

Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani

Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

La pandemia sta mettendo in luce i problemi strutturali dell'assistenza agli anziani, in termini di qualità, efficacia e sicurezza della presa in carico, di disponibilità di professionisti e di qualità del lavoro.

Molto resta ancora da fare per promuovere una cultura rispettosa delle persone anziane, per contrastare pregiudizi e luoghi comuni e per offrire supporto nelle comunità in cui vivono.

1. Contro la drammatizzazione dell'invecchiamento della popolazione

Pensiamoci bene. È da decenni che sentiamo parlare dell'invecchiamento della popolazione come dell'origine di tutti i mali del nostro welfare e della insostenibilità del sistema pubblico di tutela della salute. Siamo talmente abituati a saggi o interventi che iniziano illustrando con toni drammatici i dati sull'invecchiamento della popolazione che abbiamo perso la capacità di porci una domanda molto semplice: perché una conquista sociale come l'aumento della durata della vita è considerata un male? Eppure, l'alternativa all'invecchiamento – la morte prima di raggiungere gli anni della vecchiaia – non sembra essere preferita da nessuno.

Come è possibile che una grande conquista dell'umanità (per lo meno nei paesi sviluppati) sia diventata un problema? Certo, non si può negare che l'aumento della speranza di vita implichi un'importante revisione delle politiche previdenziali. Così come l'aumento degli anziani comporta una rimodulazione dell'offerta assistenziale e sanitaria, oltre che innovazioni culturali e sociali. Ma i cambiamenti sono l'essenza dello sviluppo, umano ed economico. L'importante è non restare immobili davanti ai mutamenti. E invece il nostro sistema di welfare non si è ancora impegnato ad affrontare seriamente i cambiamenti che l'allungamento della durata della vita richiede, a partire dalla lenta ma progressiva perdita di autosufficienza delle persone anziane. Ci siamo limitati a drammatizzare l'invecchiamento, ma non abbiamo dato priorità agli interventi necessari per renderlo meno drammatico. Al contrario lo abbiamo utilizzato (strumentalmente) per avvalorare la tesi della inso-

stenibilità del servizio sanitario nazionale e, più in generale, del welfare pubblico. Tutto ciò non è avvenuto per caso. Ricorrere a un fattore esogeno, come l'evoluzione demografica, per giustificare difficoltà che dipendono in gran parte da scelte inadeguate è un'abile strategia per distogliere l'attenzione dalle vere cause delle difficoltà. Il problema infatti non è l'invecchiamento in sé, ma la nostra incapacità di affrontarlo compiutamente. La riflessione si sposta quindi sulle ragioni che hanno favorito scelte inadeguate, spesso insipienti. Nel dibattito corrente, le risposte fanno per lo più riferimento alla pesante situazione dei conti pubblici, ma in realtà esse vanno ricercate nella egemonia incontrastata di quella cultura neo liberista che negli ultimi decenni non ha mai sprecato una *buona scusa* (la crisi del 2008-2009, i cambiamenti demografici, le regole dell'Europa) per indebolire il welfare pubblico e favorire il privato for profit (Dirindin, 2016).

Non abbiamo affrontato il tema dell'invecchiamento perché abbiamo dato priorità ad altri obiettivi. Ciò è successo perché abbiamo aderito acriticamente a una cultura pervasiva e trasversale che considera gli anziani un peso, un intralcio all'efficienza dei sistemi produttivi (per la loro minore produttività), un onere a carico delle generazioni attive (su cui grava il finanziamento degli interventi per la vecchiaia) e un motivo di preoccupazione per il crescente lavoro di cura (attenuato solo con il ricovero in residenze). Una cultura che ha lentamente inquinato anche i comportamenti delle famiglie, nonostante nel nostro Paese sia ancora forte il senso di gratitudine e di rispetto nei confronti degli anziani, anche per l'aiuto concreto che garantiscono a figli e nipoti¹. Una cultura che ha giustificato la permanenza delle donne fuori dal mercato del lavoro formale, perché ritenute necessarie all'interno della famiglia (in assenza di un welfare adeguato). Fa parte di questa cultura anche l'idea di favorire il riconoscimento economico del lavoro di cura svolto a favore dei familiari, idea spesso presentata come unica (e importante) innovazione sociale ma che testimonia la tendenza ad affrontare i problemi solo attraverso erogazioni monetarie (contributi ai caregiver, vouchers per l'acquisto di prestazioni)², ignorare le opzioni che potrebbero rendere «effettivo» il diritto al lavoro anche per le donne (il poten-

¹ Si veda in proposito in questo numero il contributo di Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini.

² Il welfare italiano è caratterizzato a livello internazionale per un eccesso di erogazioni monetarie e una carenza di servizi, in particolare nel settore sociale (Oecd, 2019b).

ziamento dei servizi socio-sanitari) o addirittura sfiorare delicate questioni etiche come il dovere di solidarietà all'interno dei nuclei familiari.

2. *Una società si giudica da come sono trattati gli anziani*

Le persone anziane sono una risorsa. Garantiscono alle famiglie e alle comunità la continuità tra passato, presente e futuro, alimentano le radici che identificano e danno senso alla vita delle comunità e testimoniano la storia che hanno vissuto affinché chiunque possa far tesoro del passato per agire nel futuro. Sono risorsa per le nuove generazioni, per i bambini e per i loro genitori che possono contare sulla loro esperienza e su un loro costante sostegno.

Papa Francesco ha pronunciato parole chiare sugli anziani³: «Una cultura del profitto insiste nel far apparire i vecchi come un peso, una zavorra. Non solo non producono, ma sono un onere: in somma, vanno scartati. [...] Non si osa dirlo apertamente, ma lo si fa! C'è qualcosa di vile in questa assuefazione alla cultura dello scarto. [...] Vogliamo rimuovere la nostra accresciuta paura della debolezza e della vulnerabilità; ma così facendo aumentiamo negli anziani l'angoscia di essere mal sopportati e abbandonati».

E ancora: «La qualità di una società, vorrei dire di una civiltà, si giudica anche da come gli anziani sono trattati e dal posto loro riservato nel vivere comune».

Il sistema di welfare ha molto da riflettere su tali parole.

Ogni operatore della sanità e del sociale, a partire da chi ha maggiori responsabilità decisionali, deve farsi carico di testimoniare quotidianamente, con comportamenti e atti, che il rispetto della dignità della persona, alla base del nostro welfare, non è solo una bella enunciazione ma è profondamente radicato nella cultura e nella formazione dei professionisti del welfare. Parliamo del rispetto della dignità di tutte le persone, non solamente di quelle efficienti, produttive e autosufficienti.

Ma non è solo una questione di responsabilità individuale. È innanzi tutto una questione di politiche pubbliche, di scelte di priorità, di allocazione delle risorse, di programmazione dei servizi. Il settore privato

³ Le parole sono state pronunciate da papa Francesco nell'udienza generale del 4 marzo 2015, disponibile all'indirizzo internet: http://www.vatican.va/content/francesco/it/audiences/2015/documents/papa-francesco_20150304_udienza-generale.html.

si è mostrato capace di incrementare l'offerta di strutture residenziali, costose e inevitabilmente destinate a produrre isolamento, perdita di identità e decadimento delle persone anziane. Le politiche pubbliche non si sono invece mostrate capaci di guidare un processo che favorisse la permanenza al proprio domicilio, nel proprio contesto di vita, attraverso risposte articolate e differenziate, meno costose e in grado di proteggere le capacità residue, i legami e il radicamento dei più vulnerabili. Nei fatti, si è così assecondata l'idea che le persone (quelle con una qualche fragilità) possano trovare risposte solo nella separazione dalla loro famiglia e dalla loro comunità, e nella sistemazione in strutture loro dedicate. E si è iniziato un percorso destinato ad assorbire molte risorse (pubbliche e private), a irrigidire i bilanci degli enti locali e delle aziende sanitarie, che ha favorito la prospettiva del posto letto, ovvero del luogo in cui collocare «gli scarti». Una cultura che, nonostante gli sforzi di alcune realtà a favore della domiciliarità e della vita indipendente, è diventata sempre più pervasiva e trasversale, messa in discussione (forse solo temporaneamente) dalla pandemia.

Una cultura che non ha ricadute solo sulle persone anziane ma anche su coloro che svolgono il lavoro di cura. La cultura dello «scarto» ha infatti contagiato l'immagine del lavoro di cura.

Le politiche sociali e socio-sanitarie soffrono della scarsa considerazione che la cultura prevalente ripone in tutti i lavori volti alla cura delle persone fragili. Ne discende una sottovalutazione (non solo economica) del lavoro di cura, una frequente violazione dei contratti di lavoro (nel terzo settore, ma sempre più anche nella sanità), una inosservanza dei diritti dei lavoratori (ad esempio rispetto dei turni di riposo), una diffusa bassa qualificazione degli operatori⁴.

3. *La domiciliarità fa bene alla salute*

«La salute è fatta di tante cose, anche del poter rimanere a casa propria quando si è meno autonomi», a qualunque età e non solo nelle età più avanzate. Ovviamente quando possibile. Perché «la casa cura; la casa rassi-cura»⁵.

⁴ Rispetto ai paesi dell'area Oecd, gli operatori per la Ltc sono in Italia pochi (meno della metà della media Oecd per 1000 anziani), con bassi livelli di istruzione e per quasi un terzo part time (Oecd, 2019a).

⁵ Le affermazioni sono tratte dai lavori de *La bottega del possibile*, un'associazione

In Italia, la stragrande maggioranza delle persone anziane (il 79%) vive in famiglia, spesso con il coniuge (la percentuale è in crescita) o da sole (soprattutto le donne, più colpite dalla vedovanza e più propense a restare da sole quando vedove). Su 100 persone anziane 3 usufruiscono dell'assistenza domiciliare integrata⁶; tale percentuale sale al 4,5 quando si considerano solo di ultrasettantacinquenni, ma resta comunque una quota inferiore a quella di molti altri paesi europei (Istat, 2020; Cozzolino, Fraboni e Sabbadini in questo numero).

L'assistenza domiciliare non va peraltro confusa con i processi di domiciliarità, concetto quest'ultimo ancora poco conosciuto e poco praticato, ma molto promettente, a maggior ragione dopo la lezione della pandemia.

I processi di domiciliarità valorizzano «il contesto dotato di senso per la persona», dove lo spazio abbraccia la persona nella sua globalità e anche ciò che la circonda. Comprende la casa, ma non solo: «è un interno e un intorno». Supportare la domiciliarità vuol dire «fare in modo che la persona non sia privata del suo *abitare sociale*, delle sue relazioni, dei legami con l'*intorno* e trovi sostegno nel costruirne sempre di nuovi per rimanere *abitante*, non riducendo la propria domiciliarità alla sola sfera dell'interno, poiché questo comprometterebbe gravemente la possibilità di *star bene*, di restare cittadino della propria Comunità» (Scasselati Sforzolini Galetti, 2013).

Potenziare i processi di domiciliarità vuol dire sostenere la persona e la sua famiglia, sostituendo le risorse venute a mancare attraverso un progetto individuale integrato che va sempre tentato, per evitare lo sradicamento della persona. Ovviamente quando questa lo desidera.

La domiciliarità è la più potente ed efficace alternativa al ricovero in una residenza. Costa meno, contribuisce a migliorare la qualità della vita della persona, della sua famiglia e della comunità di cui fa parte, favorisce la coesione sociale.

La domiciliarità è la strada per l'appropriatezza nella presa in carico della persona fragile.

nata nel 1994 a Torre Pellice (To) per attivare, promuovere e diffondere la cultura della domiciliarità (www.bottegadelpossibile.it).

⁶ L'Adi, assistenza domiciliare integrata, è una tipologia di cura domiciliare a favore di persone con patologie e condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati a diversi livelli di intensità assistenziale; richiede la presa in carico, la definizione di un progetto di assistenza individuale. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Lea).

RPS

Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

Richiede un paziente e lungo lavoro, anche culturale, che può produrre risultati significativi, sotto tutti i profili, come dimostrano le esperienze disponibili (Si veda, fra gli altri, Rivoiro e al., 2011).

Sia chiaro, in alcune situazioni, il ricovero in residenza può trovare una ragione d'essere, ma quando è possibile evitarla è doveroso ricorrere a soluzioni alternative. L'assistenza agli anziani deve rispondere infatti a criteri di appropriatezza simili a quelli utilizzati per il resto degli interventi socio sanitari; un percorso è appropriato quando è efficace rispetto allo specifico bisogno (sulla base di standard riconosciuti dalla letteratura scientifica indipendente), è efficiente quanto a risorse impiegate (ovvero consente un impiego oculato delle risorse) ed è accettabile per chi lo riceve e per chi lo eroga. Un percorso può essere appropriato in presenza di specifiche condizioni di salute (e fino a quando queste persistono) e può essere inappropriato per altre. I criteri valgono, *ceteris paribus*, anche per la non autosufficienza e molto deve ancora essere fatto per avvicinarci a tali principi.

4. *La residenza: solo quando appropriata e necessaria*

In Italia, su 1000 anziani ultrasessantacinquenni, 21 sono in una residenza; di questi 17 sono non autosufficienti e 4 sono autosufficienti (Istat, 2021). Per una persona anziana non autosufficiente o fragile, con patologie croniche combinate a condizioni socio economiche sfavorevoli e isolamento sociale, che fatica a rimanere nella propria casa in assenza di un supporto significativo, il ricorso al ricovero in residenze sembra spesso l'unica soluzione possibile.

Molti fattori contribuiscono a spiegare tale opzione: la fine della famiglia allargata, l'elevato numero di famiglie mononucleari, il diffondersi della «cultura dello scarto», la carenza di *caregivers* familiari, l'indebolirsi dei rapporti di solidarietà all'interno della società industriale; ma ciò che pare determinante è la mancanza di alternative: l'insufficiente offerta di servizi socio sanitari territoriali. Le persone anziane non *scelgono* di lasciare la propria casa e di andare in residenza, Sono per lo più costrette ad accettare questa soluzione per evitare, insieme alla famiglia quando esiste, di trovarsi sole ad affrontare un compito gravoso, delicato ed emotivamente impegnativo. Spesso questa opzione è scelta dopo aver richiesto ai servizi (o provato) soluzioni alternative, ma ci si è scontrati con tempi lunghi e risposte non adeguate⁷.

⁷ Sulle preferenze degli anziani si veda in questo numero l'articolo di Chiara Rivoiro.

Considerando che la non autosufficienza è di norma «un processo dinamico che intercorre con la comparsa o l'aggravarsi di diverse patologie organiche e funzionali, esso dovrebbe essere affrontato cercando in primo luogo di rispondere alle nuove esigenze della persona nel luogo ove essa risiede» (Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro Bioetica Iss Covid-19, 2021), attivando quindi in tempi adeguati risposte personalizzate e modulate rispetto ai bisogni, che tengano conto anche delle aspettative dei soggetti, dei desideri e delle paure.

Tutto questo a partire dalla consapevolezza che «l'istituzionalizzazione, con la rescissione dei legami col proprio ambiente domestico, familiare e amicale, costituisce un importante fattore di rischio per il decadimento generale dell'anziano» (*Ibidem*). Quindi il ricovero in residenza dovrebbe essere considerato risposta residuale (quando altre soluzioni si sono dimostrate inefficaci) e invece è proposto come «risposta ordinaria» e accettata dalla cultura dominante.

Va detto che negli ultimi anni, in particolare nelle regioni in cui le risposte socio sanitarie sono sufficientemente articolate e sviluppate, le persone presenti nelle residenze sono divenute «molto anziane e fragili sul piano clinico, [...] qualche tipo di impoverimento cognitivo che ne pregiudica la capacità di partecipare pienamente alle decisioni che riguardano la propria salute» (*Ibidem*). In generale, l'entrata in residenza corrisponde ad una maggiore complessità clinica e assistenziale, a cui non si riesce ancora a dare una adeguata risposta territoriale, anche se circa una persona su cinque è dichiarata autosufficiente. Il tempo di permanenza in residenza (fino alla morte) si è abbassato in maniera significativa.

Di contro, secondo dati del Ministero della Salute, nel decennio 2007-2017 le residenze assistenziali sono aumentate del 44%, da 5.105 a 7.372, in particolare quelle private⁸.

5. Le residenze: luoghi di tutela o luoghi di rischio?

Quando la persona anziana entra in una residenza questa diventa, di norma anche dal punto di vista amministrativo, il suo domicilio, fino alla morte. Nella residenza è costretta a condividere gli spazi e il tempo con persone che non conosce e con cui non ha scelto di convivere. Peraltro il suo stesso ingresso nella residenza, di norma, non è stato una scelta.

⁸ Si veda in questo numero l'articolo di Antonella Pezzullo.

Nella residenza la persona anziana è costretta a declinare la sua quotidianità all'interno di un complesso di norme definite da altri, in maniera gerarchica e non partecipata, funzionali alla organizzazione dell'istituzione. La persona perde così qualsiasi possibilità, e poi capacità, di autodeterminarsi, di decidere i tempi e le cadenze del proprio quotidiano: svegliarsi, lavarsi, mangiare, riposarsi, leggere, vedere la televisione (spesso perennemente accesa).

L'organizzazione non prevede una relazione tra operatori e persone ricoverate; peraltro il ridotto numero di professionisti e la logica del minutaggio tolgono qualsiasi possibilità di relazione vera tra i soggetti e obbligano continuamente l'operatore a sostituirsi alla persona anziana, per non «perdere tempo», negando e indebolendo le capacità residue dell'assistito.

La persona anziana cessa di essere soggetto con una propria identità e una propria esperienza e storia: separata dalle relazioni, dagli oggetti, dai luoghi della propria quotidianità, impedita ad autodeterminarsi, diventa «oggetto di cura». Quando poi le sue condizioni psicofisiche decadono, l'istituzione adotta ulteriori interventi a sua tutela: al camminare da soli si sostituisce la più sicura sedia a rotelle, alla preoccupazione di soffocamento con il cibo si risponde con pappe improponibili, ai rischi di scendere dal letto si provvede con catetere e profilassi antibiotica anche in assenza di precisa indicazione clinica, e così via. E così le tutele si trasformano nella perdita di ulteriori margini di libertà⁹.

In una situazione siffatta, dentro i muri dell'istituzione chiusa, capita che si consumino abusi e violenze a danni di soggetti indeboliti, soli, impossibilitati a difendersi. Nell'istituzionalizzazione «l'incuria da parte del personale dipendente e la mancanza di condizioni igieniche adeguate rappresentano le forme più comuni di abuso» (Iss, 2020) ma non sono infrequenti offese, violazioni dei corpi, che necessitano di un ripensamento dell'assistenza anche in riferimento al carico degli operatori e della formazione degli stessi.

Un fenomeno estremamente preoccupante e drammaticamente diffuso nelle residenze è quello della contenzione meccanica, quale impedimento al libero movimento attraverso l'utilizzo di mezzi meccanici (lacci, spondine, bretelle, tavolini servitori, ecc.). Tale pratica, che si somma di solito alla contenzione ambientale e quella farmacologica,

⁹ Erving Goffman nel suo celebre *Asylums* annovera gli istituti per vecchi tra le istituzioni totali, deputate ad offrire residenza a categorie di persone «socialmente indesiderate» (Goffman, 1968, p. 34).

produce importanti esiti negativi «non solo per gli effetti immediati, ma anche a più lungo termine: i soggetti soffrono di perdita di autonomia, di riduzione dell'attività, di aumento di morbilità e mortalità» (Comitato nazionale per la bioetica, 2015, p. 22).

Non abbiamo alcun dato certo sul ricorso alla contenzione meccanica nelle residenze per anziani, salvo la rappresentazione esplicita e chiara prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità durante la recente epidemia. Nel «Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie», l'Iss, in collaborazione con il Garante nazionale delle persone private della libertà, evidenzia che, dal 1 febbraio al 26 aprile 2020, sono state attuate 16.802 contenzioni nelle 1.356 strutture che hanno risposto alle domande (sulle 3.922 strutture contattate) (Iss, 2020). Un fenomeno che non possiamo ignorare e al quale va posto rimedio.

6. Le residenze per anziani nella pandemia

Le drammatiche vicende che hanno attraversato le residenze per anziani nella epidemia del Covid-19 hanno messo con forza al centro dell'attenzione il modello di assistenza residenziale alle persone anziane non autosufficienti e/o con fragilità relazionale, sociale, economica, e in generale delle persone con bisogni assistenziali di lunga durata.

Durante l'epidemia, e in particolare nella prima fase della primavera del 2020, proprio le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e le Case di riposo, che avrebbero dovuto garantire «protezione e cura dei soggetti più vulnerabili sono divenute luoghi di diffusione dell'epidemia e, in alcuni casi, di abbandono delle persone» (Iss, Gruppo di lavoro Bioetica Iss Covid-19, 2021), quindi luoghi di rischio e non di tutela. Metà delle morti avvenute nel nostro Paese sono infatti collegate ad anziani istituzionalizzati¹⁰. Questi hanno scontato da una parte l'impreparazione del sistema sanitario a fronteggiare l'epidemia e dall'altra una cultura diffusa di non riconoscimento di valore e di diritto alle persone anziane. Ciò ha portato a scelte talvolta scellerate, messe in atto anche dalla politica¹¹: interventi non tempestivi, spesso utilizzando la scorciatoia della chiusura degli accessi dall'esterno, a conferma della missione di separazione e segregazione propria delle residenze, che le ha trasformate «da

¹⁰ Su tale tema si sofferma il lavoro di Rivoiro in questo numero.

¹¹ Delibera Regione Lombardia XI/2906 dell'8 marzo 2020, allegato 2.

fattore di potenziale protezione [...] in ulteriore pericolo» (Comitato nazionale per la bioetica, 2020).

Questo quadro, peraltro declinato in differenti modi nelle diverse aree del Paese, in relazione alle criticità strutturali di base delle residenze e al sistema regionale socio sanitario, ha messo in evidenza la necessità, nonché l'urgenza, di un cambio di paradigma e di una rivisitazione del modello assistenziale nei confronti delle persone anziane.

Ma questa non è la situazione della generalità delle residenze per anziani; esistono esperienze virtuose di Rsa in cui le operatrici e operatori non ricorrono alla contenzione. Queste esperienze, anche se in numero limitato, sono da riconoscere e valorizzare perché dicono che si può fare in altro modo, che si può lavorare rispettando la dignità delle persone assistite e restituendo dignità alle lavoratrici e lavoratori.

7. *Un fiorire di iniziative cui dare visibilità e sviluppo*

Già nel 2014 il Bureau of European Policy (Bepa) nel suo rapporto sull'innovazione sociale parlava di un *decennio* di cambiamenti che, per quanto di piccola scala, si osservano in tutti i paesi e non si limitano a cercare risposte efficaci ai bisogni sociali, vecchi e nuovi, ma promuovono un cambiamento sistemico, capace di affrontare le cause dei problemi, e non solo alleviarne i sintomi (European Commission, 2014).

L'Italia non fa eccezione. Nonostante il nostro Paese sia considerato poco capace di innovare, il fiorire di iniziative che, anche solo nell'assistenza agli anziani, si osservano da anni in varie città testimonia l'esistenza di percorsi di cambiamento nel modo di pensare della popolazione, del terzo settore e delle istituzioni. Una miriade di piccole esperienze alle quali dobbiamo dare voce, soprattutto dopo la pandemia, perché costituiscono la base per proporre soluzioni più efficaci rispetto a quelle tradizionali, garantire il rispetto delle preferenze delle persone e, al contempo, creare una società più coesa¹².

Le esperienze più diffuse riguardano le cure domiciliari integrate, capaci – quando le prestazioni sanitarie (in particolare l'Adi) sono effettivamente integrate con gli interventi sociali – di rendere possibile il permanere della persona anziana nella sua casa, supportata nel quotidiano e nei bisogni sanitari, per rallentare il processo di regressione e per preservare più a lungo autonomia e indipendenza.

¹² Per una breve analisi delle numerose esperienze si vedano, ad esempio: Euricse, Fapacli, 2019; Pasquinelli, 2017.

Sono in atto esperienze di «badanti di condominio» uomini o donne che in un condominio sono per le persone anziane punto di riferimento, operatori di supporto nel lavoro di cura e per piccole incombenze esterne, ma pure rassicurazione e riferimento per gli altri condomini, creando anche solidarietà e mutuo aiuto.

Sono sperimentati e operanti piccoli gruppi di convivenza di anziani, 5 o 6, non autosufficienti, in normali condomini, supportati nella vita quotidiana sulle 24 ore da badanti o operatori di cooperative sociali, con il sostegno del servizio infermieristico territoriale e dei medici di medicina generale.

Sono presenti nel territorio nazionale, anche se non molto diffuse, esperienze di *cobousing*, sia come condivisione da parte di un anziano della propria casa con altri anziani o studenti (che collaborano alle spese e ai compiti quotidiani), o come modello residenziale nel quale ogni abitante o coppia, anche di anziani, ha una propria casa ma condivide spazi e servizi comuni. Alla base del *cobousing* sono la condivisione, la collaborazione, la socialità e stili di vita sostenibili. Esistono esperienze di *cobousing* attivate da Comuni o aziende private, come si stanno diffondendo in alcune città esperienze di *cobousers* che progettano insieme a partire da esigenze e desideri comuni. Di riferimento è l'esperienza maturata in Danimarca dove dagli anni '70 il governo ha avviato il superamento delle case di riposo, riconvertite e ristrutturare in miniappartamenti, *Nursing Home*. Il principio che orienta la riforma è *no more, no less*: ad ogni persona deve essere dato un aiuto differenziato, a seconda della specifica autonomia. A piano terreno servizi comuni, aperti anche ad anziane e anziani del quartiere: caffetteria, mensa per chi non può o vuole farsi da mangiare nel proprio appartamento, parrucchiere, pedicure ecc. a prezzi calmierati¹³.

Dal 2005 è attivo il progetto Microaree (Gallio e Cogliati, 2018). Un operatore dell'Azienda sanitaria, o di una cooperativa sociale convenzionata con l'Ente pubblico, opera in una area territoriale di 1.500-2.500 abitanti, caratterizzata dalla presenza di agglomerati di case di edilizia popolare e da una popolazione anziana seguita dai servizi sociosanitari. A partire dalla conoscenza di ogni abitante e del suo contesto di vita, di ogni strada, di ogni spazio pubblico, delle vulnerabilità dell'area ma anche delle sue risorse (che sempre esistono, delle persone e dei

¹³ Si veda la breve illustrazione disponibile all'indirizzo internet: <https://www.abitareanziani.it/esperienze-internazionali-abitazioni-per-la-terza-eta-nel-mondo-indicazioni/>.

luoghi), con il coinvolgimento di tutti gli attori e le istituzioni di quel territorio, l'operatore della microarea avvia processi per una presa in carico globale, sanitaria, abitativa, relativa a reddito, lavoro e socialità, a partire dalle persone più vulnerabili. La sfida è colmare la distanza tra istituzioni e cittadini, contrastare le disuguaglianze e valorizzare il capitale sociale dei soggetti e della comunità. Il lavoro nelle microaree nei fatti risulta essere un'azione di contrasto ai processi di ospedalizzazione e istituzionalizzazione, in particolare dei vecchi, garantendo attenzione individuale sanitaria, supporto nelle difficoltà del quotidiano e risposta ai bisogni di scambio e socialità.

Questi (ed altri) processi si caratterizzano per la capacità di riconoscere a ogni persona storia, esperienza, valore, unicità, risorse da cui partire nei progetti di presa in carico e per produrre salute per tutti, capitale sociale, economia civile.

Dopo la strage dei vecchi che l'epidemia del Covid-19 ha determinato nelle case di riposo, negli istituti, nelle Rsa, in un orizzonte di senso e di pratiche possibili, è necessario rilanciare un'azione culturale e di cambiamento, che forse la gravità della situazione può rendere possibile, per il superamento degli istituti come unica e ordinaria risposta alla popolazione anziana. Occorre ridare valore e possibilità alla vecchiaia, contro ogni logica di sopravvivenza anonima e insignificante, in cui la qualità, i desideri, le relazioni siano possibili, in cui la tutela non diventi negazione della soggettività e dei diritti. Tenendo insieme identità, welfare, sviluppo sociale, avvicinando le istituzioni ai soggetti e qualificandole (Del Giudice, 2020).

A partire da tali considerazioni *la Rivista delle Politiche Sociali* dedica la sezione «Tema» a «Anziani: diritti e libertà nella crisi Covid e oltre. Come le persone hanno diritto di vivere la loro vecchiaia». L'obiettivo è approfondire la condizione delle persone anziane dal punto di vista sociale, economico e sanitario, in particolare in un contesto di massima fragilità come quello sperimentato durante l'emergenza pandemica. Come ben sappiamo, la questione non riguarda solo i «vecchi» ma tutte le persone vulnerabili.

Una delicata riflessione sul significato della vecchiaia e su alcuni suoi aspetti rilevanti è proposta da Agnese Bainsi, attenta osservatrice della condizione delle persone impropriamente considerate «improduttive». Il saggio si conclude con un auspicio sul rapporto fra generazioni: «Non so se avrò dei figli, ma vorrei che il lavoro di assistenza e di cura non pesasse sulle loro spalle. Vorrei che fossero liberi di vivere la loro vita, senza pensare troppo alle demenze e ai malanni della madre. Per fare

questo, bisogna ripensare al lavoro di cura e di assistenza, ai luoghi di cura e di assistenza, a quanto costa la cura e l'assistenza e come non rendere questi costi un ostacolo. Non sarà facile, ma sono sicura che si possa fare».

Il contributo di Chiara Rivoiro raccoglie e commenta voci di persone ospiti delle residenze e voci di professionisti che assistono gli anziani. Una prospettiva spesso dimenticata, a conferma della scarsa considerazione per le persone anziane (a maggior ragione se ricoverate in una Rsa) e della sottovalutazione del lavoro di cura svolto dagli operatori. Affronta inoltre un tema del tutto trascurato: quali sono le preferenze e i desideri degli anziani quando si rendono conto di avviarsi verso la non autosufficienza?

Il lavoro di monsignor Paglia, presidente della Commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza agli anziani, indaga le sfide che abbiamo davanti in questi anni: ripensare un modello concreto di assistenza, capace di raggiungere gli anziani nel loro contesto umano, avvalendosi di risorse sul territorio e di tecnologie innovative oggi disponibili ma poco utilizzate. Auspica che sia riscoperto il ruolo e il significato degli anziani nella nostra società.

Il contributo di Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabadini esamina le condizioni di vita degli anziani con particolare riguardo al contesto abitativo e alle relazioni sociali di cui beneficiano. Discute la posizione degli anziani in termini di povertà assoluta e relativa, in relazione alla pandemia, attraverso una analisi degli ultimi dati disponibili.

Infine Antonella Pezzullo discute l'assistenza offerta nel nostro Paese ai suoi cittadini più fragili, gli anziani non autosufficienti. La pandemia ha mostrato come essa sia nel migliore dei casi inadeguata e costosa, e, nel peggiore, portatrice di un vero e proprio abbandono. Questo obbliga finalmente a riflettere criticamente sul modello assistenziale prevalente e a investire sul suo cambiamento.

Riferimenti bibliografici

- Comitato nazionale per la bioetica, 2020, *Covid 19 salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, maggio.
- Comitato nazionale per la bioetica, 2015, *La contenzione: problemi etici*.
- Del Giudice G., 2020, *La nave dei vecchi*, RPS - maggio.
- Dirindin N., 2016, *La sanità pubblica tra indifferenza e laisser faire*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2.

RPS

Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

- Euricse, Fapacli, 2019, *Integrazione nella filiera dei servizi per gli anziani. Soluzioni innovative per il benessere dell'individuo e della famiglia*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2019/12/Report-EURICSE-ACLI-Soluzioni-innovative.pdf>.
- European Commission, 2014, *Social Innovation. A Decade of Changes*, European Union, disponibile all'indirizzo internet: http://www.transitsocialinnovation.eu/content/original/Book%20covers/Local%20PDFs/168%20SI_decade_of_changes%202014.pdf.
- Gallio G. e Cogliati M.G. (a cura di), 2018, *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Collana180, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano (BZ).
- Goffman E., 1968, *Asylums*, ed. Nuovo Politecnico, Einaudi, Torino.
- Istat, 2020, *Indicatori del Bes 2020*, Istat, Roma.
- Istat, 2021, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, disponibile all'indirizzo internet: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_OSPITIPRESIDI1, consultato il 22 maggio 2021.
- Istituto Superiore di Sanità, 2020, *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, «q Report», 30 marzo, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto.pdf>.
- Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro Bioetica Iss Covid-19, 2021, *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*, «Rapporti Iss Covid-19», n. 6/202110, marzo.
- Oecd, 2019a, *Health at a Glance 2019*, Oecd Publishing, Parigi.
- Oecd, 2019b, *Society at a Glance 2019: Oecd Social Indicators*, Oecd Publishing, Parigi.
- Pasquinelli S. (a cura di), 2017, *Il welfare collaborativo. Ricerche e pratiche di aiuto condiviso*, Irs, disponibile all'indirizzo internet: http://www.qualificare.info/upload/WELCO_testo_finale.pdf.
- Rivoiro C., Galeotti F. e Vanacore N., 2011, *Qual è l'effetto dei programmi di gestione integrata nel ritardare l'istituzionalizzazione delle persone affette da demenza? I risultati di una revisione sistematica della letteratura*, «Politiche sanitarie», n. 12, pp. 116-125.
- Scassellati Sforzolini Galetti M., 2013, *Domiciliarità*, in Campanini A. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carrocci editore, Roma.