

TUTELE E INTERVENTI A FAVORE DEGLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI*

FRANCO IURLARO,

DIRETTORE DELLA RESIDENZA PROTETTA E CENTRO DIURNO "CORRADINI",
RONCHI DEI LEGIONARI (GO)

Il tema dell'invecchiamento della popolazione e delle problematiche che esso comporta, prime fra tutte quelle relative ai servizi sanitari e socio-assistenziali, è di particolare rilevanza ed attualità in tutti i paesi sviluppati e soprattutto in Italia. Le risposte che devono essere date, sia dal punto di vista scientifico che organizzativo e normativo, sono irrinunciabili e complesse.

IL QUADRO DEMOGRAFICO

Il fenomeno della non autosufficienza assume oggi dimensioni ragguardevoli, destinate in futuro a raggiungere livelli ulteriormente elevati a causa del costante invecchiamento della popolazione.

Secondo dati ISTAT, nel nostro Paese 2.700.000 persone, pari al 5% della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia, vivono in condizioni

di disabilità e non autosufficienza. Il 72% è costituito da anziani, 505.000 hanno fra i 35 e i 65 anni, 87.000 sono minori. I servizi domiciliari sono insufficienti e presentano forti squilibri territoriali. Le famiglie si trovano ad affrontare da sole il peso economico e psicologico di un familiare non autosufficiente, persona che necessita di adeguata tutela e della garanzia di servizi socio sanitari adeguati. I care givers che intervengono sostanzialmente nei compiti di cura dovrebbero essere parallelamente supportati dal sistema socio assistenziale.

Tutti i dati convergono: tra quarant'anni gli ultra-sessantenni saranno metà della popolazione. Come dire che tre quarti della popolazione avrà una patologia cronica e che almeno la metà sarà costretta ad affrontare due o più malattie contemporaneamente. È davanti a que-

Tabella 1 - Numero di persone disabili di 6 anni e più che vivono in famiglia, per sesso e classi d'età. dati in migliaia. Anni 1999 – 2000

Classi di età	6-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 e più	Totale
Maschi	40	27	81	153	204	389	894
Femmine	40	32	82	209	323	1.035	1.721
M & F	80	59	163	362	527	1.424	2.615

Fonte: ISTAT, Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000

Tabella 2 – Persone con disabilità e anziani non autosufficienti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali per ripartizione geografica. Valori assoluti. Anno 2001

	Minori con disabilità	Adulti con disabilità	Anziani non autosufficienti
Italia Nord Occidentale	441	11.616	67.676
Italia Nord Orientale	272	6.447	51.107
Italia Centrale	295	5.740	17.745
Italia Meridionale	575	3.381	7.664
Italia Insulare	270	2.569	4.644
Italia	1.853	29.754	148.836

Fonte: ISTAT - Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali, anno 2001

* I contenuti di questo articolo sono sviluppati nella tesi di laurea del corso di Scienza dell'Amministrazione dei Servizi Sociali e Sanitari, dal titolo *La tutela della non autosufficienza in età anziana, diritto esigibile, diritto di cittadinanza: un fondo a garanzia di un futuro di salute e ben-essere sociale*, discussa a Reggio Emilia il 6 luglio 2005

**Tabella 3 - Persone disabili di 6 anni e più per tipo di abilità non posseduta.
Valori percentuali per 100 disabili. Anno 1999 – 2000**

Attività della vita quotidiana	Valori percentuali della diffusione (%)
Lavarsi mani e viso da solo	16,79
Mangiare anche tagliando il cibo da solo	17,79
Alzarsi dalla sedia	24,30
Alzarsi dal letto	34,04
Vestirsi da solo	34,40
Chinarsi (a)	43,67
Salire le scale	44,92
Camminare	48,64
Bagno da solo	58,98
Casi complessivi (b)	2.197mila

a. data la formulazione della domanda, che presuppone la possibilità, stando in piedi, di raccogliere un oggetto caduto per terra, non stupisce l'elevata percentuale di disabili, pari a 43,7%

b. sono stati considerati i disabili con difficoltà di tipo motorio o funzionale

sti dati, e ai suoi effetti anche finanziari sui sistemi di welfare, che la sfida è aperta.

Un rischio che per l'Italia, Paese anziano per eccellenza, è altissimo: già quest'anno, secondo le stime dell'Assr (Agenzia per i servizi sanitari regionali), gli over 65, che rappresentano il 19% della popolazione italiana, "consumeranno" il 42% delle risorse sanitarie pubbliche. Per non dire del gravissimo gap di strutture dedicate alla terza età, soprattutto nelle grandi città, dove essere anziani significa spesso emarginazione, con esigue capacità di assistenza domiciliare, se è vero che solo un anziano su dieci riesce in media a ottenere le cure a domicilio.

Persona non autosufficiente, secondo il CNEL¹, quindi, è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella vita individuale sia in quella di relazione. Può considerarsi disabile grave colui che, nonostante l'uso di ausili e protesi, incontra difficoltà gravi oppure insormontabili per svolgere almeno una delle attività della vita quotidiana (alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi, ecc...). Altrettanto per coloro che incontrano difficoltà c.d. "apprezzabili".

Un'altra definizione di persona non autosufficiente è quella adottata, ad esempio, nella proposta di legge sul fondo non autosufficiente della Provincia Autonoma di Trento, dove all'art. 10 si dice che è considerata non autosufficiente la persona che, a causa di patologie o di disabilità fisiche, psichiche o sensoriali, intellettive o relazionali, è incapace di svolgere gli atti quotidiani della vita senza l'aiuto

rilevante e permanente d'altre persone.

Il reperimento dei fondi per sostenerre gli interventi per la non autosufficiente rappresenta il principale problema attuale e futuro, soprattutto in relazione ai servizi socio sanitari erogati, tra cui quelli ad elevata integrazione sani-

taria, come le Residenze Sanitarie Assistite, le Residenze Protette e l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Diventa altresì necessario omogeneizzare i comportamenti ed i modelli attuativi d'assistenza delle Regioni al fine di garantire, attraverso il segretariato sociale e un'assistenza domiciliare di maggiore qualità, adeguati e paritari livelli d'intervento su tutto il territorio nazionale.

Diverse forze politiche e sociali hanno auspicato la costruzione di un fondo nazionale sull'autosufficiente che, attraverso l'erogazione di risorse, garantisca a tutti un'assistenza essenziale che poi potrà essere integrata con fondi regionali per i livelli più elevati di intervento. Nel frattempo, la mancanza di un progetto nazionale gestito dallo Stato per la non autosufficiente, ha spinto le Regioni ad intraprendere strade molto diverse fra di loro.

LA TUTELA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

La tutela della non autosufficiente in età anziana è certamente un diritto esigibile.

Il diritto di cittadinanza è probabilmente la nuova formula per garantire, anche mediante gli organi di tutela comunitaria ed internazionale, ciò che prima era indicato come diritto affievolito.

Un fondo per la non autosufficiente costituisce la base della garanzia di un futuro di salute e ben-essere sociale, scenario dove elaborare proposte per migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti, in campo sociale e sanitario, con l'obiettivo di

costruire una rete di servizi a sostegno delle persone non autosufficienti.

L'urgenza di garantire una tutela previdenziale assicurativa in favore delle persone non autosufficienti è condivisa da tutti, soprattutto se si considerano gli effetti del progressivo invecchiamento della società, dei cambiamenti profondi nella struttura familiare, dell'isolamento in cui vivono molte persone anziane e, in generale, di quanto si abbia

Per definire l'intervento sociale occorre coordinare il combinato disposto della legge 328/00 e della legge costituzionale 3/01 sul federalismo, pur in mancanza, al momento, delle necessarie norme d'attuazione. Il succedersi delle normative, nonostante un'inversione temporale della scala di priorità, assegna allo Stato la legislazione esclusiva solo nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Di conseguenza, competono alla Stato le norme generali ed un potere di riequilibrio e alle Regioni la disciplina concreta di tali norme, tuttora inattuata, anche se, con progressione e modelli diversi, in corso d'attuazione in molte realtà regionali.

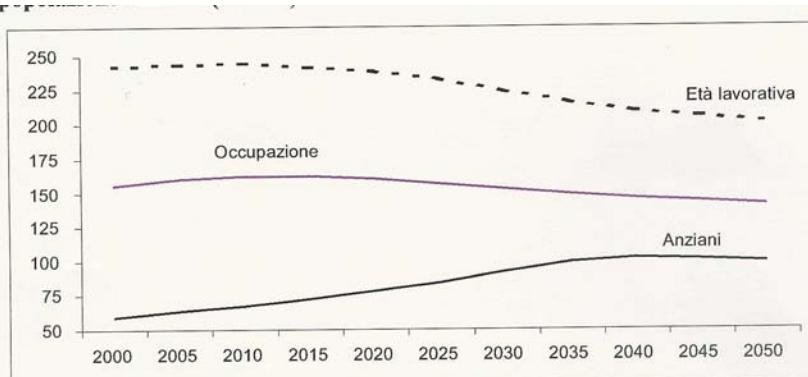
Il nuovo ordinamento tende a costruire un modello culturale moderno passando dalla nozione di "riparazione del danno subito" alla strategia dello "sviluppo del benessere" (fisico, mentale e sociale) riferito alle persone e alle famiglie e quindi, nel conformarsi alle concezioni europee, ampliando la necessaria cultura per lo sviluppo del sistema di prevenzione.

In questo contesto, la "vera assistenza sociale prende in considerazione ogni genere d'aiuto, di collaborazione e di servizio prestato alla persona".

Superata la nozione di "solidarietà compassionevole", occorre fare emergere il diritto sociale all'assistenza, che è un obbligo della funzione pubblica posto in capo alla istituzione preposta e che, in quanto tale, deve essere esigibile, in termini omogenei, nei suoi profili essenziali.

La funzione pubblica richiede la ripartizione delle competenze fra Stato, Regioni e Comuni che implica per la Regione la capacità impositiva, la programmazione e i controlli, mentre per i Comuni la progettazione e la

Figura 1 – Andamento previsto della popolazione in età lavorativa e della popolazione anziana (milioni)²



Source: Comitato per la politica economica (2001) "Budgetary challenges Posed by ageing populations", Eurostat e proiezioni a cura del gruppo d'i lavoro CPE sull'invecchiamento delle popolazioni

bisogno dall'aiuto degli altri in caso di malattia o d'età molto avanzata. Tutto ciò richiede ovviamente un'assistenza professionale dai costi piuttosto elevati, a volte tanto ingenti da risultare insostenibili non solo per i bilanci familiari, ma anche per quelli pubblici; ad aumentare l'onore della spesa, inoltre, non è soltanto il numero crescente delle persone bisognose d'assistenza, ma anche il tenore di vita elevato e le relative aspettative in fatto di qualità dell'assistenza.

L'invecchiamento della popolazione pone esigenze che i quattro tradizionali pilastri della pensione di vecchiaia, dell'assegno di disoccupazione, della previdenza antinfortunistica e dell'assistenza sanitaria, non sono più in grado di soddisfare del tutto. Con il fondo per la non autosufficienza si aggiunge un nuovo pilastro al sistema previdenziale: ossia la garanzia di vedere soddisfatti i bisogni primari quotidiani (come l'alimentazione, le cure personali e la mobilità), in modo adeguato ma soprattutto umano e dignitoso, a prescindere dalla propria situazione economica.

gestione diretta (o indiretta) dell'attività e delle prestazioni.

Realizzando nel territorio la mission del welfare community l'obiettivo strategico diventa l'integrazione socio-sanitaria, che in concreto realizza un'integrazione di comparti, tradotta nella rete di servizi che si esprime, con la valorizzazione della domiciliarità, dal lavoro di équipe interdisciplinare sino alla risposta personalizzata per il soggetto non -autosufficiente e nel sostegno alla famiglia.

A mano a mano che il federalismo si radica e si sviluppa aumentano l'autonomia, le competenze e le risorse degli enti locali nel loro complesso.

Ma siffatta tendenza produce una diversità di trattamento, appesantita dai tagli di spesa nelle politiche di bilancio, dalla inadeguatezza degli organici e dalla dispersione carsica delle competenze stesse.

L'interlocutore privilegiato delle politiche sociali diventa così la Conferenza unificata (Stato, Regioni, Città) poiché essa può promuovere la necessaria concertazione con le rappresentanze sindacali e sociali e può anche diventare il luogo nel quale, nel rispetto delle varie autonomie, può avvenire un continuo benchmarking e una diffusione di best practices per le attività svolte e per i processi produttivi utilizzati.

Pertanto l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi socio-sanitari, regolata dalle disposizioni regionali, deve tradursi in un intervento unitario, fortemente cooperativo, in grado di esprimere lo sviluppo di una cultura di progressivo federalismo solidale.

L'integrazione socio-sanitaria deve anche realizzare l'idea guida del welfare mix che combina gli erogatori e i pianificatori del ser-

zio, realizza il concetto di sussidiarietà orizzontale che consente e valorizza la gestione dei servizi sociali attraverso una pluralità di soggetti ed in particolare del terzo settore e del volontariato.

In questo senso diventa anche ipotizzabile un ruolo gestionale del privato, con società miste portatrici di risorse aggiuntive e anche di sperimentazioni di finanza innovativa, mantenendo il primato dell'indirizzo e della regia pubblici, promuovendo e salvaguardando la centralità dei diritti di cittadinanza.

LA DIMENSIONE ETICA

Per completare la riflessione, tra le molte angolature in cui si dispiegano il tema e le prospettive dell'impegno assistenziale rivolto alle persone non autosufficienti, ci si sofferma altresì sulla dimensione etica. Ogni scelta che appartenga all'uomo ne esprime le caratteristiche necessarie a chiedersi, e senza retorica, se ciò che agiamo vada nella direzione del bene (della specie, della società, dell'individuo). Due le possibili ispirazioni, entrambe fonte di riflessioni e anticipatrici di scenari, diversi ma anche confrontabili tra loro, quella cristiana e quella laica, portatrici di due focus distinti ma coesistenti: il valore della persona, della vita come dono in tutte le sue espressioni e limitazioni e il concetto del diritto alla salute, alla sicurezza ed alla dignità.

E' tangibile e apprezzabile lo sviluppo della legislazione a favore dei disabili e dei non autosufficienti; altrettanto si sono resi visibili i presupposti etici che in tutte le epoche hanno attraversato e connotato scelte politiche ed operative nella creazione di nuove risposte ai problemi dei più fragili: entrambe le cose non sono, però, sempre sufficienti a tracciare in

Una lezione alla scuola di Barbiana

Ai milioni di lettori della "Lettera a una Professoressa" è rimasta la curiosità di sapere come funzionava la Scuola di Barbiana. Questo libro, a 37 anni dalla morte di don Milani, risponde in parte a questa domanda, pubblicando la trascrizione di una lezione registrata su nastro magnetico. Il tema affrontato è il ballo fra ragazzi e ragazze in una scuola e in quelle che oggi si chiamerebbero discoteche, ma più ampiamente don Lorenzo sviluppa la trama della dignità della donna, ulteriormente arricchita in appendice con testi e foto edite e inedite. Gli appassionati di don Milani troveranno in questo libro la radicalità spumeggiante del priore di Barbiana, la sua attualissima critica della nostra società e una considerazione della donna che, anticipando i tempi, è ancora più attuale oggi e fedele al Vangelo.

Gesualdi Michele (a cura di), **Don Lorenzo Milani, Una lezione alla scuola di Barbiana**, LEF, Firenze 2004, p. 80, euro 6,00

modo inequivocabile il cammino dei provvedimenti, le scelte quotidiane, le priorità che talora s'imppongono. Le sfide della trasformazione demografica hanno messo a dura prova sia il valore assoluto della vita come quello del diritto alla salute ma il dibattito pubblico si è spostato spesso sulla ri-articolazione della catena logica della riforma dei servizi sociali (passaggio da una tutela statocentrica e monopolistica ad un welfare riorganizzato e federale) piuttosto che sulle priorità e sulle urgenze etiche, rivelando, di fatto, la fragilità della rete di protezione e la disarmonia del modello socio-assistenziale proprio sulla pelle dei più deboli (non autosufficienti).

Il Cardinale Carlo Maria Martini, intervenendo alla Prima Conferenza Nazionale della Sanità³ (Roma, 24 novembre 1999), lascia intuire quanto il modello del "buon samaritano" possa svilupparsi in linee di condotta non solo individuale. Il moto d'umanità, iniziale (<passando-gli accanto lo vide, ne ebbe compassione..>), lascia subito il posto ad una operatività efficace (<Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino>), qualcosa di più di un atto di "pronto soccorso" dovuto in circostanze di emergenza. Non basta ancora. Il buon samaritano si prende a cuore il ferito anche per il tempo successivo (<Caricatolo sopra il suo giumento, lo portò ad una locanda e si prese cura di lui. Il giorno seguente estrasse

due denari e li diede all'albergatore dicendo: - Abbi cura di lui ->). Avere a cuore e prendersi cura sembrano essere binomi di un'etica che anche uno Stato sociale (da ripensare e ricostruire, non da smantellare, attraverso il recupero della centralità di alcuni valori e di alcuni soggetti) è chiamato a promuovere in relazione alla condizione di chi non può provvedere alla propria salute. Ancora nel suo intervento il Cardinale Martini rinforza l'idea di una nuova politica di solidarietà sociale, che nulla ha da spartire con l'assistenzialismo di comodo, dannoso, alla lunga, anche per gli assistiti stessi, ma che si fonda su interventi mirati a stimolare, secondo il principio della sussidiarietà, il senso di responsabilità e operosità dove anche il non-autosufficiente è messo nelle condizioni di esprimere le proprie capacità (residue) e il proprio essere cittadino a tutti gli effetti.

E' nel concetto del diritto alla tutela che l'etica cristiana trova il suo aggancio più significativo con quella laica: il diritto inalienabile di tutti al soddisfacimento dei bisogni fondamentali è principio universale che riguarda ogni persona e che si manifesta con tutta la sua urgenza negli esseri umani più fragili. Come tale non è qualcosa di raggiungibile solamente grazie alla carità volontaria o alla libera iniziativa: è una questione di giustizia e lo stato, come garante e responsabile è il primo chiamato a provvedere a che ciò si adempia.

Due testi sulle barriere architettoniche

I testi, che fanno parte della stessa colonna – Edilizia Urbanistica – si propongono come strumenti per fornire conoscenze teoriche e pratiche agli operatori del settore edilizio al fine di applicare in modo corretto i regolamenti legislativi e le prescrizioni tecniche in materia di barriere architettoniche. Il volume **Edilizia pubblica e privata accessibile a tutti** contiene un'analisi critica delle principali disposizioni legislative e normative in riferimento al superamento delle barriere architettoniche (dal 1968 ad oggi, con particolare riferimento al DPR 503/96), prendendo in considerazione i criteri di progettazione per l'accessibilità, indicando deroghe e sanzioni in materia di eliminazione delle barriere architettoniche (con raccordi alla normativa antincendio). **L'accessibilità e la fruibilità per tutti agli edifici, spazi e servizi pubblici e aperti al pubblico** si propone come manuale rivolto a tecnici e funzionari pubblici per fornire indicazioni operative per la pratica professionale e le attività amministrative. La prima parte del testo mette in rilievo gli aspetti tecnici delle disposizioni normative; la seconda parte si sofferma sulle tipologie edilizie, la terza parte si occupa delle deroghe all'applicazione della normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche e delle sanzioni per la mancata applicazione.

Silvano Galmarini, *Edilizia pubblica e privata accessibile a tutti*, CEL, Gorle 2004, pp. 291, euro 35,00; Silvano Galmarini, *L'accessibilità e la fruibilità per tutti agli edifici, spazi e servizi pubblici e aperti al pubblico*, CEL, Gorle 2004, pp. 243, euro 24,50

Va riaffermata l'enorme esperienza di studi e ricerche, perchè lo scenario è complesso, l'evoluzione incerta, le capacità di risposta della società spesso poco note.

Di fronte al fenomeno più straordinario dell'età contemporanea, cioè l'allungamento di molti anni della spettanza di vita alla nascita e in età avanzata, gli strumenti interpretativi della realtà biologica, psicosociale e clinica sono ancora primitivi.

Le parole chiave sono complessità e multiformità del bisogno, ricerca di modelli a rete, problematiche economiche.

Per quanto riguarda la complessità e multiformità del bisogno, una lettura realistica del mondo vitale degli anziani conferma l'impossibilità di creare modelli schematici entro i quali far riemergere l'enorme quantità di dinamiche che accompagnano una vita lunga e che tendono a creare realtà vitali assolutamente differenziate.

Oggi non si possono descrivere gli anziani come realtà omogenea, sia per le differenze tra i singoli, create dalle stratificazioni biologiche di eventi diversi, ma anche per la disomogeneità tra gruppi. Basti pensare alle enormi differenze tra Nord e Sud, tra campagna e città, tra anziani poveri e benestanti, tra storie di salute e di malattia, tra condizioni di autonomia e di non autosufficienza; presto sarà necessario anche affrontare le differenze tra gli anziani italiani e quelli che sono invec-

chiati nel nostro Paese provenendo da aree lontane. Sono necessarie città miti, attente, ospitali, generose, dove poter esprimere al massimo le potenzialità di convivenza.

La seconda parola chiave è "modelli a rete", cioè l'identificazione e la costruzione di una serie di servizi tra loro connessi che permettano all'anziano in buona salute di conservarla e a quello in condizioni di precarietà di essere difeso di fronte alle difficoltà della vita, in città che garantiscano sicurezza, luoghi d'incontro, possibilità di lavoro, ma anche un sistema sanitario adeguato che lo accompagni nel tempo e non lo abbandoni di fronte a malattie di lunga durata che hanno bisogno di interventi coordinati.

La terza parola chiave è "problematiche economiche". In un momento di evidente difficoltà per il nostro Paese è difficile proporre spese aggiuntive per finanziare servizi per la terza età. Ci troviamo di fronte al problema apparentemente irrisolvibile di trovare denaro per migliorare la qualità e la quantità dei servizi quando le ricchezze della Nazione vanno rapidamente diminuendo. Ciò pone nella condizione di non poter imporre nuove tasse e quindi di ridurre la quantità complessiva di risorse, quando anche le famiglie si trovano in crisi nella gestione diretta dell'assistenza ai propri anziani.

Di fronte a dilemmi così drammatici la politica deve riconquistare il suo primato, trovan-

Dalle riviste

Studi Zancan (Via Vescovado 66, 35141 Padova) nel numero 3/2005 (giugno 2005) presenta nella sezione monografica un intervento dal titolo **Povertà e vulnerabilità sociale: un percorso di ricerca**. Vengono illustrati i risultati di un'indagine sulla povertà e la vulnerabilità sociale a livello locale (in riferimento ai diversi ambiti territoriali del contesto provinciale) per valutare le tipologie di bisogno dei soggetti vulnerabili e le risposte dei servizi.

Animazione sociale (Corso Trapani 95, 10141 Torino) propone nel numero 5/2005 (maggio 2005) un inserto sul tema **Per una approccio sociale alla disabilità**: la necessità di programmare interventi nei servizi alla disabilità tenendo conto delle potenzialità soggettive e relazionali della persona disabile, rispettandone la biografia e il contesto in cui vive, superando la sterile identificazione con il deficit biologico e con la malattia. Segnaliamo inoltre, tra gli altri interventi, l'articolo di Roberto Merlo, **Ma quanto costa il sociale!**: una riflessione sul valore dei servizi alla persona.

Giano (Via Fregene 10, 00183 Roma) nel numero 50/2005 (giugno 2005) affronta il problema della crisi idrica planetaria. **Emergenza idrica** è il titolo del dossier dedicato a temi quali la disponibilità e l'accesso alle risorse idriche, sottolineando le gravi conseguenze – presenti e future – della frattura determinata tra Nord e Sud del mondo e i rischi della privatizzazione dell'acqua, presupposto della negazione dell'innegabile principio dell'acqua come patrimonio comune di tutta l'umanità.

do soluzioni forti, come forte è la sofferenza di molti, e infondendo fiducia.

Il noto obiettivo indicato dall'OMS per cui il concetto di qualità di vita è "pieno benessere fisico, psicologico e sociale", pur offrendosi come universalmente riconoscibile, suona eccessivo e utopico e rischia di creare aspettative oppure di non essere mai perseguiti veramente. Anche qui si può affermare che solo recuperando la dimensione etica, tralasciata dall'OMS, è possibile ricollocare la ricerca nella direzione di una salute che sia un bene della persona, di cui la persona ha responsabilità e cui la persona dà significato. E'

certamente complesso definire parametri oggettivi che definiscano la soddisfazione individuale, il mantenimento di stili di vita che hanno un senso profondo per un determinato gruppo sociale, la possibilità di prostrarre l'appartenenza ad una propria rete ecc.; ancora più complesso stabilire a chi compete stabilire i parametri di qualità di vita, la loro gerarchia e il rilievo da dare ad ognuno. La sensazione è che solo favorendo il risveglio della cultura dell'essere e quindi della cultura della vita, sarà possibile scoprire la sorgente del nostro nuovo ben-essere, persuadendoci che "il meglio è ciò che deve ancora accadere".



Fonti bibliografiche

- CNEL Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, commissione delle politiche del lavoro e delle politiche sociali, *La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione. Osservazioni e proposte*, Cnel, novembre(2003)
- Ferrario Paolo, *Dalla Legge 328/00 a oggi: riforma costituzionale e Piano nazionale dei servizi sociali*, in Prospettive sociali e sanitarie n. 3(2002), pp. 1-5
- CNEL, *La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione. Osservazioni e proposte*, Cnel, novembre(2003)
- CNEL, *La definizione e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della riforma costituzionale del Titolo V*, Cnel, luglio(2002)
- Atti del seminario *Livelli essenziali di assistenza: un sistema di interventi e servizi per affermare diritti esigibili*, Bologna, ottobre(2003)
- Hanau Carlo, *Sul "fondo per la non autosufficienza"*, Appunti, vol. 143, n. 6, 2002, pp. 16-19
- Indagine Multiscopo ISTAT del 1999-2000 sulle «Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari»
- Gori Cristiano, *Il welfare che non c'è*, La Voce Info, maggio (2004)
- Trabucchi Marco, *Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari: dalla struttura della rete alla definizione delle tariffe*, Tendenze Nuove n. 6(2004), Il Mulino editore
- Hanau Carlo, *Sul fondo per la non autosufficienza*, Gruppo Solidarietà, aprile(2003)
- Vecchiato Tiziano, *La tutela delle persone non autosufficienti*, Studi Zancan, Politiche e servizi alle persone, vol.3, n. 6(2002), pp. 7-16

1 Consiglio Nazionale Economia e Lavoro

2 La popolazione in età lavorativa è composta dalle persone di età compresa fra i 15 e i 64 anni.; la popolazione anziana è composta da persone di 65 anni ed oltre.

3 **L'etica dello stato sociale**, intervento del Card. Carlo Maria Martini alla prima Conferenza Nazionale della Sanità, Roma, novembre 1999