popolazione in cui vi sia un anziano ogni 3 individui è lecito pensare a ricostruire quel "motore" su altri presupposti, su un assioma che impegni una parte della forza lavoro in assistenza ai casi di bisogno potenziale o reale.

Può essere una scelta, a partire dal necessario sistema formativo ed educativo, presto giocabile nello sviluppo dei servizi domiciliari con costi e benefici sociali equilibrati.

Non vogliamo trarre delle conclusioni; speriamo soltanto che questo contributo , oltre ad aggiornare i precedenti, abbia posto qualche interrogativo e stimolato i diversi tipi di approccio alla terza età: quello socio sanitario, principalmente, ma anche quello integrativo educativo e - perché no? - quello più semplicemente "culturale".

Annotiamo per ora semplicemente alcuni spunti di sintesi:

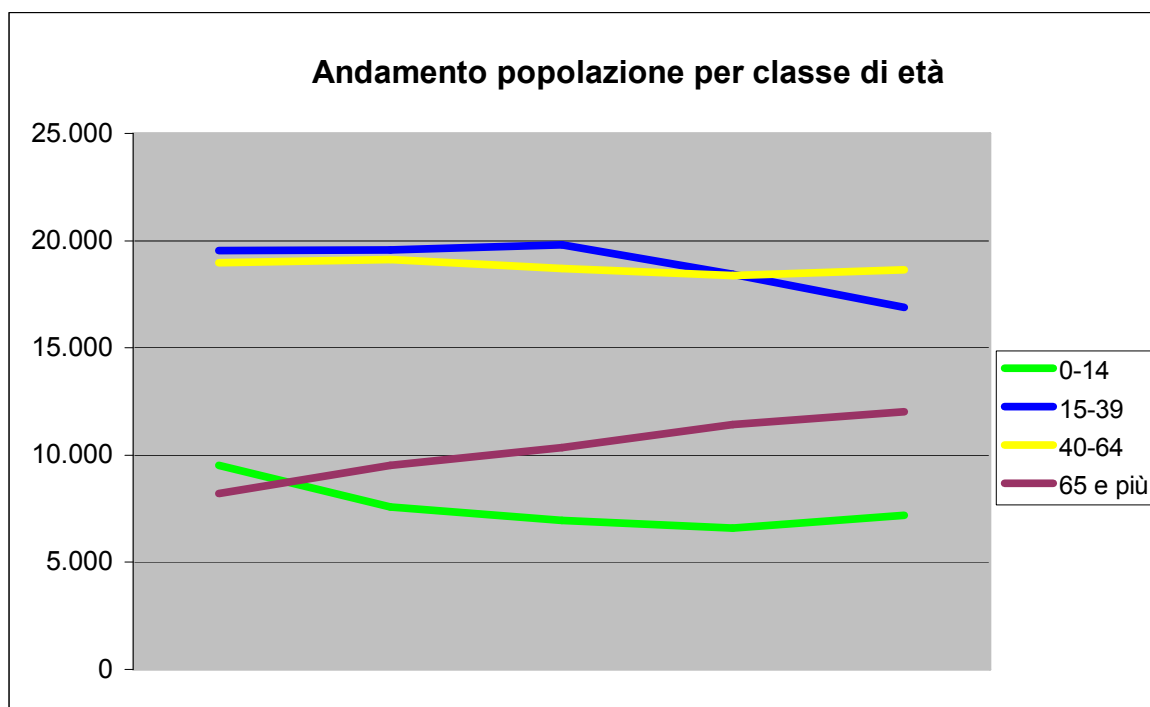
- 1) Il sistema attuale – enti pubblici (Comune, Consorzio, ASL e ASO), privato sociale – è consolidato e, tutto sommato, equilibra domanda/offerta e risorse. La direzione pare già tracciata con i primi nel ruolo principalmente programmatico e i secondi nel ruolo gestionale.
- 2) Lo sviluppo di servizi domiciliari integrati rispetto a quelli residenziali ha consentito di qualificare questi ultimi nella direzione della non autosufficienza, in sintonia con la crescita dei fattori di rischio e le situazioni conclamate.
- 3) E' verosimile che tale tendenza dipenda anche da atteggiamenti culturali diversi dell'anziano di oggi rispetto a quelli dell'anziano di ieri.
- 4) Il possibile "vuoto" può essere colmato sia da "strutture leggere" (Centri Diurni, di sollievo, ecc.) sia da assistenza domiciliare e di interventi sul versante relazionale.
- 5) E' tuttavia opportuno ricercare l'equilibrio tra *domiciliarità* e *residenzialità* considerando l'evolversi di problematiche di cronicità di pari passo con l'avanzamento dell'età e sviluppando i servizi in struttura nelle varie direzioni possibili (flessibilità, convenzionamenti in linea coi territori vicini, risorse pubbliche e del privato sociale, ecc.).
- 6) Attenzione al trasferirsi verso le zone sud dell'altopiano e nelle frazioni della incidenza della terza età, nonché alle evidenti differenze di "genere" .
- 7) Il Centro d'incontro deve continuare a fornire stimoli propositivi di libera scelta; resta un fattore "partecipativo" in cui l'autogestione si colloca nella dimensione sia della solidarietà, sia del contare attivo. Buona la ricerca di integrazione con attività a carattere infermieristico e altre giocate anche a favore della porzione territoriale circostante.

- 8) Continuare leggendo al positivo le risorse che l'anziano può trasmettere non solamente alle nuove generazioni ma anche a chi è più anziano di lui (la terza età, cioè, può diventare una risorsa anche per la quarta età) e alla intera comunità sociale (Attività socialmente utili, ecc.).
- 9) Esigenza di conoscere i flussi su cui costruire, soprattutto, gli interventi della domiciliarità: si ha l'impressione che i dati disponibili – voglio sottolinearne la difficoltà nel costruire un sistema di valutazione appropriato alle ampie implicazioni - non consentano di verificare efficacia e efficienza dell'intervento.
- 10) Formare professionalità di base e incanalare risorse per lo sviluppo della domiciliarità: può essere un nuovo "motore" economico nel nuovo secolo.

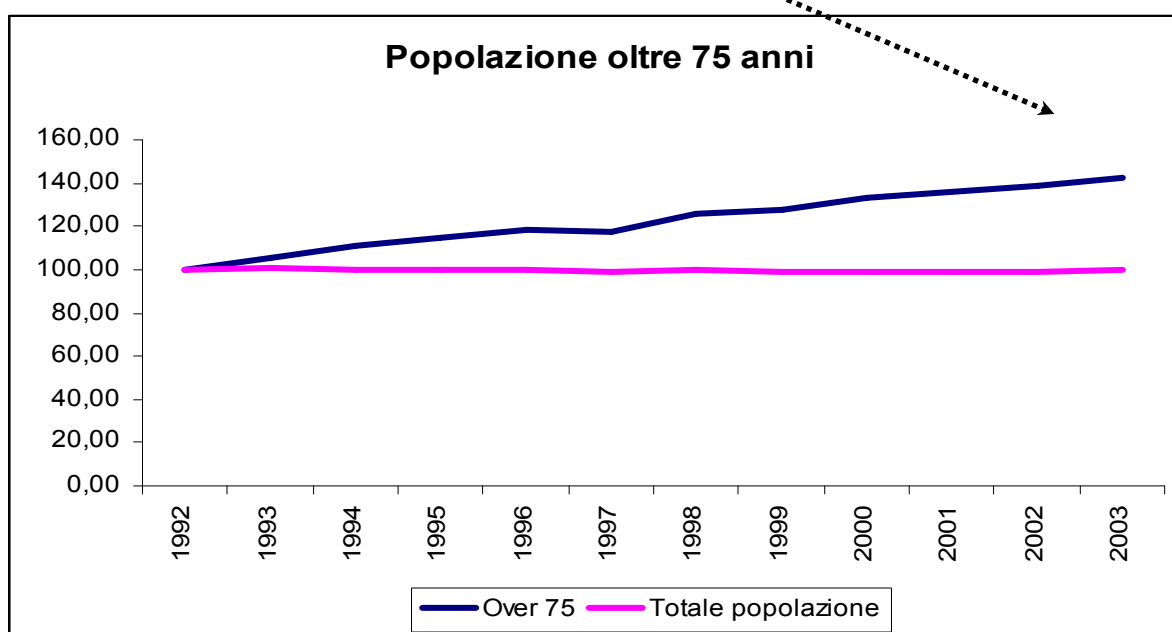
Nel frattempo la nostra Regione ha approvato le linee guida per la formulazione dei Piani di Zona previsti dalle normative di riforma: la speranza è anche, che il presente contributo possa essere utile nei prossimi appuntamenti che coinvolgeranno gli "attori" di quel sistema al tavolo di concertazione per le politiche sociali in generale e quelle della terza età in particolare.

Un' APPENDICE "Demografica"

(Da "Demografia - Secondo Livello di Approfondimento . Cuneo 2020 - Il Piano Strategico della Città e del suo Territorio" , Comune di Cuneo - Ufficio Statistica, 2004)



...e se nel 1992 c'erano 100 ultrasettantacinquenni ...



Considerazioni conclusive sul quadro demografico della Città di Cuneo

“L’evoluzione demografica attuale comporterà anche dei costi per la collettività: l’invecchiamento della popolazione porterà ad una riduzione della base contributiva che sostiene l’attuale sistema previdenziale; gli adulti produttivi sono destinati a diminuire nei prossimi decenni, gli anziani a riposo sono destinati a crescere fortemente e le risorse che dagli uni passano agli altri diminuiranno, anche quelle destinate a coprire le spese di assistenza che, per contro, sono destinate ad aumentare.

L’attuale evoluzione porta conseguenze anche per gli individui e le famiglie: ogni figlio unico porterà sulle spalle il compito di aiutare e sostenere, affettivamente e psicologicamente, quando non anche materialmente, due anziani che rischiano di avere una vecchiaia lunga e solitaria.

L’immigrazione potrebbe, in teoria, risolvere i problemi che l’insufficiente riproduttività pone ed è possibile che il calo della componente produttiva attiri un consistente flusso migratorio; le conseguenze dal punto di vista sociale ed economico sarebbero notevoli, considerando che già oggi, con un flusso migratorio relativamente modesto, il nostro Paese non riesce ancora a garantire l’integrazione e la promozione degli immigrati.”

INDICE

**PRESENTAZIONE dell' Assessore ai Servizi Socio Educativi,
Erio Ambrosino**

Capitolo Primo - "ISTANTANEE" DEMOGRAFICHE

Andamenti demografici – Dove vivono gli anziani – Problematicità e loro
distribuzione territoriale – La solitudine – La componente "di genere" **pag. 6**

Capitolo Secondo - CONTRIBUTI PRECEDENTI

Studi, programmi, progetti di Enti Pubblici dal 1990 : Interessi ,
Obiettivi **pag. 10**

Capitolo Terzo - IL "SISTEMA" DEI SERVIZI

Comune, Consorzio Socio Assistenziale, Aziende Sanitarie Locali,
Privato Sociale – Territorialità e residenzialità – Incidenza dei servizi **pag. 12**

Capitolo Quarto - UN "SISTEMA" DA MANTENERE O DA CAMBIARE ?

Ruoli degli "attori" – I servizi domiciliari – I servizi Semiresidenziali –
I servizi residenziali – Interventi a sostegno della domiciliarità: prevenzione
delle "debolezze", promozione - *Professionalità di base* : carta futura? **pag. 18**

UN' APPENDICE "DEMOGRAFICA" **pag. 32**