"SENECTUS IPSA MORBUS"

RICERCA SUI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER GLI ANZIANI NELL'AREA DI CUNEO, MONDOVÌ E ALBA/BRA

I QUADERNI DELLA FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

DI FEDERICA PORRATI

NUMERO 3 ■ 2008

FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

“SENECTUS IPSA MORBUS”

RICERCA SUI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER GLI ANZIANI NELL’ AREA DI CUNEO, MONDOVÌ E ALBA/BRA

I QUADERNI DELLA FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

DI FEDERICA PORRATI

NUMERO 3 ■ 2008

FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

INDICE

5 **PREMESSA**
5 **INTRODUZIONE**
5 I PERCHÉ DI QUESTA ANALISI
6 IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE E LE FONDAZIONI BANCARIE

7 **CAPITOLO I -L'UNIVERSO ANZIANI**
7 CONSIDERAZIONI GENERALI
7 LE DIMENSIONI DELL'INVECCHIAMENTO, IN ITALIA, IN EUROPA E NEL MONDO
14 GLI INTERVENTI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI A LIVELLO EUROPEO
14 LA BASE GIURIDICA - GLI ARTICOLI PRESENTI NEI TRATTATI COMUNITARI
15 L'UNIONE EUROPEA E I SERVIZI SANITARI
17 COMUNICAZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA E DISPOSIZIONI DEL CONSIGLIO EUROPEO IN MATERIA DI REGIME PENSIONISTICO
19 RECENTI SVILUPPI
22 L'UNIONE EUROPEA E I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI: IL PROGRAMMA PROGRESS
23 GLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI A LIVELLO ITALIANO IL QUADRO NORMATIVO
23 LE POLITICHE
26 CONCLUSIONI

27 **CAPITOLO II**
INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI IN PIEMONTE E NELL'AREA CUNEESE
27 INTRODUZIONE - DATI DEMOGRAFICI
28 GLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI SUL TERRITORIO CUNEESE
28 CONSIDERAZIONI PRELIMINARI SUL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO
29 CARATTERISTICHE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI
29 I SERVIZI A DOMICILIO
31 I SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI
32 I SERVIZI RESIDENZIALI

INDICE

33 I DATI RISCONTRATI NELL'AREA CONSIDERATA
34 ELENCO CENTRI AREA DI CUNEO
39 ELENCO CENTRI AREA DI MONDOVÌ
44 ELENCO CENTRI AREA DI ALBA/BRA
49 L'ASSISTENZA IN FAMIGLIA – COLF E BADANTI

50 **CAPITOLO III**
IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE E LE FONDAZIONI BANCARIE
50 INTRODUZIONE
50 IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE E LE FONDAZIONI BANCARIE
51 ANALISI DI "BEST PRACTICES" NEL SETTORE
54 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SUL RUOLO SVOLTO DALLE FONDAZIONI NEL SETTORE

55 **CONCLUSIONI**
RIFLESSIONI E PROPOSTE PER LA PROGRAMMAZIONE FUTURA

61 **BIBLIOGRAFIA E SITIGRAFIA**

PREMESSA:

Allungamento della vita:occasione mancata!
Allungamento della vita: allungamento della vecchiaia!
Allungamento della vita, ma non sempre miglioramento della qualità della vita.
Allungamento della vita: da successo della medicina a problema (annunciato e prevedibile, ma scarsamente considerato per la cronica mancanza di risorse e, soprattutto, per la miopia nella programmazione).

INTRODUZIONE

I PERCHÉ DI QUESTA ANALISI

I servizi socio-assistenziali per gli anziani

I servizi socio-assistenziali per gli anziani, essendo legati ad esigenze e situazioni di bisogno che toccano l'intimità relazionale ed emotiva degli individui e delle famiglie, non possono essere analizzati senza fare riferimento ai sistemi di valori e al contesto sociale e geografico in cui si situano.

Profonde modifiche negli ultimi 20 anni

Inoltre, nell'arco degli ultimi 20 anni, si è assistito a profonde modifiche riguardanti il significato, la destinazione e le caratteristiche organizzative e di fruizione delle singole prestazioni.

Prima fase

In una prima fase, infatti, tali servizi si collocavano in un'ottica di assistenzialismo-beneficenza, in relazione, soprattutto, a condizioni di bisogno economico o gravi menomazioni fisiche.

Ultimi anni

Negli ultimi anni, invece, grazie anche al miglioramento delle condizioni materiali e culturali, si è affermata una concezione di pianificazione della fornitura di servizi alla persona, qualificati e strutturati, progettati in base a specifiche condizioni di bisogno, non solo di tipo economico e fisico, ma anche psicosociale.

Svolta negli anni '80

Questa fase di svolta nel settore inizia solo negli anni '80, con l'istituzione dei servizi sociali prima nei comuni e successivamente nelle ASL, unita ad uno sviluppo delle scienze sociali e a una maggiore consapevolezza dei cittadini e delle istituzioni nel concepire l'anziano non più in modo isolato, ma intimamente connesso con i gruppi sociali (famiglia, lavoro, quartiere,...) in cui è inserito.

Passaggio non immediato

Tale passaggio non è stato immediato e, sotto alcuni aspetti, non è ancora effettivo: si pensi alla loro disomogeneità e frammentazione territoriale, nonché alla diversità nelle strutture e nei servizi erogati.

Indagine capillare sul territorio

Ecco dunque l'importanza di un'indagine capillare sul territorio, mirata, oltre che a una fotografia dell'esistente, a una ricerca della migliore strategia futura di pianificazione delle attività nel settore.

Considerazioni di base

Nell'affrontare questa ricerca non si può però prescindere da alcune considerazioni di base:

· gli individui anziani e le loro famiglie hanno diritto ad un'assistenza ed un supporto qualificati;

· è possibile progettare e realizzare servizi di supporto alle persone con una filosofia integrata e flessibile, che può, in molti casi, avere obiettivi non solo di contenimento o rallentamento delle condizioni di bisogno, ma anche di miglioramento e sviluppo;

· la progettazione e la gestione di tali servizi deve il più possibile utilizzare competenze e metodologie specialistiche, diffuse sul territorio sulla base delle necessità effettive e seguendo una logica chiara e coerente;

· poiché la condizione di bisogno dei soggetti tende, per sua natura, ad aggravarsi, lo sviluppo di servizi socio-assistenziali agli anziani deve anche prevedere strategie e funzioni di prevenzione;

· tali servizi di supporto non possono essere basati su un isolamento e una segregazione dell'individuo, ma necessitano sempre di azioni positive tese al ristabilimento di esigenze di socialità e al superamento di barriere di emarginazione sociale.

IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE E LE FONDAZIONI BANCARIE

Un terreno di investimenti

Il settore socio-assistenziale, proprio per le sue potenzialità e le caratteristiche sopra delineate (in particolare per la sua collocazione a metà strada tra il settore pubblico e quello privato), può rappresentare per le Fondazioni bancarie un terreno fertile e stimolante per eventuali investimenti.

Al di là del fatto che una presenza qualificata delle Fondazioni nel settore non può essere limitata alla mera valutazione di progetti e iniziative, ma viene richiesto anche un ruolo attivo nella fase di pianificazione delle strategie, sulla base dei risultati della ricerca sarà necessario definire:

a) la tipologia di destinatari verso i quali investire (domiciliare, residenziale, centri diurni, centri residenziali, nuclei abitativi assistiti), sulla base delle carenze qualitative o quantitative emerse dall'analisi effettuata

b) categorie di destinatari privilegiate, attraverso l'identificazione di strategie di partnership con enti pubblici/associazioni e consorzi di produttori di servizi/ associazioni e consorzi di fornitori di servizi.

CAPITOLO I - L'UNIVERSO ANZIANI

CONSIDERAZIONI GENERALI
LE DIMENSIONI DELL'INVECCHIAMENTO, IN ITALIA, IN EUROPA E NEL MONDO

Situazione italiana

L'invecchiamento della popolazione è in Italia un fenomeno in preoccupante crescita: gli ultracentenari sono circa 4.000, la percentuale degli ultra ottantenni è pari al 4%, mentre gli ultra sessantacinquenni sono circa il 18% dell'intera popolazione, pari a circa 12 milioni di persone.
Le ultime stime disponibili (2006), pubblicate dall'Istituto Statistico ISTAT, fissano per l'Italia la vita media alla nascita in 77,8 anni per i maschi e 83,7 per le femmine, più alta rispetto alla media dell'Unione europea, rispettivamente di 74,8 per i maschi e 81,1 per le femmine.

Italia Paese longevo

L'Italia è inoltre il primo Paese in cui la popolazione degli ultra sessantacinquenni ha superato quella dei giovani con meno di 15 anni: per ogni 100 giovani italiani (0-14 anni), ci sono oggi 130 anziani, mentre negli anni '50 questo rapporto era di 31 anziani ogni 100 giovani. Inoltre, al momento attuale, l'84% degli uomini e il 92% delle donne raggiunge i 65 anni, il 64% degli uomini e l'81% delle donne i 75 anni.
Condizioni di sopravvivenza migliori di quelle italiane si sono riscontrate solamente in Svezia (77,7%) limitatamente agli uomini, e in Spagna (83,1%) per quanto riguarda le donne.
Nel 2040 la popolazione anziana rappresenterà il 33% degli italiani.

Recenti tendenze del processo di invecchiamento in Italia (2002-2050)

La seguente tabella presenta le tendenze recenti del processo di invecchiamento in Italia (2002-2050):

Anni	Numero medio di figli per donna	Speranza di vita alla nascita (valori in anni)		Struttura per età della popolazione (valori percentuali)			Indici di struttura (valori percentuali)			Età media (valori in anni)
		Maschi	Femmine	0-14	15-64	65+	Vecchiaia	Dipendenza	Dipendenza strutturale	anziani
2002	1,27	77,1	83,0	14,2	66,8	19,0	133,8	49,8	28,5	42,2
2003	1,29	77,2	82,8	14,2	66,6	19,2	135,9	50,1	28,9	42,3
2004	1,33	77,7	83,7	14,1	66,4	19,5	137,8	50,6	29,3	42,5
2005	1,32	77,6	83,2	14,1	66,1	19,8	140,4	51,2	29,9	42,7
2030	1,48	81,0	83,6	12,2	60,8	27,0	222,1	64,0	44,0	47,0
2050	1,60	86,6	88,8	12,7	53,7	33,6	264,1	86,0	63,0	49,1

Dati e stime future

Alcuni dati e stime future per un'analisi comparativa:

ANNI	1861	1998	2018
0-19	11.465	11.840	9.216
60-79	1.627	10.887	11.909

Previsioni per il 2050

Appare evidente come il processo di invecchiamento proseguirà in maniera progressiva, giungendo nel 2050 a deformare la struttura per età della popolazione, con una quota di anziani (33,6% del totale della popolazione) oltre due volte e mezzo la quota di giovani (solo il 12,7%).

La riduzione sarà ovviamente evidente anche nella fascia di età adulta, come conseguenza delle passate tendenze della fecondità.

Le conseguenze di tale processo di squilibrio generazionale sono efficacemente sintetizzate attraverso gli indici di struttura della popolazione, che raggiungeranno valori più che doppi rispetto a quelli attuali.

Speranza di vita

Osservando i dati sulla speranza di vita alla nascita maschile e femminile (che nel 2050 raggiungerà, rispettivamente, 86,6 e 88,8 anni) occorre anche evidenziare che la crescita di popolazione anziana riguarderà soprattutto le fasce d'età estreme (i cosiddetti grandi vecchi) che rappresentano il gruppo più fragile tra gli anziani.

Ricerca del Max Planck Institute

In un recente articolo apparso su Gerontology, due ricercatori del Max Planck Institute for Human Development di Berlino hanno esaminato i guadagni e le perdite della senescenza (Baltes e Smith, 2003).

Le buone notizie riguardo alla longevità si concentrano, secondo gli autori, quasi esclusivamente nella terza età: aumento della speranza di vita, migliori capacità fisiche e mentali, maggiori riserve cognitivo-emozionali nella mente dell'anziano, benessere emozionale e personale, ecc.

Riguardo alla quarta età, invece, gli autori individuano le cattive notizie, ossia: perdita delle capacità cognitive e di apprendimento, aumento della sindrome da stress cronico, aumento della demenza senile, livelli elevati di fragilità, disfunzionalità e pluripatologie, ecc.

Non ultima va considerata la questione morale di guadagnare anni di esistenza, ma in condizioni di salute che non consentono di vivere dignitosamente. Proprio riguardo a tali considerazioni l'attenzione degli studiosi si va gradualmente concentrando non solo sull'aumento dell'aspettativa di vita, ma soprattutto sui guadagni di anni in buona salute e liberi da disabilità.

La crescita del gruppo degli ultraottantenni porrà problemi ancora più gravi, mettendo a dura prova il funzionamento del sistema di sicurezza sociale, soprattutto in relazione all'asimmetria tra popolazione economicamente produttiva e popolazione improduttiva e bisognosa di cure.

I differenziali regionali:

Anni	Numero medio di figli per donna	Speranza di vita alla nascita (valori in anni)		Struttura per età della popolazione (valori percentuali)			Indici di struttura (valori percentuali)		Età media (valori in anni)	
		Maschi	Femmine	0-14	15-64	65+	Vecchiaia	Dipendenza	Dipendenza strutturale	anziani
Piemonte	1,27	77,3	82,9	12,4	65,0	22,6	181,3	53,8	34,7	44,9
Valle d'Aosta	1,34	77,3	82,9	13,3	66,5	20,2	151,8	50,4	30,4	43,6
Lombardia	1,35	77,6	83,5	13,6	66,9	19,5	143,2	49,5	29,2	43,0
Trentino Alto Adige	1,54	78,2	84,1	16,2	66,2	17,7	109,3	51,2	26,7	41,2
Veneto	1,35	77,9	84,0	13,9	66,9	19,2	138,5	49,4	28,7	42,8
Friu. Venezia Giulia	1,23	77,8	83,1	12,0	65,4	22,6	188,0	52,9	34,5	45,3
Liguria	1,18	77,3	82,9	11,1	62,3	26,6	240,3	60,6	42,8	47,3
Emilia Romagna	1,34	78,1	83,6	12,5	64,7	22,8	182,9	54,5	35,2	44,9
NORD	**1,33**	**77,7**	**83,5**	**13,2**	**65,9**	**21,0**	**159,4**	**51,8**	**31,8**	**43,9**
Toscana	1,27	78,4	84,0	12,1	64,6	23,3	192,0	54,8	36,1	45,3
Umbria	1,31	78,0	83,8	12,5	64,2	23,3	186,4	55,9	36,4	44,9
Marche	1,28	78,8	84,7	13,1	64,4	22,6	172,9	55,4	35,1	44,2
Lazio	1,27	77,6	82,7	13,9	67,0	19,1	137,6	49,3	28,5	42,5
CENTRO	**1,27**	**78,1**	**83,5**	**13,1**	**65,7**	**21,2**	**162,0**	**52,3**	**32,4**	**43,8**
Abruzzo	1,21	77,2	83,8	13,4	65,3	21,3	158,6	53,1	32,6	43,3
Molise	1,14	77,2	83,8	13,4	64,7	22,0	164,7	54,7	34,0	43,5
Campania	1,43	76,1	81,8	17,5	67,2	15,3	87,8	48,8	22,8	38,9
Puglia	1,27	78,5	83,5	15,7	67,0	17,3	110,2	49,2	25,8	40,5
Basilicata	1,15	77,6	83,4	14,5	65,6	19,9	137,8	52,4	30,4	41,9
Calabria	1,24	77,6	82,9	15,2	66,5	18,3	120,2	50,3	27,5	40,9
Sicilia	1,41	77,4	82,3	16,1	65,9	18,0	111,3	51,8	27,3	40,6
Sardegna	1,05	77,2	83,6	12,9	69,5	17,6	136,8	43,9	25,3	42,1
MEZZOGIORNO	**1,32**	**77,2**	**82,7**	**15,8**	**66,8**	**17,4**	**110,3**	**49,8**	**26,1**	**40,5**

Differenze tra regioni italiane

Pur se con una comune e netta tendenza al progressivo invecchiamento demografico, le regioni italiane non presentano il medesimo livello di manifestazione del fenomeno: in particolare le regioni meridionali, nelle quali la discesa della fecondità è stata più lenta, presentano un minor grado d'invecchiamento (a causa di un ridotto apporto dal basso).

Verosimilmente, però, i guadagni di fecondità che si realizzeranno saranno attribuibili, soprattutto nel futuro più immediato, alle regioni del Centro e del Nord (tendenza già visibile), nelle quali la maggiore stabilità lavorativa delle donne (testimoniata dai tassi di occupazione femminile più elevati) permetterà un recupero in età più avanzate (oltre i 30 e fino ai 40 anni) della fecondità persa in età giovane.

Le regioni nelle quali si ha la maggiore quota di popolazione anziana sul totale regionale sono tutte centro-settentrionali: Liguria (26,6%), Toscana e Umbria (23,3%), Emilia Romagna (22,8%).

Le regioni più giovani sono, invece, tutte meridionali: Campania (15,3% di anziani), Puglia (17,3%), Sardegna (17,6%), Sicilia (18,0%).

Analoghi equilibri si registrano osservando i valori degli indici di struttura.

Pare opportuno rilevare che la Campania è l'unica regione italiana ad avere un valore di indice di vecchiaia inferiore a 100 (in corrispondenza del quale c'è esattamente 1 anziano per ogni giovanissimo), mentre la Liguria è l'unica regione ad avere valore superiore a 200 (in corrispondenza del quale il numero di anziani è esattamente doppio rispetto a quello dei giovani).

Il processo di invecchiamento è più acuto nelle regioni del nord

Le differenze territoriali possono essere efficacemente presentate attraverso le seguenti cartografie, costruite allo scopo di mostrare come il processo di invecchiamento sia più acuto nelle regioni del nord e del centro e meno intenso nelle regioni meridionali, con Liguria e Campania come regioni estreme.

FIGURA 1: VALORE DELL'INDICE DI VECCHIAIA NELLE REGIONI ITALIANE:

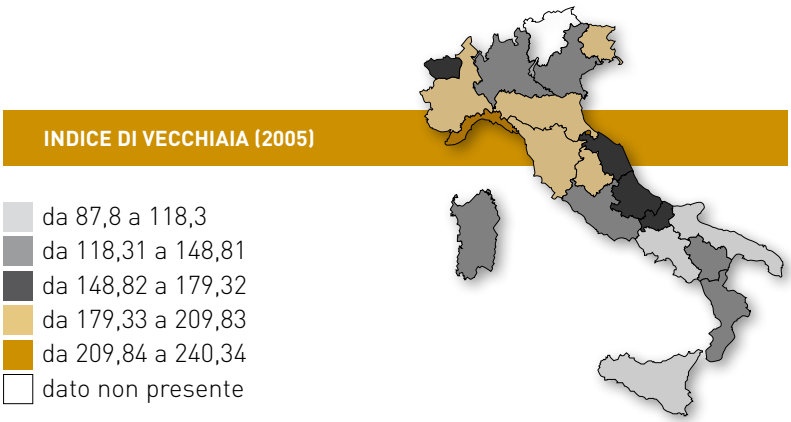


FIGURA 2: VALORE DELL'INDICE DI DIPENDENZA ANZIANI NELLE REGIONI ITALIANE:

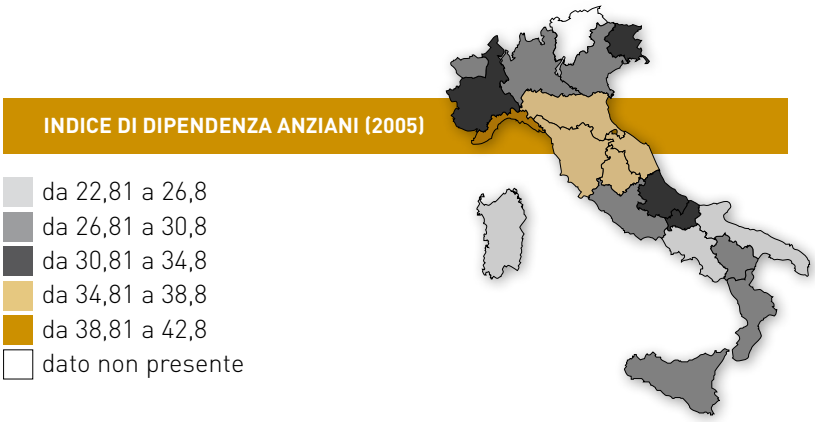
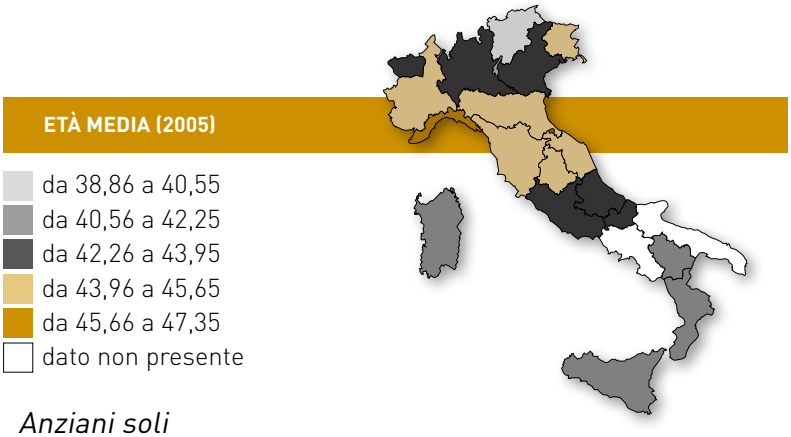


FIGURA 3: ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE NELLE REGIONI ITALIANE:



Anziani soli

Gli anziani che vivono soli sono oltre 2,6 milioni (il 27% degli anziani), di cui l'81% donne. Il 24% soli riceve aiuti informali e soltanto il 5% riceve aiuti dal Comune o da altri enti ed istituzioni. Le famiglie italiane con almeno un anziano sono il 34,8% del totale (con un solo anziano nel 22,9% dei casi, con due o più anziani nell'11,9%). Particolarmente a rischio appaiono 555.000 anziani soli che non hanno figli, fratelli, sorelle, oppure hanno figli che vedono solo raramente. Il 77% di questi è al di fuori di qualunque rete di aiuto.

Anziani disabili

I disabili sono il 5% della popolazione di 6 anni e più, oltre 2,6 milioni di persone. Le persone con disabilità sono prevalentemente concentrate tra gli anziani (73,2%, per un totale di 1,9 milioni di persone), per i quali il rischio di malattie, in particolare di quelle invalidanti, aumenta in maniera esponenziale con il passare degli anni.
Tra le persone di 65-74 anni, i disabili sono il 9,3%; passano al 20,7% tra 75 e 79 anni, per arrivare al 47,5% tra le persone con più di 80 anni.

Ruolo delle famiglie

La centralità della famiglia nella cura della malattia e nella tutela della salute è un dato consolidato.

Le famiglie con almeno un disabile sono 2.396.000, ossia l'11,2% del totale; in 246.000 famiglie vive più di un disabile.

Le famiglie con almeno un disabile grave sono 1.403.000, il 6,6% delle famiglie italiane, mentre 1,5 milioni di persone tra i 35 e i 69 anni di età hanno almeno un genitore non convivente con problemi di autonomia.

Allarme della Royal Commission

Alla velocità elevatissima dell'invecchiamento non corrisponde purtroppo la stessa velocità di adattamento delle strutture sociali ed economiche.

La Royal Commission britannica ha recentemente lanciato un allarme: entro il 2010 la spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti nell'Ue crescerà del 30% e nel 2030 esploderà del 150%.

Situazione in Italia

Gli italiani che hanno bisogno di assistenza sono oggi 2,7 milioni il 5% della popolazione, di cui il 73,2% anziani.

I consumi sanitari degli anziani nel nostro Paese assorbono oltre il 30% delle risorse pubbliche, ma per gli anziani non autosufficienti l'Italia investe solo l'1,6% del PIL, contro una media europea del 2,3%.

Dati OCSE

L'OCSE rivela che in Italia il 2,8% degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti sono assistiti a domicilio, il 5,5% in GB, il 6,1% il Francia, il 9,6% in Germania.

Situazione nell'Ue

Per quanto riguarda l'Unione europea, l'invecchiamento demografico in Europa presenta due aspetti:

- un aumento dell'aspettativa di vita alla nascita, rispetto al 1970, di 5,5 anni per le donne e di quasi 5 anni per gli uomini. Quest'evoluzione si traduce anche in un aumento dell'aspettativa di vita "in buona salute" o senza disabilità;
- un aumento della quota di persone anziane. La percentuale della popolazione europea di età superiore a 65 anni aumenterà da 16,1% nel 2000 a 27,5% nel 2050, mentre quella delle persone di più di 80 anni, che nel 2000 rappresentavano il 3,6%, nel 2050 dovrebbe raggiungere il 10%.

Situazione nei PVS

Molto diversi i dati riscontrati nell'area dei Paesi in Via di Sviluppo (PVS), dove la vita media alla nascita era di 61,2 anni per i maschi e 64,6 per le femmine.

Ruolo dell'immigrazione

Non bisogna però dimenticare l'importante ruolo che l'immigrazione potrebbe rivestire nel contenere il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione: gli ingressi dall'estero costituiscono infatti un notevole elemento di riequilibrio demografico.

Grazie all'immigrazione potrebbe infatti verificarsi un rapido contenimento del calo di popolazione attiva.

Senza il fenomeno migratorio, gli anziani "over-65" passerebbero, nel ventennio 2003-2023, dal 28,5% al 41,4% della popolazione, mentre, col contribuito degli immigrati, il rapporto si attesterebbe al 38,5%.

Riflessione sull'universo anziani

Tuttavia, in assenza di risposte precise sull'incidenza dei flussi migratori sull'andamento demografico della popolazione nei Paesi industrializzati, non è possibile non riflettere sui nuovi significati presenti nell' "universo anziani" dei giorni nostri, né trascurare le problematicità ad esso connesse.

Rilevanza del fenomeno dell'invecchiamento demografico

I dati fin qui forniti, infatti, non lasciano dubbi sulla rilevanza del fenomeno dell'invecchiamento demografico.

Esso è sicuramente riconducibile ad una serie di concause, in larga parte riconducibili al progresso tecnico-scientifico, il quale, pur introducendo nuove cause di morte, è stato in grado di alimentare una tendenza generale verso il miglioramento delle condizioni di vita.

Cause del fenomeno

Sono da attribuirsi ad esso, infatti:

- le migliorate condizioni di vita per la maggiore disponibilità di risorse spendibili per vivere: ciò si traduce in una migliore alimentazione, una maggiore cura della persona, un'igiene più sicura, sistemi di protezione più efficaci, un diverso stile di vita;
- le migliorate condizioni igienico-sanitarie della vita collettiva e la conseguente scomparsa delle grandi epidemie infettive;
- i notevoli progressi compiuti negli ultimi decenni dalla ricerca medica, scientifica e tecnologica;
- le modifiche nel settore dell'organizzazione del lavoro e dell'economia, che hanno portato a una diminuzione delle ore lavorative e una riduzione della fatica, derivanti dallo sviluppo tecnologico e dall'applicazione della ricerca scientifica, oltre che dalle conquiste sociali.

Fattori rilevanti

Nell'esplorare l'universo anziani bisogna pertanto tenere presente i seguenti fattori:

- le dimensioni quantitative e qualitative del fenomeno, ossia una struttura demografica che in prospettiva potrebbe essere dominata da anziani (ed in parte lo è già);
- il prolungamento della vita e il parallelo aumento della non-autosufficienza degli anziani, generatrice di situazioni di dipendenza, che richiedono interventi assistenziali e sanitari crescenti;
- il diverso modo di organizzare il tempo, rispetto al lavoro, al tempo libero, alla formazione, alla famiglia, nonché un nuovo sistema di diritti e doveri che influenzano notevolmente il cambiamento culturale, sia all'interno della famiglia, che nel sistema sociale e nelle sue varie articolazioni.

Un fenomeno strutturale

Si tratta chiaramente di un fenomeno strutturale e non congiunturale, che potrebbe condurre a mutamenti sociali che investano al tempo stesso il modello di

sviluppo e le regole di concorrenza della società odierna. Si è osservato che, negli ultimi 50 anni si osserva che la domanda di assistenza sanitaria è cresciuta più che proporzionalmente al reddito pro capite, mentre il livello di vita e il livello d'istruzione influivano sulla domanda di servizi.

Tre conseguenze

Il fenomeno ha generato tre conseguenze:

- i pazienti meglio istruiti, possono adottare modi di vita più sani e metodi di prevenzione che permettono, con il tempo, di evitare il ricorso a cure costose. I sistemi di assistenza sanitaria sono perciò portati ad intensificare le loro azioni di prevenzione e di educazione;
- i pazienti si aspettano dai sistemi di assistenza una qualità e un'efficienza sempre maggiori. Lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione permette loro di essere meglio informati sull'offerta di servizi a livello europeo e di compiere scelte sempre più avvedute;
- i pazienti esprimono il desiderio di essere considerati partner e attori dei sistemi di assistenza sanitaria da parte degli operatori del settore sanitario e delle autorità pubbliche. Si aspettano inoltre una maggiore trasparenza sul funzionamento e sulla qualità dei servizi sanitari.

Indagini e studi

Per questo, organizzazioni statali ed internazionali stanno indagando sui contenuti del fenomeno, sui significati che esso può assumere in prospettiva e sulle possibili soluzioni per valorizzare al meglio la risorsa anziani all'interno della società.

GLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI A LIVELLO EUROPEO

Una sfida

I mutamenti demografici costituiscono a lungo termine un'importante sfida per la capacità dei sistemi di protezione sociale di fornire pensioni e assistenza sanitaria di elevata qualità e di lunga durata, a un livello accessibile a tutti e il cui finanziamento sia garantito a lungo termine.

Politiche per l'inclusione e la protezione sociale

È quindi importante promuovere politiche in grado di garantire un'adeguata inclusione e protezione sociale e la sostenibilità dei sistemi previdenziali.

LA BASE GIURIDICA - GLI ARTICOLI PRESENTI NEI TRATTATI COMUNITARI

Principio di non discriminazione

La non discriminazione è un principio fondamentale dell'Unione europea.

Art.13

L'articolo 13 del trattato dispone che si prendano provvedimenti per combattere le discriminazioni fondate sul sesso, la razza o l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.

Art.21

La non discriminazione è inoltre sancita dall'articolo 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Art.85

Sempre nella Carta dei diritti, l'articolo 85, dedicato ai Diritti degli anziani, afferma che "L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale".

L'UNIONE EUROPEA E I SERVIZI SANITARI

I servizi sanitari, tra competenze statali e europee

L'organizzazione dei sistemi sanitari, le loro modalità di finanziamento (rapporto finanziamento pubblico/privato) e la pianificazione dell'offerta di assistenza in funzione dei bisogni della popolazione rientrano nella competenza degli Stati membri.
Questa viene tuttavia esercitata sempre più in un quadro generale su cui incidono numerose politiche comunitarie (ricerca, politica della sanità pubblica, libera circolazione delle persone e dei servizi, sostenibilità delle finanze pubbliche): si assiste, pertanto, sempre di più a un coinvolgimento dell'Unione europea nel settore.

Situazione nell'Ue

L'Ue beneficia di una situazione sanitaria globale e di sistemi sanitari eccezionali a livello mondiale grazie alla generalizzazione della copertura del rischio di malattia e invalidità, all'aumento del livello di vita, al miglioramento delle condizioni di vita e a una migliore educazione sanitaria.
La spesa globale per la sanità è passata dal 5% circa del PIL nel 1970 a più dell'8% nel 1998. La spesa pubblica per la sanità ha seguito lo stesso ritmo di crescita superiore al PIL in numerosi Paesi.

In aumento la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria

Se gli scenari di base di Eurostat si confermano, le spese pubbliche per l'assistenza sanitaria potrebbero aumentare, nel periodo 2000-2050, da 0,7 a 2,3 punti del PIL.

Tre sfide

In particolare, i sistemi dei servizi sanitari nazionali devono affrontare tre grandi sfide comuni a causa dell'invecchiamento della popolazione europea, dell'aumento dei costi delle prestazioni sanitarie sempre più elevate e dei pazienti, veri consumatori di cure, sempre più esigenti.
Di fronte a queste esigenze dovranno evolversi le strutture sanitarie, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dell'offerta.
Occorrerà in particolare supplire al maggiore bisogno di personale qualificato, poiché le strutture familiari più ridotte e instabili permettono sempre meno di appoggiarsi alle reti familiari di solidarietà.

Consigli di Lisbona e Göteborg

A partire dal Consiglio europeo di Lisbona (marzo 2000) è stata sottolineato la necessità di una riforma dei sistemi di protezione sociale per fornire servizi di assistenza di qualità; ad essa hanno fatto seguito il Consiglio europeo di Göteborg

(giugno 2001), in cui si è deciso di iniziare a strutturare una strategia comunitaria che fornisca agli Stati orientamenti in materia di assistenza sanitaria e di assistenza per gli anziani.

3 parole-chiave

Negli ultimi anni, la Commissione europea ha individuato tre obiettivi-chiave della strategia:

1. l'accesso alle cure per tutti (Accessibilità)
2. un elevato livello di qualità dell'offerta di cure sanitarie (Qualità)
3. la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari nazionali (Sostenibilità finanziaria)

1. Accessibilità

L'accesso all'assistenza sanitaria è un diritto sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. Spesso però è condizionato dalla posizione sociale degli individui. Inoltre, è necessario garantire in particolare l'accesso all'assistenza dei gruppi svantaggiati e delle persone meno abbienti.

La Relazione comune di valutazione dei piani nazionali d'azione per l'integrazione sociale propone tre categorie di misure:

- lo sviluppo della prevenzione e dell'educazione sanitaria (protezione della maternità e dell'infanzia, medicina scolastica, medicina del lavoro);
- il rafforzamento dell'assunzione delle spese fino alla gratuità per le persone a basso reddito;
- la realizzazione di misure destinate ai gruppi svantaggiati, come le persone che soffrono di disturbi mentali, i migranti, le persone senza fissa dimora, le persone affette da dipendenza dall'alcol o dagli stupefacenti, ecc.

2. Qualità

Per fornire un'assistenza sanitaria di qualità i governi nazionali devono ottenere il migliore rapporto possibile tra i benefici per la salute e i costi dei prodotti e delle cure. Quest'approccio della qualità è reso complesso da due elementi:

- la diversità delle strutture e dei livelli di offerta di cure che determinano la domanda di assistenza e quindi il livello delle spese;
- l'eterogeneità delle pratiche terapeutiche.

L'analisi comparativa dei sistemi di assistenza e delle pratiche terapeutiche deve permettere d'individuare le "buone prassi" e di contribuire in tal modo al miglioramento della qualità dei sistemi di assistenza sanitaria.

3. Sostenibilità finanziaria

La disponibilità di un'assistenza di qualità per un maggior numero di persone richiede un certo livello di finanziamento. La pressione all'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria si fa sentire, indipendentemente dalle forme di organizzazione dei sistemi di assistenza degli Stati membri.

Riforme dagli anni '90

Questi ultimi hanno attuato riforme dall'inizio degli anni '90 utilizzando due leve principali:

- la regolazione della domanda: aumento dei contributi o un aumento della quota dei costi a carico del consumatore finale;
- la regolazione dell'offerta: fissazione di bilanci o di stanziamenti chiusi per i prestatori di assistenza, "contrattualizzazione" dei rapporti tra acquirenti e fornitori di assistenza.

Intensificare gli scambi di esperienze

Ciò nonostante, spesso è difficile distinguere gli effetti a breve termine da quelli più strutturali di queste riforme che permettono realmente di raggiungere un ritmo sostenibile di evoluzione delle spese. La Commissione europea ha quindi raccomandato di intensificare gli scambi di esperienze che permetterebbero di stabilire bilanci delle politiche in atto e costituirebbero strumenti utili di confronto e di progresso.

Cooperazione tra le parti interessate

Per raggiungere questi obiettivi, è essenziale la cooperazione di tutte le parti interessate (autorità pubbliche, operatori del settore sanitario, organismi di protezione sociale, organismi di assicurazione complementare e utenti).

COMUNICAZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA E DISPOSIZIONI DEL CONSIGLIO EUROPEO IN MATERIA DI REGIME PENSIONISTICO

Due documenti

A livello di Commissione europea, due sono i documenti comunitari di maggior interesse nel settore:

· Comunicazione della Commissione, del 21 maggio 1999 : "Verso un'Europa per tutte le età - Promuovere la prosperità e la solidarietà tra le generazioni"

· Comunicazione della Commissione, del 20 aprile 2004, "modernizzare la protezione sociale per lo sviluppo di cure sanitarie e di cure di lunga durata di qualità, accessibili e durature: un sostegno alle strategie pensionistiche nazionali tramite il Metodo Aperto di Coordinamento (MAC)".

MAC

Tale Metodo è stato applicato al settore considerato sulla base delle disposizioni del Consiglio europeo di Laeken (dicembre 2001), che prevede l'applicazione del MAC "al fine di aiutare gli Stati membri ad elaborare progressivamente le proprie politiche pensionistiche, per far fronte alle sfide lanciate dall'evoluzione della società".

Consiglio di Barcellona

Infine, il Consiglio di Barcellona del 2002 ha invitato gli Stati ad accelerare le riforme del regime pensionistico, "con l'obiettivo di garantire la sostenibilità finanziaria e la realizzazione degli obiettivi prefissi sul piano sociale".

Ruolo delle parti sociali

Le organizzazioni sovranazionali e le parti sociali hanno svolto un ruolo importante, aiutando i singoli Stati a definire e adottare politiche e obiettivi atti a invertire l'attuale tendenza al prepensionamento.

Due obiettivi per il 2010

In particolare, per il 2010 la Commissione europea ha definiti due obiettivi principali: in primis il raggiungimento di un tasso di occupazione del 50% per i lavoratori in età compresa tra i 55 e i 64 anni; in seconda battuta, l'innalzamento di cinque anni dell'età a cui si smette di lavorare (età di effettivo abbandono della vita attiva).

Approccio adottato da numerosi Stati Ue

Negli ultimi anni, diversi Paesi dell'Ue hanno adottato una politica globale o un approccio olistico che potrebbero essere presi a esempio da altre nazioni: alla riforma delle pensioni si sono aggiunte riforme dei sussidi di invalidità e disoccupazione, incentivi a trovare lavoro e misure che si sono già tradotte in vantaggi pratici:

· l'età di uscita dal mondo del lavoro è stata aumentata di due anni in Finlandia e nei Paesi Bassi;

· in Finlandia, Danimarca e nei Paesi Bassi si è avuta una diminuzione dei sussidi di disoccupazione;

· in totale, il 60% delle aziende danesi ha adottato una o più misure incentivanti per la gestione dell'età;

· le autorità del Regno Unito hanno convinto molte aziende a ricorrere al pensionamento flessibile ed adottare un codice di condotta adeguato, mentre si è incentivato economicamente il ritorno al lavoro da parte degli anziani;

· i Paesi Bassi hanno incoraggiato il lavoro atipico, con particolare riferimento al part-time durante gli ultimi anni della carriera.

Approccio adottato da altri Stati Ue

Altri membri dell'Ue, nella maggior parte dei casi caratterizzati da un alto tasso di abbandoni anticipati del mondo del lavoro, hanno cercato di invertire la tendenza attuale adottando politiche specifiche, benché i risultati ottenuti finora siano risultati modesti:

· la Germania e la Francia hanno approvato la riforma delle pensioni e della previdenza sociale, per esempio sostituendo il prepensionamento completo con quello a tempo parziale; attualmente sono impegnate nell'adozione di misure di più ampia portata.

· L'Italia ha proceduto a una drastica riforma delle pensioni, ma ora deve affrontare il problema della disoccupazione.

· La Svizzera rappresenta un caso particolare perché evidenzia un alto tasso di disoccupazione dopo i 60 anni in assenza di politiche ufficiali a riguardo (con l'eccezione di una previdenza sociale non molto generosa), mentre solo di recente è emersa la tendenza all'uscita anticipata dal mondo del lavoro.

· L'Ungheria ha compiuto una svolta drastica in materia di pensioni, finora senza però registrare alcun risultato in termini di disoccupazione.

RECENTI SVILUPPI

Relazione congiunta sulla protezione sociale e l'inclusione sociale 2007

La Relazione congiunta sulla protezione sociale e l'inclusione sociale 2007 analizza le priorità e i progressi realizzati per quanto riguarda l'inclusione sociale, le pensioni, l'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata, e sottolinea che restano grossi problemi da risolvere.

La relazione 2007 esamina le prime strategie nazionali integrate nei settori ora elencati, analizza le grandi tendenze nell'Ue e negli Stati membri e traccia un profilo per ciascuno di essi, mettendo in evidenza i principali problemi da affrontare.

Anche se i progressi sono nel complesso promettenti, la relazione individua una serie di obiettivi su cui dovranno concentrarsi gli sforzi futuri.

Parole d'ordine

Nei loro primi progetti a livello europeo riguardanti la sanità e l'assistenza di lunga durata, gli Stati membri hanno posto le seguenti parole d'ordine:

· garantire parità d'accesso a tutti;
· ridurre le disuguaglianze in termini di risultati sanitari;
· garantire un'assistenza sicura e di alta qualità;
· gestire l'introduzione di nuove tecnologie che permettano modi di vita salutari e autonomi.

Riforma dei sistemi sanitari

Di fronte alle sempre maggiori esigenze di assistenza di lunga durata, conseguente ai cambiamenti demografici, i sistemi sanitari dovranno essere riformati, dotati di risorse adeguate e posti su basi finanziarie sane.

Un più stretto coordinamento tra sanità e servizi sociali, il sostegno a forme di assistenza non professionale e l'uso di nuove tecnologie possono aiutare gli interessati a restare autonomi più a lungo.

...riforme in atto

Molti Paesi inoltre stanno adeguando i regimi pensionistici all'aumento della speranza di vita e rendono più trasparente la relazione tra contributi e prestazioni.

Tali riforme mirano a instaurare regimi pensionistici adeguati e sostenibili, mentre gli effetti delle riforme sull'adeguatezza devono essere sottoposti ad accurati controlli.

Vertice di primavera

Dopo essere stata adottata dal Consiglio, la relazione è stata presentata ai capi di Stato e di governo al vertice di primavera dell'8 e 9 marzo, come contributo sociale alla strategia per la crescita e l'occupazione.

Forti disparità tra Stati

La relazione evidenzia le forti disparità che persistono nel campo dell'assistenza sanitaria tra i diversi Stati europei: la speranza di vita varia per gli uomini da 65,4 anni in Lituania a 78,4 anni in Svezia e per le donne da 75,4 anni in Romania e 83,9 anni in Spagna.

In numerosi Paesi i regimi pensionistici sono stati riformati o sono in corso di riforma per garantire redditi adeguati ai pensionati e la sostenibilità finanziaria globale. Il modo migliore per raggiungere questo equilibrio è quello di aumentare la popolazione attiva, ma per questo occorre che i lavoratori anziani abbiano la possibilità di continuare a lavorare.
Il tasso d'occupazione complessivo delle persone di età compresa tra 55 e 64 anni è passato dal 38% nel 2001 al 43% nel 2005 e l'obiettivo del 50% fissato a Lisbona per il 2010 è stato raggiunto da nove Paesi, ma in altri la percentuale è solo del 30%.

Esempi di "buone pratiche"

Oltre a valutare i progressi realizzati dagli Stati membri e a stabilire priorità per le azioni future, la relazione congiunta individua esempi di buone pratiche e di approcci innovativi già adottati sul piano nazionale.
Ad esempio, il Regno Unito – dove il problema della povertà senile è preoccupante – applica tutta una serie di misure per cercare di porvi rimedio, mettendo l'accento sull'apprendimento nel corso di tutta l'esistenza e l'assistenza agli anziani, tramite assistenza domiciliare ed abbassamento delle rette delle case di riposo.
L' Austria ha adottato programmi per risolvere il problema degli anziani senza casa limitando gli sfratti e la Polonia sostiene l'economia sociale come mezzo per promuovere l'inclusione attiva, anche delle fasce più anziane della popolazione.

Problemi per le finanze pubbliche

Nonostante le riforme in corso, l'invecchiamento demografico farà lievitare la spesa per pensioni, salute e assistenza di lunga durata di 4 punti percentuali di PIL entro il 2050.
La sostenibilità a lungo termine delle finanze pubbliche è tuttora in questione. Secondo un recente studio della Commissione, esistono rischi elevati per 6 Stati membri, medi per 10 e bassi per 9.

Strategia in tre direzioni

Affrontare tutto ciò è un compito politico fondamentale per le istituzioni europee, che impongono dunque una strategia in tre direzioni: ridurre il debito pubblico, aumentare l'occupazione e riformare i regimi di protezione sociale, insieme a una maggiore crescita della produttività.

Pressioni impreviste

Lo studio sulla sostenibilità tiene anche conto del fatto che pensioni insufficienti possono portare a pressioni impreviste dovute ad aumenti ad hoc delle pensioni o a una forte domanda di altri benefici.

Problemi che devono essere affrontati congiuntamente

Adeguatezza, sostenibilità e aggiornamento delle pensioni sono problemi che, in definitiva, non possono essere affrontati separatamente.
Soprattutto nelle riforme pensionistiche tese a ridurre i prepensionamenti e ad aumentare incentivi e opportunità per lavorare più a lungo, in modo che i risultati comincino a evidenziare la crescita dei tassi d'occupazione dei lavoratori anziani, gli Stati membri sfruttano ora meglio i legami, nel contesto di una protezione sociale

semplificata e un processo di inclusione sociale, e tra tale processo e le politiche sociali, economiche e dell'occupazione a livello nazionale.
Se l'attuazione dei Programmi nazionali di riforma per la crescita e l'occupazione e delle strategie per la protezione e l'inclusione sociale si baseranno su queste sempre migliori interazioni, non mancheranno di conseguire buoni risultati.

La direzione delle politiche sociali a livello europeo e nazionale si stia chiarendo

Nello studio emerge inoltre come la direzione delle politiche sociali a livello europeo e nazionale si stia chiarendo e rafforzando.
Amministrazioni e persone interessate sono sempre più coinvolte nell'elaborazione delle riforme sociali, ma esistono ancora forti margini di miglioramento nella qualità del coinvolgimento degli addetti al settore nell'elaborazione delle politiche.
"*I compiti delle parti interessate*" - si legge nel documento - "*dovrebbero essere estesi all'attuazione e alle verifiche*"; occorre inoltre "*migliorare l'interazione tra la politica a livello nazionale ed europeo e la politica a livello regionale e locale - in cui le riforme sono generalmente attuate*".

Coesione sociale

Per quanto concerne la coesione sociale, i più recenti sviluppi sono incoraggianti: praticamente in tutti gli Stati membri sono in vigore, o lo saranno prossimamente, riforme tese a rendere i regimi più sostenibili sotto il profilo fiscale e sociale e più rispondenti alle mutevoli esigenze della popolazione. Esiste un vasto consenso sull'inclusione attiva, che riconosce la necessità di appoggiare il diritto della popolazione a svolgere un ruolo attivo nella società. Riguardo alle pensioni, c'è la volontà di riformarle sia sul piano dell'adeguatezza che su quello della sostenibilità. Migliorare l'accessibilità, la qualità e la sostenibilità stanno diventando obiettivi centrali delle strategie della sanità e dell'assistenza di lunga durata.

Obiettivi MAC

Come fissato negli obiettivi del MAC, promuovere la parità tra uomini e donne è essenziale per affrontare le problematiche suesposte. Nel complesso, gli Stati membri sanno affrontare meglio le questioni di genere e tendono con maggior frequenza a ripartire i dati per sesso. Alcuni di essi sono all'avanguardia nell'applicare sistematicamente la parità dei sessi, ma esistono ancora ampi spazi per iniziative politiche che si ispirino a principi di parità in tutti e tre i filoni della cooperazione.

Estensione del MAC

Questa relazione propone pertanto di estendere il "metodo aperto di coordinamento" al settore della sanità e delle cure di lunga durata. Ciò consentirà di stabilire un quadro che favorisca lo scambio di esperienze e delle migliori prassi seguite, sostenendo così gli Stati membri nei loro sforzi di riforma delle cure sanitarie e delle cure di lunga durata.

Un coordinamento efficace, ma poco visibile

Infine, il coordinamento tra attuazione delle politiche di inclusione sociale e di assistenza sanitaria e uso dei Fondi strutturali (come il Fondo Sociale Europeo) è migliore, ma in questo campo potrebbe essere reso più visibile.

EUnet-HTA

Sono state istituite agenzie nazionali di valutazione delle tecnologie sanitarie che stanno cooperando a livello dell'Ue (EUnet-HTA). Esse contribuiscono a garantire che i nuovi interventi siano efficaci, sicuri ed economici.

L'UNIONE EUROPEA E IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE: IL PROGRAMMA PROGRESS

Strategia di Lisbona

Il Consiglio europeo di Lisbona del 23 e 24 marzo 2000 ha inserito la promozione dell'occupazione e dell'integrazione sociale quale parte integrante della strategia globale dell'Unione volta a raggiungere entro il 2010 l'obiettivo strategico di divenire "l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e più dinamica al mondo, in grado di realizzare una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale".

Mete e obiettivi ambiziosi

Esso ha fissato nell'Unione mete e obiettivi ambiziosi in vista del ritorno a condizioni di piena occupazione, del miglioramento della qualità e della produttività del lavoro, nonché della promozione della coesione sociale e di un mercato del lavoro favorevole all'integrazione.

Tale cooperazione si deve basare sul metodo di coordinamento aperto.

Consiglio europeo del 22 e 23 marzo 2005

La strategia è poi stata riorientata dal Consiglio europeo di Bruxelles del 22 e 23 marzo 2005, dove è stata decisa l'istituzione del programma comunitario per l'occupazione e la solidarietà sociale, denominato Progress, destinato a sostenere finanziariamente la realizzazione degli obiettivi dell'Unione europea nei settori dell'occupazione e degli affari sociali, fissati nella comunicazione della Commissione sull'agenda sociale, e quindi a contribuire al conseguimento degli obiettivi della strategia di Lisbona in questi ambiti.

Durata

Il programma viene attuato dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2013.

Sezione 2

In particolare, la sezione 2, "Protezione sociale e integrazione", cui è assegnato il 30% della dotazione finanziaria dell'intero programma, sostiene l'applicazione del metodo di coordinamento aperto nel settore della protezione sociale e dell'integrazione:

a) migliorando la comprensione dell'esclusione sociale e delle questioni legate alla povertà, delle politiche in tema di protezione sociale e di integrazione, in particolare mediante analisi e studi e l'elaborazione di statistiche e indicatori comuni, nel contesto del metodo di coordinamento aperto nel settore della protezione sociale e dell'integrazione;

b) seguendo e valutando l'applicazione del metodo di coordinamento aperto nel settore della protezione sociale e dell'integrazione e il relativo impatto a livello na-

zionale e comunitario e analizzando l'interazione fra questo metodo e altri settori strategici;
c) organizzando scambi sulle politiche, le buone prassi e le impostazioni innovative e favorendo l'apprendimento reciproco nel quadro della strategia per la protezione sociale e l'integrazione;
d) sensibilizzando, diffondendo informazioni e promuovendo il dibattito sulle principali sfide e questioni politiche sollevate nell'ambito del processo di coordinamento delle Comunità nel settore della protezione sociale e dell'integrazione, in particolare fra parti sociali, attori regionali e locali, ONG e altri soggetti interessati;
e) sviluppando la capacità delle principali reti di livello europeo di sostenere e sviluppare ulteriormente gli obiettivi e le strategie delle politiche della Comunità in merito alla protezione sociale e all'integrazione.

GLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI A LIVELLO ITALIANO
IL QUADRO NORMATIVO

Quadro spesso confuso

In Italia, la molteplicità di leggi che regolano il settore dei servizi socio-sanitari per anziani crea un quadro confuso e spesso contraddittorio, che lascia spazio a interpretazioni e applicazioni diverse.

1992

Il Parlamento italiano ha approvato nel 1992 un "progetto obiettivo per la promozione e la tutela della salute degli anziani": un documento molto significativo che, pur non avendo valore di legge, costituisce un riferimento fondamentale per quanti operano nei servizi socio-sanitari. Esso prevede:
1. la garanzia di continuità assistenziale agli anziani in situazione di dipendenza;
2. la realizzazione della massima integrazione possibile tra servizi, per ottenere risultati congruenti con la globalità dell'approccio ai problemi dell'invecchiamento.

2000

Nel 2000, infine, è stata varata la legge di riordino dell'intero sistema dei servizi sanitari e degli interventi sociali (Legge 328), ma la sua applicazione si è scontrata con le modifiche costituzionali, miranti ad ampliare le competenze regionali in materia.

Diversità regionali

La situazione appare quindi incerta e diversificata, cosicché tutte le regioni applicano un diverso sistema di tutela degli anziani.

LE POLITICHE

Ministero della solidarietà sociale

Le politiche attuate dal Ministero della solidarietà sociale in favore delle persone anziane sono volte in particolare alla tutela ed alla promozione dei loro diritti, ad assicurare la permanenza attiva nel tessuto sociale delle comunità ed a garantire la dignità e la qualità della vita soprattutto nei confronti di chi vive in condizione

di non autosufficienza. Esse sono definite anche nel quadro degli impegni a delle attività realizzate in sede europea ed internazionale.

Obiettivi

Le principali attività sono indirizzate a:

· Sostenere e coordinare progetti ed iniziative di promozione sociale e culturale a sostegno della piena inclusione delle persone anziane, della loro partecipazione attiva allo sviluppo sociale ed alle reti di comunità, ed a consolidare un'immagine positiva della terza età nel contesto sociale e civile;

· Sollecitare e verificare il mantenimento di uno standard minimo di qualità e utilizzabilità dei servizi socio-assistenziali;

· Curare i rapporti con il mondo dell'associazionismo, del volontariato, dei sindacati dei pensionati, delle organizzazioni no profit e di cittadinanza attiva;

· Promuovere la solidarietà verso le persone anziane e tra le generazioni;

· Sostenere e promuovere i diritti fondamentali delle persone anziane in difficoltà;

· Sviluppare politiche e progetti per la cura delle non autosufficienze anche attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) e la gestione del fondo per le non autosufficienze;

· Assicurare la piena attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328, con particolare riferimento agli artt. 15 e 16;

· Curare le attività volte alla predisposizione di iniziative amministrative e legislative e di studi, analisi e rapporti sulla condizione delle persone anziane nel Paese;

· Partecipare alle attività promosse nell'ambito dell'Unione Europea, del Consiglio d'Europa, delle Nazioni Unite e di altri Organismi internazionali ed istituzioni di altri Paesi che si occupano di politiche per gli anziani.

Realizzazioni concrete

Nel concreto, negli ultimi anni, per migliorare la capacità di risposta del sistema e la soddisfazione dei pazienti, si sta sviluppando un modello che pone al centro il paziente. Esso comprende servizi su misura (soprattutto nell'assistenza di lunga durata) e la garanzia di una serie di diritti del paziente (libera scelta, partecipazione alle decisioni e possibilità di reagire attraverso apposite inchieste).

Distribuzione non uniforme

Tuttavia, la distribuzione dell'assistenza non è sempre uniforme.

Disparità regionali sono dovute non solo a situazioni geografiche, ma anche a caratteristiche istituzionali.

Il decentramento, pur permettendo ai servizi di adeguarsi alle circostanze locali, ha condotto però a differenziazioni nelle coperture e nelle modalità dei trattamenti. Anche la capacità di finanziamento può differire da una regione all'altra.

Priorità

Il Ministero inoltre sottolinea la necessità di sviluppare regimi di assistenza di lunga durata per rispondere a una domanda che sta crescendo.

L'offerta attuale è spesso insufficiente, ha elevati costi di personale e lunghi tempi di attesa.

La mutevole struttura delle famiglie, la maggior mobilità geografica e la diffusione del lavoro femminile impongono un'assistenza più formalizzata per anziani e disabili. Altra priorità: potenziare i servizi di assistenza a domicilio e l'introduzione di nuove tecnologie (sistemi a favore di una vita autonoma) perché gli interessati possano vivere il più a lungo possibile in casa propria.

Un'assistenza di alta qualità

L'Italia, insieme a numerosi Stati europei, sta inoltre approntando vari strumenti per ottenere e mantenere un'assistenza di alta qualità nell'intero sistema.
Essi comprendono: norme di qualità per chi presti assistenza, come requisiti strutturali e procedurali minimi, forme di accreditamento o di certificazione, tecniche di controllo della qualità basate su relazioni e ispezioni. I professionisti del ramo vanno incoraggiati a usare orientamenti clinici valutati e accessibili a livello centrale basati sui migliori dati clinici disponibili.

Necessità di coordinamento tra i diversi livelli di assistenza

Altro obiettivo è un miglioramento del coordinamento tra assistenza primaria, assistenza secondaria e terziaria, sia ambulatoriale che ospedaliera, e tra assistenza medica, infermieristica, sociale e a carattere palliativo, utilizzando anche lo strumento della e-sanità.
L'obiettivo è, attraverso il sistema, curare meglio e in modo più efficiente i pazienti anziani, favorirne l'autonomia, aumentarne la soddisfazione e la sicurezza, ridurre gli interventi inadeguati.

Programmi di prevenzione

Esistono anche programmi di promozione e di prevenzione contro le malattie non infettive e le disuguaglianze sanitarie (tumori, malattie cardiovascolari, programmi di vaccinazione).

Uso più razionale delle risorse

La maggior parte degli Stati membri dell'Unione europea, tra cui l'Italia, promuove inoltre da tempo un uso più razionale delle risorse, come: massimali di spesa, contributi, uso di medicinali generici, istruzioni al personale e valutazioni delle tecniche sanitarie.

Programmi per gli strati più svantaggiati della società

Alcuni programmi nazionali di riforma sono fortemente impegnati verso gli strati più svantaggiati nella società e affrontano, ad esempio, la segmentazione e la precarietà del mercato del lavoro aiutando le famiglie povere a beneficiare della crescita dell'occupazione.
I provvedimenti per garantire la sostenibilità delle finanze pubbliche sono affiancati da disposizioni per tutelare i gruppi più vulnerabili.

Interazione tra livello nazionale e comunitario

A livello europeo e nazionale è dunque necessaria un'interazione più forte e più visibile.

CONCLUSIONI

L'invecchiamento della popolazione ridisegnerà la struttura del nostro Paese e dell'Unione europea

L'invecchiamento della popolazione ridisegnerà la struttura e il profilo demografico del nostro Paese e dell'Unione europea, ridefinendo la forma e i significati del nostro sistema generazionale, con conseguenze abbastanza forti su tutto il sistema economico nel suo complesso.

Rappresenta, pertanto, una delle più grandi sfide delle società contemporanee, il cui grado di complessità e problematicità dipenderà in maniera cruciale dalla capacità di reagire del sistema economico stesso (reattività), o addirittura di agire preventivamente (proattività).

Il raggiungimento degli obiettivi europei è imprescindibile per il mantenimento del benessere sociale e per garantire la sostenibilità dei sistemi di welfare.

Italia

L'Italia, in realtà, è ancora abbastanza indietro rispetto agli altri Paesi europei, sia in relazione ai tassi di partecipazione dei lavoratori anziani al mercato del lavoro, sia per quanto riguarda l'età media di cessazione dell'attività lavorativa e sia, infine, per quanto concerne l'implementazione di strategie di lifelong learning.

Lifelong learning

La creazione e il mantenimento di una forza lavoro che comprenda tutte le età, cioè un mercato in cui le competenze e le capacità contino più dell'età cronologica, implica l'introduzione e il miglioramento di sistemi di istruzione e riqualificazione a carriera avanzata.

Si palesa, dunque, il ruolo fondamentale dei processi di lifelong learning, vale a dire l'aggiustamento progressivo delle abilità e delle competenze, in modo tale permettere l'incontro tra i bisogni e le esigenze di una popolazione che invecchia con quelli di un mercato e di un'economia mondiale in continuo divenire.

Ci sono due ordini di ragioni che avvalorano l'importanza di questo processo di formazione continua: innanzitutto, le competenze e le capacità dei lavoratori risulterebbero più rispondenti ai bisogni contingenti del mercato; in secondo luogo ne risulterebbe migliorato anche l'attaccamento al mercato del lavoro.

Necessità di maggiori investimenti

La formazione continua è un elemento fondamentale nella direzione del prolungamento della vita attiva degli individui.

È necessario, di conseguenza, che vi siano maggiori investimenti da parte dei governi, ma anche dei singoli datori di lavoro, per l'attuazione di piani formativi mirati, che tengano anche conto delle specifiche esigenze, attitudini, capacità dei lavoratori delle fasce d'età più elevate. Percorrere questa strada appare compito tutt'altro che facile, poiché presuppone un cambiamento dell'impostazione culturale dell'intero sistema formativo, che oggi investe quasi interamente sui giovani, mettendo, invece, a punto specifici interventi mirati alle esigenze di un mercato che invecchia.

Promozione dell'invecchiamento attivo

Lo sforzo dei governi sarà quello di promuovere l'invecchiamento attivo, così come definito dalla Commissione Europea (1999), ossia "[...] una strategia articolata che, da un lato incentivi gli anziani a continuare ad impegnarsi nell'attività di lavoro e nella vita sociale, dall'altro dia loro la possibilità di farlo [...]".

Pianificazione degli interventi formativi

Naturalmente, gli interventi formativi devono essere pianificati in modo tale da seguire l'individuo in tutta la sua vita lavorativa, affinché la formazione si configuri come un elemento ordinario, e non straordinario ed occasionale, del sistema produttivo.

Obiettivo finale

Agendo in questa direzione sarà possibile raggiungere l'obiettivo supremo dell'attuazione dei processi di lifelong learning: mantenere nel tempo una base di popolazione attiva più ampia e maggiormente qualificata, che possa contrastare in maniera adeguata gli squilibri economici che ineluttabilmente s'ingenerano in una popolazione che invecchia.

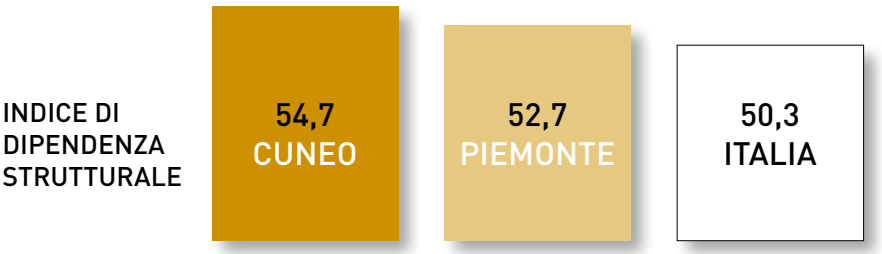
Necessità di un cambiamento culturale

L'adattamento sociale ed economico presuppone un preventivo cambiamento culturale: la sfida posta dal mercato del lavoro diviene, dunque, una sfida anche per i sistemi educativi dei diversi Paesi.

CAPITOLO II - INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI IN PIEMONTE E NELL'AREA CUNEESE

INTRODUZIONE – DATI DEMOGRAFICI

Per quanto riguarda l'area oggetto di studio, la popolazione cuneese ammonta attualmente ad oltre 567 mila abitanti e si distribuisce con una densità pari a 82,6 abitanti per kmq, meno della metà della media nazionale (194 per kmq) e di quella regionale (170,5 per kmq). La popolazione ultra 65enne su territorio cuneese è stimata attorno alle 125.000 persone. Una analisi per fascia di età della popolazione mette in rilievo come, con il 21,9% della popolazione con età superiore ai 64 anni, la Provincia di Cuneo è più anziana rispetto alla media nazionale (19,5%) e piemontese (22,1%). L'indice di dipendenza degli anziani sul territorio cuneese è pari a 54,7, contro il 52,7 del Piemonte e il 50,3 dell'Italia.



Da questi dati si desume la necessità di potenziare i servizi di assistenza per garantire il raggiungimento ed il mantenimento di una buona qualità della vita. In particolare, è auspicabile incrementare servizi mirati al mantenimento o recupero dell'autosufficienza, l'assistenza domiciliare integrata sanitaria e socio-assistenziale, compresa l'ospedalizzazione a domicilio, gli interventi a sostegno delle famiglie (con il riconoscimento del lavoro di cura anche da un punto di vista economico, l'utilizzo dei congedi parentali, i servizi di sollievo).

GLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI SUL TERRITORIO CUNEESE

In Piemonte - e, nello specifico, nella Provincia considerata - gli Enti che erogano gli interventi sanitari e socio-assistenziali, per anziani e non solo, sono:
· le Aziende Sanitarie Locali
· le Aziende Sanitarie Ospedaliere
· le Amministrazioni Comunali
· i Consorzi Socio-Assistenziali
· le Comunità montane.

Dopo le dimissioni da un ospedale o in particolari fasi della malattia, le persone possono essere curate presso il loro domicilio o in strutture di degenza per periodi più o meno lunghi. Quando non è più possibile garantire l'assistenza al domicilio può essere necessario un inserimento presso una struttura residenziale o semiresidenziale.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI SUL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO

ASSISTENZA SOCIALE

Il servizio di assistenza sociale si articola in interventi diversi a seconda delle problematiche che deve affrontare ed è rivolto a tutti i cittadini che risiedono sul territorio dell'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali. 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 situazioni di difficoltà.

SERVIZI SANITARI

Le prestazioni sanitarie vengono erogate dalle Aziende Sanitarie Ospedaliere e dalle Aziende Sanitarie Locali. Le A.S.L. svolgono il servizio 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)

- l'inserimento in presidi per soggetti non autosufficienti, previa valutazione dell'equipe di Unità Valutativa Geriatrica.

Per tutte le informazioni relative a questi servizi è possibile contattare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la Segreteria del Distretto Sanitario o l'Ente Gestore dei Servizi Socio-Assistenziali competenti. Altre informazioni possono essere richieste al proprio Medico di Famiglia. L'assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani e disabili è erogata in forma integrata con i servizi socio-assistenziali gestiti dai Comuni e dai Consorzi dei servizi sociali.

UNITÀ VALUTATIVA GERIATRICA (UVG)

Si tratta di 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 Geriatrica 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.

CARATTERISTICHE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Esistono tre tipologie di assistenza agli anziani:

1. i servizi a domicilio
2. i servizi semi-residenziali
3. i servizi residenziali.

SERVIZI A DOMICILIO

Il servizio è attivato dal medico di medicina generale per pazienti con particolari condizioni cliniche e/o di non autosufficenza, con l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero ospedaliero o in struttura residenziale. Le cure domiciliari vengono attivate anche per pazienti dimessi dall'ospedale nell'ambito del servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Tra le principali tipologie di cure domiciliari, figurano:

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.

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA:
È una forma di assistenza grazie alla quale il Medico di famiglia 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 base ed un responsabile dei Servizi Territoriali dell'ASL.

ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA:
Si tratta di prestazioni infermieristiche (medicazioni, terapie iniettive, ecc.) rivolte a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori infermieristici del distretto.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI):
È un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche, familiari e abitative lo consentono, di essere curate il più a lungo possibile nel proprio ambiente. È rivolto prevalentemente ad anziani, ma anche a persone di altre fasce di età, compresi i bambini. La responsabilità dell'attivazione del caso è del Medico di base. Il Servizio garantisce al domicilio del paziente una serie di prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche e socio-assistenziali allo scopo di evitare il ricovero o ridurne la durata presso una struttura ospedaliera o residenziale. Possono essere coinvolti anche operatori di Associazioni di volontariato. Tale Assistenza Domiciliare si protrae per tutto il tempo necessario alla cura.

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.

L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:
L'amministratore di sostegno è un istituto di tutela per le persone deboli, istituito con legge 9 gennaio 2004, n° 6. Fino a quel momento, le disposizioni a tutela delle persone incapaci di agire erano limitate all'interdizione e all'inabilitazione. L'amministratore di sostegno nasce in un'ottica e in una "filosofia" diverse rispetto alle misure finora esistenti poiché le sue finalità sono quelle di "tutelare, con la minore limitazione della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana". L'amministratore di sostegno - dice la legge - "nello svolgimento dei suoi compiti (...) deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario". È nominato dal giudice tutelare e può essere scelto anche tra persone indicate dallo stesso soggetto beneficiario al quale si affianca, senza sostituirsi, per consigliare, per sostenere e per facilitare.

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. È destinato alle persone sole con particolari problemi di salute. Si può ottenere rivolgendosi all'Assistente Sociale competente per territorio.

IL SERVIZIO PASTI A DOMICILIO:
È un servizio di consegna di pasti pronti (e per lo più caldi) a domicilio che contribuisce a permettere alle persone di rimanere nella propria casa anche quando non siano in grado di prepararsi i pasti e di uscire. I servizi sociali si convenzionano con Case di Riposo, trattorie, ditte specializzate a portare al domicilio il pasto in appositi contenitori termici a più scomparti, igienicamente sicuri. A volte le stesse strutture residenziali autonomamente forniscono il servizio. Il servizio si svolge per lo più per il pranzo di mezzogiorno. Il servizio è destinato a persone anziane o disabili sole non più in grado di reperire le materie prime e cucinarsi il pasto ed è utile in quanto può consentire alla persona o alle persone (in caso di coppie di coniugi o di parenti) di continuare a restare al proprio domicilio, se ciò è quanto desiderano.
La consegna del pasto rappresenta un'opportunità anche per monitorare le situazioni più a rischio e, se l'organizzazione lo consente, anche per ascoltare e far compagnia. Talvolta il servizio, proprio per la sua peculiarità, viene affidato a obiettori di coscienza o volontari.

SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

I servizi semiresidenziali sono suddivisi nelle seguenti categorie:

CENTRO DIURNO
È 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 è il:

CENTRO DIURNO ALZHEIMER
Si tratta di un 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. È 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.

Obiettivi principali integrati e coordinati tramite il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) sono: l'attivazione/riabilitazione dell'area cognitiva, del comportamento e delle abilità funzionali; l'attenuazione/regressione dei disturbi del comportamento; l'assistenza alla persona; il controllo e la sorveglianza dell'anziano; il sollievo alle famiglie dei pazienti. 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, educatori.

SERVIZI RESIDENZIALI

I servizi residenziali si distinguono in:

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 offre prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere ed un sufficiente livello di assistenza sanitaria, garantito dalla presenza di Medici di Medicina Generale, che assicurano l'assistenza medica, infermieri professionali, assistenti domiciliari e dei servizi tutelari per l'assistenza alla persona, cui si aggiungono generalmente fisioterapisti, terapisti occupazionali e animatori.

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. L'assistenza è qui garantita dalla presenza di un responsabile sanitario della struttura con compiti di coordinamento di tutte le attività sanitarie che vi si svolgono, medici e infermieri professionali, assistenti domiciliari e dei servizi tutelari per l'assistenza alla persona, cui si aggiungono generalmente fisioterapisti, terapisti occupazionali e animatori. Inoltre, possono essere messe a disposizione dalla A.S.L. altre figure professionali sanitarie: fisiatri, geriatri, psicologi, ecc.

NUCLEO RESIDENZIALE ALZHEIMER

È 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 integrati e coordinati tramite il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) sono: l'attivazione/riabilitazione dell'area cognitiva, del comportamento e delle abilità funzionali; l'attenuazione/regressione dei disturbi del comportamento; l'assistenza alla persona; il controllo e la sorveglianza dell'ospite. Le figure professionali presenti sono le stesse previste per la R.S.A., con formazione specifica sul tema della demenza.
Il servizio è rivolto alle persone anziane non autosufficienti e disabili (dalla nascita o a seguito di malattie o traumi), per i quali non sia realizzabile un programma assistenziale presso il proprio domicilio. L'accesso ai centri diurni ed alle strutture residenziali socio-sanitarie avviene a seguito di valutazione della persona e del suo bisogno assistenziale da parte delle apposite Commissioni integrate per l'handicap (Unità di valutazione dell'handicap) e per le persone anziane (Unità di valutazione geriatrica), operanti presso ciascuna ASL.

I DATI RISCONTRATI NELL'AREA CONSIDERATA

Negli ultimi 20 anni circa, si è verificata, anche in conformità all'aumento demografico della popolazione anziana, una forte crescita sul territorio delle Case di Riposo tradizionali. Per queste, si è investito troppo poco o male: si è in molti casi proceduto a una ristrutturazione di edifici fatiscenti e poco congrui, soprattutto ex ospedali di carità, in centri abitati e non sempre in zone idonee agli anziani.
Inoltre, sono spesso state effettuate scelte campanilistiche a scapito della qualità del servizio.
La distribuzione territoriale delle stesse non è sempre equa, anche se nel Cuneese c'è in tal senso una maggior sensibilità ed impegno rispetto ad altre zone.

Case di riposo presenti nell'area

Qui di seguito un elenco delle case di riposo presenti nei 3 territori considerati.
Si tratta di un totale di 135 centri, così distribuiti:
46 istituti nell'area di Cuneo (ex ASL 15)
43 istituti nell'area di Mondovì (ex ASL 16)
46 istituti nell'area di Alba e Bra (ex ASL 18)

AREA DI CUNEO

1) **BEINETTE**
CASA NOSTRA
VIA ROMA, 27
0171/ 384148
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F - Ente religioso - Regime definitivo - Anziani autosufficienti e non
Posti letto 52

2) **BERNEZZO**
CASA DON DALMASSO
VIA VILLANI, 16
0171/ 82318
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. - Anziani -Ente religioso - Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana e Maira
Posti letto 52

3) **BORGO SAN DALMAZZO**
RESIDENZA PER ANZIANI PADRE FANTINO
VIA MONTE BIANCO, 19
0171/ 262495
R.S.A. Anziani Consorzi L.R. 62/95 Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 60

4) **BOVES**
OPERE ASSISTENZIALI UNIFICATE MONS. CALANDRI
PIAZZA SAN GIOVANNI BOSCO, 1
0171/ 380108
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. -Adulti - Anziani - I.P.A.B. Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 90

5) **BOVES**
SOGGIORNO AURORA
VIA CHIESA VECCHIA, 5
0171/ 380313
Presidio Principale R.A. R.A.A.- Adulti - Anziani - Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 37

6) **BOVES**
CASA SPERANZA
VIA FUNGA, 79
0171/ 689021
R.A.F. Adulti – Anziani Fondazione Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 53

7) **BUSCA**
COMUNITÀ VANDA MEINI MAINARDI
FRAZIONE MADONNA DEL CAMPANILE, 25
0171/ 946372
C.A.S.A. Adulti Cooperativa Sociale Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana E Maira
Posti letto 20

8) **BUSCA**
OSPEDALE CIVILE
PIAZZA REGINA MARGHERITA,10
0171/ 935151
Presidio Principale R.A.A. R.S.A. Adulti - Anziani I.P.A.B. Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana E Maira
Posti letto 47

9) **BUSCA**
CASA DI RIPOSO SS. ANNUNZIATA
VIA MASSIMO D'AZEGLIO, 29
0171/ 945452
R.A.A. Anziani I.P.A.B. Estinta Cons.

Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana e Maira
Posti letto 44

10) **CARAGLIO**
CASA VALENTINA
VIA MILANO, 17
0171/ 619231
Comunità Alloggio - Anziani-Adulti Cooperativa Sociale Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana e Maira
Posti letto 12

11) **CARAGLIO**
CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE
VIA S. AGNESE, 2
0171/ 619132
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Anziani I.P.A.B. Privatizzata Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana e Maira
Posti letto 82

12) **CARAGLIO**
OSPEDALE S. ANTONIO
VIA VALGRANA, 8
0171/ 619555
Presidio Principale R.A. R.S.A. Adulti - Anziani I.P.A.B. Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana E Maira
Posti letto 50

13) **CENTALLO**
ISTITUTO SAN CAMILLO
VIA OSPEDALE, 38/42
0171/ 214037
Presidio Principale R.A. R.S.A. Adulti - Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 75

14) **CHIUSA DI PESIO**
CASA DEL SACRO CUORE
VIA PASCHERO SOTTANO, 32
0171/ 734048
R.A. Ente religioso Regime transitorio - Anziani Autosufficienti e non
Posti letto 13

15) **CHIUSA DI PESIO**
OSPEDALE RICOVERO
VIA PASCHERO SOTTANO, 45
0171/ 734116
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 43

16) **CHIUSA DI PESIO**
OSP. RICOVERO MUSSO GASTALDI
FRAZIONE S. BARTOLOMEO, 58
0171/ 738108
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 20

17) **CHIUSA DI PESIO**
CENTRO SOCIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO
VIA BEINETTE, 12
0171/ 734409
R.A.F. (Per Disabili) Adulti Consorzi L.R. 62/95 Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 14

18) **CUNEO**
CASA COTTOLENGO
CORSO BRUNET, 8
0171/ 692217
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani Altro Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 184

19) **CUNEO**
CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE
CORSO DANTE, 46
0171/ 67607
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.B. Anziani Ente Religioso Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 23

20) **CUNEO**
DIOCESI DI CUNEO - CASA FAMIGLIA
CORSO DANTE, 58
0171/ 692805
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Ente Religioso Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 142

21) **CUNEO**
RESIDENZA PER ANZIANI SANT'ANTONO
CORSO NIZZA, 89
0171/ 640611
R.S.A. Anziani Consorzi L.R. 62/95 Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 60

22) **CUNEO**
CASA RISTORO E PACE
VIA FOSSANO, 22
0171/ 690875
C.R.R. Adulti Fondazione Consorzio Socio-Assistenziale Cuneese
Posti letto 13

23) **CUNEO**
ISTITUTO STELLA MATTUTINA
VIA MELLANA, 13
0171/ 491205
Comunita' alloggio - B Adulti
Ente Religioso Consorzio Socio-Assistenziale Del Cuneese
Posti letto 12

24) **CUNEO**
SOGGIORNO PER ANZIANI
VIA MELLANA, 13
0171/ 492813
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Cooperativa Sociale Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 85

25) **CUNEO**
CASA MATER AMABILIS - ANGELI
VIALE MISTRAL, 1
0171/ 344028
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Consorzi L.R. 62/95 Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 57

26) **CUNEO**
RESIDENZA MATER AMABILIS - BISALTA
VIA SAVONA, 50
0171/346181
Consorzi L.R. 62/95 Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 25

27) **DEMONTE**
COMUNITÀ ALLOGGIO ANZIANI
COMUNE DI DEMONTE
VIA MARTIRI E CADUTI PER
LA LIBERTÀ, 1
0171/ 955814
Comunità Alloggio Psichiatrica
Anziani A.S.L. Consorzio Socio-
Assistenziale del Cuneese
Posti letto 20

28) **DRONERO**
OPERE PIE DRONERESI
PIAZZA XX SETTEMBRE, 19/A
0171/ 917067
Istituto o Casa Di Riposo Adulti -
Anziani Soc. Privata Cons. Servizi
Socio-Assistenz. Valli Grana e Maira
Posti letto 89

29) **DRONERO**
CASA DIVINA PROVVIDENZA
LE PERLE
VIA ROCCABRUNA, 36
0171/ 918004
R.A. Adulti - Anziani Ente Religioso
Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli
Grana e Maira
Posti letto 40

30) **DRONERO**
OSPEDALE S. CAMILLO DE LELLIS
VIA XXIV MAGGIO, 3
0171/ 918122
R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Cons.
Servizi Socio- Assistenz. Valli Grana
e Maira
Posti letto 60

31) **ENTRACQUE**
CENTRO SOCIO ASSISTENZIALE
SAN MICHELE
VIA OSPEDALE, 42
0171/ 978189
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F.
Adulti - Anziani Comune Comunità
Montane Convenzionate Bisalta -
Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 30

32) **LIMONE PIEMONTE**
CASA DI RIPOSO SANTO SPIRITO
VIA OSPEDALE, 1
0171/ 92132
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F.
Adulti - Anziani I.P.A.B. Comunità
Montane Convenzionate Bisalta -
Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 44

33) **MARGARITA**
RESIDENZA GIUBERGIA
VIA LOVERA, 5
0171/ 792291
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani
Consorzi L.R. 62/95 Consorzio
Socio- Assistenziale del Cuneese
Posti letto 18

34) **MONTEROSSO GRANA**
PENSIONATO MARIA VITTORIA
VIA MISTRAL, 56
0171/98726
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani
Ente Religioso
Posti letto 39

35) **MOROZZO**
CASA DI RIPOSO
VIA GALIMBERTI, 12
0171/ 772091

R.A. Ente Religioso - Regime Transitorio - Anziani Autosufficienti e non
Posti letto 50

36) **PEVERAGNO**
RESIDENZA VILLA FIORITA
FRAZIONE MONTEFALLONIO, 36
0171/ 338151
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. R.S.A. Anziani Cooperativa Sociale Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 120

37) **PEVERAGNO**
VILLA SAN GIUSEPPE MOSCATI
FRAZIONE SAN GIOVENALE, 64
0171/ 387507
R.A.F. Adulti - Anziani Fondazione Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 41

38) **PEVERAGNO**
CASA DI RIPOSO COMUNALE DON PEIRONE
VIA B. PRIERI, 35
0171/ 383016
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Comune Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 41

39) **PEVERAGNO**
RESIDENZA LE ROSE
VIA VITTORIO BERSEZIO, 40
0171/ 339229
R.A.A. Adulti - Anziani Soc. Privata Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 43

40) **ROBILANTE**
CASA RIPOSO SACRO CUORE
PIAZZA OLIVERO, 6
0171/ 78659
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Anziani Ente Religioso Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 47

41) **ROCCAVIONE**
ENTE MORALE FAMIGLIA TOSELLI
VIA DEL PILONE, 15/17
0171/ 767231
Presidio Principale R.A.F. R.A.F. (Per Disabili) Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 50

42) **SAN DAMIANO MACRA**
CASA DI RIPOSO DON GRASSINO
VIA DON GRASSINO, 12
0171/ 900117
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani I.P.A.B. Cons. Servizi Socio-Assistenz. Valli Grana e Maira
Posti letto 30

43) **STROPPO**
CASA DI RIPOSO ALESSANDRO RIBERI
VIA NAZIONALE, 30
0171/ 999122
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. ANZIANI
Posti letto 36

44) **VALDIERI**
ISTITUTO IMBERTI GRANDIS
VIA RAGGI, 6
0171/ 97152
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani I.P.A.B. Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 50

45) **VERNANTE**
RESIDENZA SACRO CUORE
VIA UMBERTO I, 157
0171/ 920221
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Ente Religioso Comunità Montane Convenzionate Bisalta - Valli Gesso e Vermenagna
Posti letto 42

46) **VINADIO**
CASA DI RIPOSO SIMONDI
VIA VITTORIO EMANUELE, 6
0171/ 959126
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Comune Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
Posti letto 60

AREA DI MONDOVÌ

1) **BAGNASCO**
PRESIDIO LA LUNA
VIA NAZIONALE, 59
0174/ 76424
Presidio Principale R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Soc. Privata Com. Mon. Valli Mongia, Cevetta E Langa Cebana
Posti letto 28

2) **BASTIA MONDOVÌ**
RESIDENZA L'AQUILONE
VIA GALLIANO
0174/ 60333
R.A.F. (Per Disabili) Adulti Consorzi L.R. 62/95 C.S.S.M. Cons. Servizi Socio- Assist. Monregalese
Posti letto 22

3) **BATTIFOLLO**
COMUNITÀ LE RONDINI
VIA CANTONE, 8
0174/ 783515
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Soc. Privata Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 33

4) **BELVEDERE LANGHE**
SOGGIORNO VILLA S.MARGHERITA
VIA DONADEI, 13
0173/ 797231
Anziani – S.N.C. privata
Posti letto 50

5) **BENEVAGIENNA**
OSPEDALE-INFERMERIA
VIA OSPEDALE, 8
0172/654155

Anziani I.P.A.B. - Regime transitorio - Anziani Autosufficienti e non
Posti letto 100

6) **CARRÙ**
OSPEDALE CIVILE DI CARRÙ
VIA OSPEDALE, 15
0173/ 75104
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.S.A. Anziani I.P.A.B. C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 89

7) **CEVA**
CASA ALBERGO CITTÀ DI CEVA
VIA DELLA REPUBBLICA, 1
0174/ 721770
Presidio Principale R.A. R.A.A. Adulti - Anziani Cooperativa Sociale Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 50

8) **DOGLIANI**
OSPEDALE DI COMUNITÀ SACRA FAMIGLIA
PIAZZA BELVEDERE, 1 - BORGO CASTELLO
0173/ 742560
R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. C.S.S.M. Cons. Ser. Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 45

9) **DOGLIANI**
OSPEDALE CIVICO DI DOGLIANI
VIA OSPEDALE, 1
0173/ 720211
Presidio Principale R.A. R.S.A. Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata C.S.S.M. Cons. Ser. Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 74

10) **DOGLIANI**
IST. SACRA FAMIGLIA
PIAZZA L.BELVEDERE, 1
0173/742560
Comunale R.A.F. Adulti-Aziani
Posti letto 40

11) **FARIGLIANO**
CASA SOGGIORNO COMUNALE
VIA FORNACE, 22
0173/ 76210
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Comune C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 45

12) **FARIGLIANO**
COOPERATIVA SOCIALE INTERACTIVE SCRL ONLUS
LOC. SPINARDI, 44
0173/ 743504
R.A. Adulti - Anziani - Assistenza Psichiatrica
Posti letto 16

13) **FRABOSA SOPRANA**
CASA DI RIPOSO MARIA SERRA
VIA ROMA, 25
0174/ 244184
Presidio Principale R.A. R.A.A. Adulti - Anziani Ente Religioso C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 25

14) **FRABOSA SOTTANA**
VILLA MARIA SERENA
VIA PROVINCIALE CHIASSE, 11
0174/ 345475
Casa di riposo - Ente Privato - Regime Transitorio - Anziani Autosufficienti e non
Posti letto 25

15) **GARESSIO**
CASA RIPOSO O.P. GARELLI
CORSO STATUTO, 34
0174/ 81061
Residenza Protetta Adulti - Anziani
I.P.A.B. Com.Mon. Valli Mongia,
Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 80

16) **GARESSIO**
RESIDENZA IL TIGLIO
VIA GARIBALDI, 108
0174/ 81075
R.A.A. Adulti - Anziani Soc. Privata
Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta
e Langa Cebana
Posti letto 25

17) **LEQUIO TANARO**
RESIDENZA DON COMINO
VIA CIGLIUTTI, 18
0172/ 696018
Presidio Principale R.A.A. R.A.F.
Anziani Soc. Privata C.S.S.M. Cons.
Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 52

18) **MAGLIANO ALPI**
CASA DI RIPOSO VILLA S. CHIARA
VIA LANGHE, 456
0174/ 66169
R.A. Anziani Ente Religioso C.S.S.M.
Cons. Servizi Socio-Assistenziale
Monregalese
Posti letto 25

19) **MOMBASIGLIO**
RICOVERO DON PECOLLO
VIA ROMA, 3
0174/789088
Residenza Assist. Adulti-Anziani
Posti letto 18

20) **MONDOVÌ**
CASA DI RIPOSO COTTOLENGO
VIA COTTOLENGO, 46
0174/ 42557
Istituto o Casa Di Riposo Adulti -
Anziani Altro C.S.S.M. Cons. Servizi
Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 90

21) **MONDOVÌ**
COMUNITÀ ALLOGGIO ALDEBARAN
VIA DELLA FUNICOLARE, 13
0174/ 552686
C.A.S.A. Minori - Adulti Cooperativa
Sociale C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-
Assist. Monregalese
Posti letto 8

22) **MONDOVÌ**
ISTITUTO SANTA TERESA
VIA GIOLITTI, 21
0174/ 552553
Istituto o Casa Di Riposo Adulti -
Anziani Ente Religioso C.S.S.M. Cons.
Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 11

23) **MONDOVÌ**
CASA DI RIPOSO M. BRUNO
VIA NALLINO, 6
0174/ 43158
Istituto o Casa Di Riposo Anziani
Ente Religioso C.S.S.M. Cons. Servizi
Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 22

24) **MONDOVÌ**
CASA DI RIPOSO SACRA FAMIGLIA
VIA ORTIGARA, 6
0174/ 42481
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti
- Anziani I.P.A.B. C.S.S.M. Cons.
Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 110

25) **MONDOVÌ**
CASA RIPOSO MONTIS REGALIS
VIA GIOLITTI, 6
0171/ 43483
R.A. - Ente Religioso - Regime Transitorio - Anziani Autosufficienti e non
Posti letto 13

26) **MONESIGLIO**
RESIDENZA ALTA LANGA - DON SCIANDRA
VIA MONTI, 2
0174/ 900503
R.A.F. Anziani Cooperativa Sociale Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 20

27) **MURAZZANO**
ISTITUTO ASSISTENZIALE BEATA VERGINE DI HALL
VIA C. D'ASTE, 7
0173/ 798007
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani I.P.A.B. Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 25

28) **NIELLA TANARO**
CASA DI RIPOSO
VIA XX SETTEMBRE, 38
0174/ 226174
R.A. Adulti - Anziani Ente Religioso C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 42

29) **ORMEA**
CASA DI RIPOSO RENZO MERLINO
VIALE CAGNA, 1
0174/ 391169
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 40

30) **PAMPARATO**
CASA DI RIPOSO GARELLI E SCIANDRA
VIA VILLA, 115
0174/ 351180
R.A. Adulti - Anziani Comune C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 12

31) **PAROLDO**
R.A. SAN GIUSEPPE
VIA COSTE, 5
0174/ 789191
R.A. Anziani Ente Religioso Com.Mon. Valli Mongia, Cevetta e Langa Cebana
Posti letto 22

32) **PIANFEI**
RESIDENZA ASSISTENZIALE CASA DI MOSE
PIAZZA VITTORIO EMANUELE, 8
0174/ 585706
R.A. Anziani Associazione Art. 12 e 36 C.C. C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 18

33) **PIOZZO**
CASA DI RIPOSO COMUNALE
VIA CARBONERI, 1
0173/ 795132
R.A. Anziani Comune C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 23

34) **PIOZZO**
CASA RIPOSO DELL'ALBA ROSA
VIA CARRU', 35
0173/ 795125

Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata C.S.S.M. Cons. Ser. Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 40

35) **ROBURENT**
CASA DI RIPOSO MARGHERITA SALVATICO
VIA DEL CASTELLO, 5
0174/ 228136
R.A. Anziani Cooperativa Sociale C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 11

36) **ROCCA DE' BALDI**
RESIDENZA F.LLI GIOVANNI E NICOLA GALLO
VIA COMM. GASTALDI, 22
0174/ 587043
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani I.P.A.B. C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 51

37) **ROCCAFORTE MONDOVÌ**
CASA DI RIPOSO MONS. G.B. EULA
VIA DON UNIA, 4
0174/ 65183
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Ente Religioso C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 40

38) **ROCCAFORTE MONDOVÌ**
RESIDENZA VILLA DELFI
VIA MADAME CURIE, 28
0174/ 683313
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani Cooperativa Sociale C.S.S.M. Cons. Ser. Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 57

39) **ROCCAFORTE MONDOVÌ**
VILLA ANDREA
VIA PROVINCIALE, 1
0174/ 683344
R.A.F. Anziani Soc. Privata C.S.S.M. Cons. Ser. Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 40

40) **ROCCAFORTE MONDOVÌ**
COLLEGINO MILENA
VIA TERME, 48
0174/ 583526
R.A.F. (Per Disabili) Adulti Associazione Artt. 12 E 36 C.C. C.S.S.M. Cons. Servizi Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 31

41) **SAN MICHELE**
CASA DI RIPOSO SAN MICHELE ARCANGELO
VIA ROCCHE, 4
0174/ 222503
R. A. R.A.F. Comunale-AnzianiAutosufficienti e non - Regime Transitorio
Posti letto 96

42) **VICOFORTE**
CASA RIPOSO SAN GIUSEPPE
VIA GALLIANO, 2
0174/ 63018
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata C.S.S.M. Cons. Ser. Socio-Assist. Monregalese
Posti letto 42

43) **VILLANOVA MONDOVÌ**
CASA DI RIPOSO
VIA BESSONE, 2/A
0174/ 699003
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani
Posti letto 44

AREA DI ALBA/BRA

1) **ALBA**
CASA DI RIPOSO OTTOLENGHI
CORSO ASTI, 3
0173/ 440406
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata
Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 67

2) **ALBA**
COMUNITÀ ALLOGGIO ABRATE
CORSO BRA, 51
0173/ 363953
Comunità Alloggio - A R.A.B. Adulti
Cooperativa Sociale Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 18

3) **ALBA**
COMUNITÀ L'ACCOGLIENZA
CORSO F.LLI BANDIERA, 19/B
0173/ 441122
Com. Alloggio O Res. Assist. Adulti
Associazione Artt. 12 E 36 C.C.
Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 16

4) **ALBA**
G. E O. FERRERO
VIA DE AMICIS, 16
0173/ 363821
Presidio Principale R.A.F. (Per Disabili) Adulti Soc. Privata Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 60

5) **ALBA**
SOTTOSOPRA
VIA MANDELLI, 13
0173/ 33508
Gruppo Appartamento Disabili Adulti
Cooperativa Sociale Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 5

6) **ALBA**
CASA COTTOLENGO
VIA VERNAZZA, 10
0173/ 362911
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. (Per Disabili) Adulti - Anziani Altro
Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 65

7) **BRA**
RESIDENZA MONTEPULCIANO
STRADA MONTEPULCIANO,76
0172/ 412548
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti Anziani Soc. Privata C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 76

8) **BRA**
PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA
VIA FRATELLI CARANDO, 28
0172/ 412345
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 52

9) **BRA**
HOTEL RESIDENCE "I GLICINI"
VIA S. GIOVANNI LONTANO, 31
0172/ 420308
Presidio Principale R.A.F. R.S.A. Anziani Soc. Privata C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 80

10) **BRA**
RESIDENZA MARIO FRANCONE
VIA UMBERTO I, 29
0172/ 430360
Presidio Principale R.A.F. R.S.A.
Anziani Soc. Privata C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 60

11) **BRA**
SOGGIORNO DELL'IMMACOLATA
VIA VISCONTI VENOSTA, 82
0172/ 491011
R.A.B. Anziani Soc. Privata C.I.S.A.
Int.Es.A.
Posti letto 9

12) **CANALE**
OSPEDALE RICOVERO P. TOSO
VIA MELICA, 1
0173/ 95690
I.P.A.B. R.A.F.
Posti letto 40

13) **CANALE**
VILLA VERDE
VIA MONTEU, 152
0173/ 978291
Ente Privato R.A.F.
Posti letto 30

14) **CASTIGLIONE TINELLA**
CASA DI RIPOSO S. ANDREA ONLUS
PIAZZA XX SETTEMBRE, 2 BIS
0141/ 855118
R.A.F. Anziani Associazione - Onlus
Consorzio Socio Assistenziale Alba-
Langhe-Roero
Posti letto 40

15) **CERESOLE ALBA**
CASA DI RIPOSO IL MUGHETTO
VIA SALASCO, 9 BIS
0172/ 574611
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti
- Anziani Comune C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 30

16) **CERRETO LANGHE**
CASA DI RIPOSO LA PINETA
LOC. PEDAGGERA, 1
0173/ 520201
Presidio Principale R.A. R.A.F.
Adulti - Anziani Ente Religioso
Comunità Montana Alta Langa
Posti letto 70

17) **CHERASCO**
CASA DI RIPOSO OSPEDALE
DI CHERASCO
VIA OSPEDALE, 46
0172/ 489120
Presidio Principale R.A. R.A.F.
Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata
C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 100

18) **CORNELIANO D'ALBA**
CASA DI RIPOSO M. ASSUNTA
CASTELLERO
VIA TORINO, 21
0173/ 619126
Presidio Principale R.A. R.A.F.
Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata
Consorzio Socio Assistenziale Alba-
Langhe-Roero
Posti letto 77

19) **CORTEMILIA**
VILLA MONSIGNOR SAMPÒ
VIA BONAFOUS, 11
0173/ 81164

Presidio Principale R.A. R.A.F.
Adulti - Anziani Soc. Privata Consorzio Socio Assist. Alba-Langhe-Roero
Posti letto 73

20) **CORTEMILIA**
PRESIDIO ASSISTENZIALE S.SPIRITO
VIA DANTE ALIGHIERI, 80
0173/ 81002
Istituto o Casa Di Riposo Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 25

21) **CORTEMILIA**
CASA RIPOSO SAN PANTALEO
VIA DELLA CHIESA, 9
0173/ 81008
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani Cooperativa Sociale Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 35

22) **DIANO D'ALBA**
CASA FAMIGLIA
VIA GAIOLE RINALDI, 3
0173/ 363686
Com. Sperimentale e/o Casa Famiglia Adulti Associazione Art.12 e 36 C.C. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 6

23) **GOVONE**
PIA CASA SAN CARLO
VIA BOETTI, 1
0173/ 58148
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 48

24) **GUARENE**
CASA DI RIPOSO SAN FRANCESCO D'ASSISI
VIA GARIBALDI, 8
0173/ 611148
Istituto o Casa Di Riposo Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 29

25) **LA MORRA**
CASA DI RIPOSO SS. CROCIFISSO
VIA MONS. G. GRASSO, 22
0173/ 50102
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 48

26) **MAGLIANO ALFIERI**
CASA DI RIPOSO VILLA SERENA
VIA MANZONI, 3
0173/ 66147
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani Cooperativa Sociale Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 42

27) **MAGLIANO ALFIERI**
PENSIONATO PER ANZIANI SOGGIORNO ALFIERI
VIA ROMA, 12
0173/ 66114
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Associazione - Onlus Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 50

28) **MONFORTE D'ALBA**
RESIDENZA DON CARLO OCOLE
VIA VALLADA, 9
0173/ 78403

Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Ente Religioso Consorzio Socio Assist. Alba-Langhe-Roero
Posti letto 55

29) **MONTÀ**
CASA DI RIPOSO CÀ NOSTRA
FRAZIONE S. ROCCO, 45
0173/ 971316
R.A. Adulti - Anziani Ente Religioso Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 41

30) **MONTÀ**
CASA DI RIPOSO LA DIVINA MISERICORDIA
VIA ROMA, 31
0173/ 9761181
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 51

31) **MONTEU ROERO**
CASA DI RIPOSO CASA SERENA
VIA UMBERTO I, 36
0173/ 90178
R.A. Adulti - Anziani I.P.A.B. Privatizzata Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 40

32) **MONTICELLO D'ALBA**
CASA DI RIPOSO MARGHERITA FARINASSO
VIA STAZIONE, 24
0173/ 64131
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 49

33) **NARZOLE**
CASA DI RIPOSO CASA FAMIGLIA
VIA CESARE BATTISTI, 7
0173/ 77241
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Cooperativa Sociale C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 57

34) **NEIVE**
CASA DI RIPOSO RICOVERO DE MARIA
VIA G. CESARE, 4
0173/ 67119
Presidio Principale R.A. Adulti - Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 69

35) **POCAPAGLIA**
CASA DI RIPOSO CÀ MIA
VIA SAN GIUSTO, 8
0172/ 473225
R.A.F. Adulti - Anziani Ente Religioso C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 26

36) **ROCCHETTA BELBO**
CENTRO DI INCONTRO PER ANZIANI
LOCALITA' SAN GIUSEPPE, 1
0141/ 880113
Istituto o Casa Di Riposo Adulti - Anziani Soc. Privata Comunità Montana Alta Langa
Posti letto 50

37) **RODELLO**
SOGGIORNO LA RESIDENZA
VIA ROMA, 1
0173/ 617175
Presidio Principale R.A. R.A.F. Anziani Ente Religioso Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 75

38) **SANTO STEFANO BELBO**
CASA DI RIPOSO V. RAVONE
VIA STAZIONE, 21 A
0141/ 844173
R.S.A. Anziani I.P.A.B. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 60

39) **SANTO STEFANO ROERO**
CASA DI RIPOSO S.GIUSEPPE LAVORATORE
VIA CAPOLUOGO, 10
0173/ 90189
R.A. Anziani Ente Religioso Consorzio Socio Assist- Alba-Langhe-Roero
Posti letto 21

40) **SANTO STEFANO ROERO**
PRESIDIO LE ACACIE
VIA VALLE SAN LORENZO, 60 F
0173/ 99050
Presidio Principale R.A. R.A.A. R.A.F. Adulti - Anziani Cooperativa Sociale Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 73

41) **SERRAVALLE LANGHE**
SOGGIORNO PER ANZIANI BOERI
VIA BOERI, 2
0173/ 748201
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Cooperativa Sociale Comunità Montana Alta Langa
Posti letto 22

42) **SOMMARIVA DEL BOSCO**
CASA DI RIPOSO OSPEDALE RICOVERO
LARGO DR. VANNI,1
0172/ 54062
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani I.P.A.B. C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 80

43) **SOMMARIVA PERNO**
RESIDENZA L'ANNUNZIATA
LOC. MAUNERA, 64
0172/ 450244
Presidio Principale R.A.F. R.S.A. Anziani Associazione Artt. 12 e 36 C.C. C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 80

44) **SOMMARIVA PERNO**
CASA DI RIPOSO MARIA IMMACOLATA
PIAZZA MONTFRIN, 5
0172/ 450059
R.A. Adulti - Anziani Ente Religioso C.I.S.A. Int.Es.A.
Posti letto 80

45) **TORRE BORMIDA**
SOGGIORNO SMERALDO
VIA VILLARETTI, 1
0173/ 88152
Presidio Principale R.A. R.A.A. Anziani Soc. Privata Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 41

46) **VEZZA D'ALBA**
CASA ALBERGO PER ANZIANI SACRO CUORE
PIAZZA SAN MARTINO, 6
0173/ 65029
Presidio Principale R.A. R.A.F. Adulti - Anziani Cooperativa Sociale Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero
Posti letto 80

L'ASSISTENZA IN FAMIGLIA – COLF E BADANTI

In Italia, soprattutto negli ultimi due decenni, nel contesto del generale invecchiamento della popolazione, è andato aumentando su tutto il territorio il bisogno di assistenza nelle famiglie, sia per lo svolgimento delle diverse incombenze domestiche, sia per seguire i bambini e accudire gli anziani, i malati e i disabili.

Il mutamento delle condizioni sociali delle famiglie, e i sempre più disagiati tempi di lavoro, comportano poi spesso l'impossibilità, per i componenti del nucleo familiare, di assolvere le mansioni richieste.

La forte domanda di assistenza "esterna" alla famiglia, che non sembra rispecchiare un fenomeno passeggero, ma risulta destinata a crescere in futuro, è in gran parte coperta da collaboratori e assistenti familiari immigrati, badanti.

Da un recente rapporto Inps-Caritas risulta che in Italia le persone che si dedicano a questa attività sono circa 500 mila, di cui 350 mila regolarizzati in seguito alla legge Bossi-Fini del 2002, e 150 mila, quindi un terzo, conviventi con la famiglia del datore di lavoro. Le donne costituiscono la maggioranza,ma anche gli uomini rappresentano ormai un prezioso punto di riferimento. Lo straniero in famiglia costituisce, così, una realtà che coinvolge migliaia di nuclei italiani.

Per quanto riguarda l'area oggetto di interesse per la Fondazione, sulla base dei dati raccolti , il numero di badanti è stimabile tra le 6.000 e le 10.000 unità. Si tratta per lo più di donne (99% dei casi), in maggioranza provenienti dall'Europa Centro-Orientale, di età per lo più compresa tra i 30 e i 40 anni.

I destinatari di tale tipologia assistenziale sono per la maggior parte anziani gravemente non autosufficienti in senso cognitivo.

CAPITOLO III - IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE E LE FONDAZIONI BANCARIE

INTRODUZIONE

Come già accennato precedentemente, il settore socio-assistenziale, proprio per le sue potenzialità e le caratteristiche sopra delineate (in particolare per la sua collocazione a metà strada tra il settore pubblico e quello privato), può rappresentare per le Fondazioni bancarie un terreno fertile e stimolante per eventuali investimenti.

Sulla base dei dati rilevati nell'analisi precedente, relativa alla presenza di case di riposo nel territorio considerato (aree di Cuneo-Alba/Bra e Mondovì) e all'offerta di servizi socio-assistenziali alternativi rispetto ad esse, per poter delineare un possibile intervento della Fondazione CRC nel settore, sono necessarie alcune considerazioni preliminari:

· è presente, sul territorio preso in esame, un'elevata eterogeneità delle strutture esistenti, in termini di caratteristiche e di tipologie di servizi erogate (gestori pubblici, religiosi, privati, legati a Consorzi socio-assistenziali o no, ...): sarebbe probabilmente utile procedere a una riorganizzazione del settore e razionalizzazione degli interventi;

· per farlo, si devono, in primo luogo, tener presente le caratteristiche del settore stesso, che comporta un'elevata attenzione alla qualità e all'organizzazione delle professionalità e delle risorse umane operanti in esso, il cui sviluppo può richiedere progetti (formativi, di supporto, di consulenza,...) altrettanto complessi rispetto a quelli rivolti alla progettazione o ristrutturazione delle strutture fisiche. Gli investimenti dovrebbero pertanto essere orientati verso una visione complessiva di sviluppo e supporto dei servizi sociali che tenga conto di questa complessità;

· i servizi socio-assistenziali sono, per definizione, rivolti a categorie "deboli", ossia caratterizzate da situazioni di dipendenza e carenza – questo ha un impatto non solo sui soggetti direttamente coinvolti, ma anche sulle famiglie e, in un contesto più ampio, sui luoghi di socializzazione (scuole, lavoro,...). La progettazione dei servizi dovrebbe pertanto tenere in considerazione anche questi fattori.

IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE E LE FONDAZIONI BANCARIE

Sono sempre più numerose le Fondazioni che prendono in considerazione l'assistenza agli anziani come autonomo settore di intervento destinandovi attenzione, progetti, risorse. È un segnale di tendenza preciso che indica la volontà di operare per individuare risposte concrete ed efficaci ai molteplici bisogni espressi dalle persone di età avanzata. In molti casi, le esperienze di assistenza domiciliare sono state considerate come una risposta magari impegnativa sul piano dei costi, ma estremamente interessante ed utile.

Altre Fondazioni hanno invece privilegiato il sostegno alla realizzazione di centri diurni, di appartamenti protetti, di Rsa, ossia a strutture residenziali improntate ad una reale qualità di assistenza, in cui l'anziano possa essere accolto come persona e non marginalizzato.
Nello svolgimento di questo lavoro di intervento nel comparto degli anziani, così come in altri ambiti del sociale, le Fondazioni si trovano spesso a dover interloquire con le amministrazioni pubbliche. Non di rado tale rapporto incontra difficoltà, dovute in gran parte al permanere nel settore pubblico di una concezione non ancora orientata al metodo della sussidiarietà orizzontale. Sembra a volte prevalere l'esigenza di ricondurre tutto ad una pianificazione pubblica, peraltro non scevra da logiche di tipo burocratico.

Inoltre, fino a qualche anno fa, la maggior parte degli importi erogati dalle Fondazioni al settore era destinato a finanziare iniziative contraddistinte da orizzonti temporali estesi, in molti casi legati ad uno specifico progetto formulato da soggetti beneficiari, dalle stesse Fondazioni e in alcuni casi da collaborazioni tra una Fondazione e altri enti a vario titolo coinvolti negli interventi a favore della popolazione anziana.

Negli ultimi anni, poi, è consistentemente e considerevolmente aumentata la quantità di risorse finanziarie che le Fondazioni destinano ad interventi a favore degli anziani: nella maggior parte dei casi, si tratta di iniziative di impegno economico relativamente contenuto, ma di considerevole importanza per le ricadute sul territorio di riferimento.

Infine, si è verificata, negli ultimi anni, una diversificazione degli interventi delle Fondazioni: se in passato prevalevano contributi di carattere generico (erogati "a pioggia" o contributi di gestione), oggi l'attenzione si concentra su una progettualità diretta alla promozione sociale – attenzione verso progetti volti alla realizzazione di centri diurni, di presidi avanzati (nuclei Alzheimer), di servizi di assistenza domiciliare integrata, tesi a rispondere da un lato alla crescente varietà di servizi che si manifesta nel settore, dall'altro alla volontà di evitare il più possibile l'estromissione dell'anziano dai circuiti della vita sociale e dai suoi contesti abituali.

ANALISI DI "BEST PRACTICES"

Qui di seguito un elenco, a titolo esemplificativo e assolutamente non esaustivo, delle attività e "best practices" realizzate da altre Fondazioni bancarie italiane nell'ambito dell'assistenza ai servizi socio-assistenziali per anziani.

1. Fondazione della Cassa di Risparmio di Biella:
Investimento in case di riposo:
Motivazione: impegno costante volto a migliorare la qualità della vita dei biellesi facendo fronte al progressivo invecchiamento della popolazione.

Oggetto: realizzazione e ristrutturazione di 6 case di riposo (OASI – Chiavazza; O.P. Cerino Zegna - Occhieppo Inferiore; Casa di riposo Ponderano; Casa di riposo Cavaglià; Casa di riposo Cossato – Lesiona; Casa per anziani Simonetti-Netro)

Entità del finanziamento: costo complessivo di oltre 12,8 milioni di euro. Alla realizzazione dei progetti, approvati dalla Regione, la Fondazione contribuirà con circa il 20% della spesa totale, per un importo complessivo di circa 2,6 milioni di euro.

Progetto realizzato a partire dal dicembre 2006.
Sempre la Fondazione della Cassa di Risparmio di Biella contribuisce da numerosi anni alle spese di gestione dello sportello informativo per anziani "Il Filo d'Arianna".

2. Fondazione della Cassa di Risparmio di Bologna:
Finanziamento al sistema domiciliare di assistenza
Motivazione: sulla base di studi effettuati dall'Università e dal Policlinico universitario di Bologna, è emerso come gli anziani che restano nel proprio domicilio abbia un'attesa di vita doppia, abbia la metà dei ricoveri in ospedale per eventi acuti, assuma la metà dei farmaci di chi vive in strutture.

Oggetto: cofinanziamento, in partnership con soggetti pubblici e/o privati, al sistema domiciliare di assistenza tramite la sottoscrizione, da parte della Fondazione, di un contratto giuridico, denominato contratto di solidarietà. Si tratta di un contratto di finanziamento a favore di terzi, con cui la Fondazione si assume l'obbligo di rendere disponibile su un conto vincolato e gratuito, che viene aperto a nome dell'anziano, una cifra mensile, pari alla sua quota in contratto. La famiglia è cofinaziatore del conto e deve garantire al proprio congiunto tutta l'assistenza di cui ha bisogno.

Progetto realizzato a partire dal 1999 nel Comune di Bologna e nel 2004 nel Comune di Rimini.

3. Compagnia di Torino:
Bandi per l'assegnazione di finanziamenti
Motivazione: di fronte all'invecchiamento della popolazione e all'esigenza di migliorare la qualità della vita degli anziani, la Compagnia assegna priorità alle iniziative che forniscono una risposta tempestiva ai problemi che si presentano all'interno di una famiglia in cui sia presente un anziano non autonomo o non autosufficiente, anche in vista di un progressivo alleggerimento del carico assistenziale gravante sui familiari

Oggetto: varo di 2 bandi:
- bando per l'assegnazione di contributi finalizzati all'acquisto di letti snodabili, materassi antidecubito e attrezzature sollevapersone, realizzato in collaborazione con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte;
- bando per la realizzazione sul territorio piemontese di Centri Diurni Integrati per anziani Bandi varati nel 2002.

4. Fondazione della Cassa di Risparmio di Tortona:
Realizzazione di una struttura residenziale nel comune di Tortona:
Motivazione: innalzamento dell'età media della popolazione residente nel Comune di Tortona (la percentuale di ultra-65enni costituisce il 25% circa della popolazione); crescente richiesta di ricovero in struttura di anziani gravemente non autosufficienti; insufficienza dell'adeguatezza della risposta istituzionale a queste problematiche.
Oggetto: realizzazione diretta di una struttura di alto livello, articolata in 4 corpi (un corpo centrale destinato ad ospitare i servizi e tre nuclei di degenza da 40 posti letto ciascuno).

Modalità del finanziamento: la Fondazione CR di Tortona ha effettuato, nel caso specifico, un investimento del proprio patrimonio, con un impegno diretto che si è estrinsecato nella costituzione della società strumentale Residenza Sanitaria Integrata CR Tortona S.r.l., che ha curato tutte le fasi che hanno preceduto quella costruttiva e, successivamente, la concreta realizzazione della struttura. La progettazione della struttura, realizzata in stretto contatto e collaborazione con i funzionari dell'azienda sanitaria locale, è stata affidata a uno studio ingegneristico individuato attraverso la partecipazione ad un bando aperto dalla società strumentale stessa.

Progetto realizzato nel 2002-2006: la struttura è funzionante nel 2006.

5. Fondazione Monte dei Paschi di Siena:
Acquisto di attrezzature per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
Motivazione: La Fondazione Monte dei Paschi di Siena sostiene progetti di intervento in quei campi che rivestono un'importanza particolare ai fini di qualificare, diversificare ed integrare il sistema dei servizi sanitari, tenendo in particolare considerazione la capacità dei progetti di favorire la crescita di efficienza, efficacia e qualità del servizio sanitario oltre che la fornitura di servizi innovativi non adeguatamente disponibili.

Oggetto: L'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese ha beneficiato di consistenti contributi per l'acquisto delle nuove attrezzature fra cui un ecocardiografo per la riduzione delle liste di attesa. Inoltre, la Fondazione ha finanziato un progetto di valutazione aziendale sulla base di standard europei e contribuito in maniera consistente all'acquisto di nuove attrezzature e ristrutturazione di immobili.

Entità del finanziamento: circa 3 milioni di euro.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SUL RUOLO SVOLTO DALLE FONDAZIONI NEL SETTORE

Dall'analisi di quanto è stato fatto nel settore dalle altre Fondazioni, emergono le seguenti considerazioni:

· fino a fine anni '90: la maggior parte degli importi erogati era destinato a finanziare iniziative contraddistinte da orizzonti temporali estesi, in molti casi legati ad uno specifico progetto formulato da soggetti beneficiari, dalle stesse Fondazioni e in alcuni casi da collaborazioni tra una Fondazione e altri enti a vario titolo coinvolti negli interventi a favore della popolazione anziana;

· è consistentemente aumentata negli ultimi anni la quantità di risorse finanziarie che le Fondazioni destinano ad interventi a favore degli anziani;

· nella maggior parte dei casi, si tratta di iniziative di impegno economico relativamente contenuto, ma di considerevole importanza per le ricadute sul territorio di riferimento;

· si è verificata, negli ultimi anni, una diversificazione degli interventi delle Fondazioni: se in passato prevalevano contributi di carattere generico (erogati "a pioggia" o contributi di gestione), oggi l'attenzione si concentra su una progettualità volta alla promozione sociale – attenzione verso progetti diretti alla realizzazione di centri diurni, di presidi avanzati (nuclei Alzheimer), di servizi di assistenza domiciliare integrata, tesi a rispondere da un lato alla crescente varietà di servizi che si manifesta nel settore, dall'altro alla volontà di evitare il più possibile l'estromissione dell'anziano dai circuiti della vita sociale e dai suoi contesti abituali.

CONCLUSIONI

RIFLESSIONI E PROPOSTE PER ORIENTARE GLI INVESTIMENTI FUTURI

Nell'ultimo triennio (2004-2006) la Fondazione CRC ha erogato generosi finanziamenti al settore socio-santiario, ed in particolare all'assistenza agli anziani.

Dall'analisi dei dati forniti emerge però un quadro alquanto disomogeneo delle erogazioni: le cifre più consistenti sono state investite, come era prevedibile, in costruzioni e ristrutturazioni edilizie di residenze per anziani o per l'acquisto di nuovi arredi.
Tali stanziamenti coprono circa il 90% delle erogazioni complessive.

In parte, tale denaro è stato utilizzato per la costruzione/ristrutturazione di centri di ricreazione e sale polivalenti per gli anziani. Il contributo a tali centri cresce soprattutto nell'anno 2006: sintomo, probabilmente, di una nuova sensibilità verso l'anziano, che non viene percepito soltanto come persona non-autosufficiente, o malato grave, ma come risorsa per la società, dotato di interessi e potenzialità.

È dunque da questa riflessione che è utile partire per definire le conclusioni di questo lavoro di ricerca e offrire alla Fondazione CRC spunti di riflessione e proposte per orientare gli stanziamenti finanziari futuri al settore.

La prima parola d'ordine è "promuovere la valorizzazione personale e la valorizzazione sociale degli anziani": è quindi auspicabile che la Fondazione CRC investa maggiormente, nei prossimi anni, nella promozione di strutture e attività ricreative, potenziando quelle esistenti e soprattutto creandone nelle aree attualmente "scoperte".
Tale promozione non deve passare soltanto attraverso investimenti in infrastrutture ricreative, ma anche nella forse più economica, ma ugualmente importante, azione di promozione di attività ricreative e formative per la Terza età, rispondendo anche in tal senso all'appello lanciato dalla Commissione europea, che ha invitato gli attori statali – pubblici e privati – a promuovere sul territorio politiche di "long-life learning" (Apprendimento nell'arco di tutta la vita).
Ciò ovviamente, senza trascurare l'importanza di investimenti nell'edilizia: a tal proposito, come mostrano i dati raccolti nella presente ricerca, il panorama dell'area cuneese si presenta estremamente variegato e disomogeneo. Moltissimi i centri residenziali di piccole e medie dimensioni, presenti soprattutto nell'area di Alba e Bra.

Come possono tuttavia sopravvivere tali centri di piccole dimensioni (una ventina di posti letto equivalgono dunque a una ventina di rette pagate, sicuramente non sufficienti a coprire tutti i costi che tali strutture presentano)?

Da indagini e colloqui con i responsabili di alcuni di questi centri, è stato confermato il fatto che in molti casi (anche se non nella totalità) si tratta di strutture che presentano forti difficoltà economiche e che, per il loro sostentamento (o per la loro sopravvivenza), si appoggiano a finanziamenti esterni. In molti casi intervengono donazioni di privati (sia persone fisiche, sia, nella maggior parte dei casi, fondazioni bancarie o enti filantropici); spesso sono i Comuni a farsi carico di parte delle spese. Nei piccoli Comuni, ad esempio, per ottimizzare le spese, il servizio-mensa delle case di risposo serve anche gli asili o i dipendenti comunali; in altri, tale servizio viene affidato a cooperative esterne, riuscendo quindi in parte ad abbattere i costi eccessivi che implicherebbe un servizio-mensa.

È dunque utile sostenere tali centri, o sarebbe meglio un'incorporazione e quindi una razionalizzazione geografica maggiore sul territorio?

Sicuramente, questa seconda soluzione abbatterebbe notevolmente i costi e migliorerebbe l'efficienza, ma, dalle letture e dalla consultazione di numerosi libri e pubblicazioni e soprattutto grazie ai colloqui con esperti del settore, con personale che vive a contatto con gli anziani, nonché dalle opinioni espresse dalla maggior parte della popolazione anziana, emerge comunque la seguente riflessione. Quello degli anziani – soprattutto se malati o in difficoltà – è un mondo che presenta un attaccamento al territorio sicuramente non più così forte nelle giovani generazioni. Soggiornare quindi in una residenza sita nel proprio Paese, benché per i familiari auto-muniti non rappresenti una stretta necessità, all'anziano offre generalmente sicurezze e garanzie maggiori e aiuta a superare - o almeno limitare - il senso di isolamento e spaesamento di cui si sente preda nel momento in cui deve lasciare la propria dimora.
Aiutare dunque questi centri a sopravvivere è, almeno al giorno d'oggi, una necessità. Si potrebbe però pensare, per una maggiore razionalizzazione ed un abbattimento dei costi, di promuovere un raggruppamento – o realizzare un coordinamento – delle amministrazioni delle case di riposo di piccole dimensioni, situate in aree vicine. Si potrebbe ad esempio stimolare il coordinamento e l'integrazione tra le strutture residenziali di piccole dimensioni per la gestione di acquisti, del personale e per gli aspetti amministrativi, al fine di realizzare economie di scala, confronti, reciproci sostegni e differenziazioni nelle risposte.

Collegato a ciò, il necessario potenziamento dell'assistenza domiciliare all'anziano: la propensione alla creazione di servizi anche avanzati s'inserisce del resto nel citato obiettivo di sostenere e assistere l'anziano il più possibile nell'ambito abitativo e familiare, sia per evitarne l'emarginazione, sia – non va dimenticato – per ridurre i ricoveri e le ospedalizzazioni, nonché i costi pubblici e privati ad essi collegati.

La tecnologia e la domotica in particolare hanno fatto enormi progressi in questo ambito e, anche in presenza di ridotta autosufficienza, è possibile comunque garantire l'autonomia della persona e quindi la possibilità di vivere per conto proprio o in famiglia.

La domotica, poi, è anche strumento di innalzamento della qualità della vita degli anziani che, pure, magari faticosamente ancora riescono a svolgere in totale autonomia tutte le attività della vita quotidiana; investire in un housing di qualità quindi è una richiesta importante, che rinvia proprio alla voglia di autonomia, di continuare a permanere presso la propria residenza più a lungo possibile. Anche perché se le abitazioni non sono dotate, ad esempio, di strumenti riabilitativi o di home fitness, la permanenza a casa potrebbe avere effetti non positivi rispetto all'alternativa di una collocazione in una residenza comunitaria; quindi, potenziare la ricerca e la commercializzazione a prezzi convenienti dei dispositivi per una casa comoda e sicura per gli anziani significa svolgere interventi sociali inclusivi che, di fatto, sono investimenti che aumentano la qualità della vita e riducono i costi sociali e sanitari.

La Fondazione potrebbe pertanto finanziare l'organizzazione di corsi mirati alla formazione di familiari, badanti e volontari, in modo da agevolare le famiglie nella cura dell'anziano a domicilio.

Si pone quindi la necessità di un investimento nella diffusione di informazioni agli anziani: a tal proposito, il web si presenta fornito di ampio materiale, costantemente aggiornato; ciononostante, Internet è una risorsa che spesso questa categoria non conosce e non usa: lo strumento cartaceo è ancora il canale privilegiato.
Sarebbe pertanto auspicabile la realizzazione, da parte della Fondazione, di opuscoli cartacei e pubblicazioni:
- che forniscano informazioni all'anziano su numeri utili e su cosa fare/a chi rivolgersi in caso di necessità;
- che facciano conoscere agli anziani e ai loro familiari gli esercizi presenti sul territorio, sia in termini di servizi assistenziali e socio-sanitari erogati, sia in termini di attività promosse sul territorio per la categoria.

Al tempo stesso, però, sarebbe utile un'indagine costante sugli effettivi bisogni e necessità della popolazione anziana che, pur essendo la destinataria degli interventi è spesso la meno considerata, in quanto i suoi problemi e bisogni rimangono sullo sfondo di un dibattito troppe volte ripiegato sulle sole opzioni di natura economica o di opportunità politica.

A tal proposito, la Fondazione potrebbe diffondere sul territorio la conoscenza dell'esistenza della Carta dei diritti della persona fragile e non autosufficiente, re-

alizzata dalla Ferpa (Federazione europea dei pensionati e delle persone anziane) nel febbraio 2006 e spesso sconosciuta ai più.
Tale Carta, costruita per essere un messaggio chiaro e immediato, per favorire la più ampia presa di coscienza di cittadini e responsabili istituzionali, per promuovere il bisogno della persona disabile, evitando il focalizzarsi della discussione sul solo tema della sostenibilità dei costi che la non autosufficienza comporta, rappresenta un decalogo per la promozione dei diritti delle persone, in particolare anziani, che si trovano alle prese con i problemi della non autosufficienza.

È importante, in questo contesto, non dimenticare la prevenzione per la promozione di una vita sana sempre, ma anche nella 3° età attiva, da attivare con iniziative gestite per lo più da gruppi e Associazioni, non tralasciando di promuovere un impegno sociale di cittadinanza attiva della 3° età verso le persone disabili o fragili, soprattutto nella 4° età.
Sarebbe altresì utile ed auspicabile la realizzazione di strumenti di mappatura dei centri assistenziali esistenti, da non prodursi soltanto "una tantum", ma che beneficino di un aggiornamento costante (almeno annuale).

È inoltre importante privilegiare sempre, quando la persona lo desidera, la promozione del sostegno alla domiciliarità con ogni mezzo possibile, ad esempio attraverso:
- Momenti di informazione per le famiglie sul lavoro di cura;
- Adeguamento della casa con abbattimento delle barriere architettoniche, attrezzature di ausilii vari e iniziative di domotica al fine di garantire una casa "comoda e sicura", consona alle esigenze derivate dalla disabilità; tutto ciò al fine di promuovere più autonomia possibile nel sostegno alla vita indipendente;
- Attivazione di un sufficiente ed efficiente numero di Punti informativi di riferimento per zone (vedi, molto positiva, l'iniziativa "Il FILO DI ARIANNA" di Biella, finanziata dalla locale Fondazione CR, promossa e sostenuta dal Consorzio IRIS del Servizio Socio-Assistenziale).

Infine, il sistema socio-assistenziale dell'area considerata non dovrebbe restare "chiuso in se stesso", ma aprirsi alla collaborazione con altre realtà – nazionali ed europee (che, preferibilmente presentino caratteristiche demografiche e territoriali simili) – per la condivisione di best practices e la realizzazione di progetti comuni.

Inoltre, dallo studio effettuato, emerge come le caratteristiche dell'universo anziani non possano trovare risposta solo nel settore socio-sanitario, ma necessitino di un'opera integrata di politica previdenziale, socio-assistenziale, sanitaria, urbanistica, culturale: la Fondazione potrebbe dunque, sul territorio, farsi promotrice di questa necessità e costituire il punto di collegamento tra queste realtà, laddove è

ancora troppo spesso carente un raccordo istituzionale. Nel concreto, sarebbe ad esempio utile la realizzazione di tavoli di lavoro con esperti dei vari settori, utili a stimolare il dialogo e il confronto e miranti alla realizzazione di progetti coordinati nel settore. Tali momenti di incontro potrebbero poi assumere carattere periodico e strutturato nel corso del tempo e dovrebbero coinvolgere non solo realtà istituzionali e operatori socio-sanitari, ma anche Associazioni di volontariato per gli anziani e gruppi di auto-aiuto.

In conclusione, è auspicabile che la Fondazione CRC:
a) mantenga il suo ruolo di soggetto finanziatore esterno;
b) assuma un ruolo rilevante – o almeno commisurato all'entità dei finanziamenti erogati - nella pianificazione e gestione degli interventi nel settore sul territorio di sua competenza;
c) istituisca partnership con altri soggetti, per la realizzazione di una proficua "sussidiarietà orizzontale" tra istituzioni pubbliche, fondazioni bancarie, soggetti del Terzo settore, famiglie e singoli cittadini.

L'obiettivo è quello di una gestione mirata degli investimenti che da un lato favorisca la realizzazione di interventi consoni alle disposizioni previste dalla L.R. 1/2004, e dall'altro promuova un'omogenea distribuzione sul territorio di tali strutture e realtà, anche attraverso l'accorpamento di più strutture o la stipula di accordi (ad es. tra più Amministrazioni) per programmare congiuntamente risposte adeguate ai bisogni dei rispettivi territori, evitando sovrapposizioni antieconomiche.

Sarebbe poi utile l'istituzione di collaborazioni o almeno di contatti strutturati nel tempo fra la Fondazione CRC e le altre Fondazioni bancarie italiane, per la condivisione di "best practices" e, in futuro, la realizzazione di sinergie comuni e progetti in partnership.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2001): *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Franco Angeli editore, Milano.

AA.VV. (2000): *I servizi socio-assistenziali: guida alla pianificazione territoriale e alla gestione dei progetti*, Manuali ACRI, Associazione delle case di riposo italiane, Roma.

AA.VV. (1997): *Strutture residenziali e di ricovero per anziani*, "Manuali", Il Sapere

AA.VV. (2004): *Valorizzazione e assistenza degli anziani* – Atti della prima giornata nazionale delle Fondazioni bancarie – Fondazione Cassa di Risparmio di Rimini

AA.VV. (2003): *Welfare, l'Istituto del Rischio*, Macros Research, Milano.

Auer, P. and Fortuny, M. (2000): *Ageing of the Labour Force in OECD Countries: Economic and Social Consequences*, Employment paper 2000/2, Employment Sector, International Labour Office, Geneva.

Baldi, S., Cagiano De Azevedo, R. (1999): *La popolazione italiana verso il 2000. Storia demografica dal dopoguerra ad oggi*, Il Mulino, Bologna.

Banca d'Italia (2005): *Statistiche di Finanza Pubblica nei Paesi UE*, Supplemento al Bollettino Statistico, anno XIII, n. 45.

Buccianti C. (2004): *Spesa farmaceutica e invecchiamento della popolazione*, Tipografia Senese, Siena.

Buck, H. and Dworschak, B. (2003): *Ageing and Work in Europe: Strategies at Company Level and Public Policies in Selected European Countries, Demography and Employment series*, Stuttgart.

Cagiano De Azevedo, R., Capacci G. (2004): *Invecchiamento e svecchiamento della popolazione europea*, Aracne, Roma.

Calot G. Sardon J-P. (2000): *La mesure du vieillissement démographique*, Espace Populations Sociétés, Le vieillissement dans le monde, n.3, Lille.

Capacci G., Castagnaro C., (2005): *Gli scenari dell'invecchiamento demografico: lo svecchiamento della popolazione italiana*, poster presentato durante le Giornate di Studio della Popolazione, Società Italiana di Statistica, Padova, 16-18 febbraio.

Caselli G. (2002): *Il ruolo dei cambiamenti demografici sullo stato sociale in Italia*, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Vol LVI – nn. 1-2, Roma.

Conseil Economique et Social (2001): *Lés personnes âgées en France*, Conseil Economiques et Social, Paris.
Désesquelles, A. (2002): *La santé comme facteur d'exclusion: un essai de mesure*, Gérontologie et Société, n. 102, settembre.

Eggerickx T., Tabutin D. (2001): *Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendaces*, Document et Travail n. 14, Université catholique de Louvain - Département des Sciences de la Population et du Développement.

Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J. (2001): *A New Welfare Architecture for Europe?*, Rapporto per la Presidenza belga dell'Unione Europea.

European Commission (2004a): *Adequate and sustainable Pension*, Joint Report by the Commission and the Council, Directorate-General for Employment and Social Affais, Unit E 2, Brussels.

European Commission (2004b): *Recent Reforms of Pension System: An Assessment Framework*, ECFIN/440/04-EN, Brussels.

European Commission (2004): *Increasing the Employment of Older Workers and Delaying the Exit from the Labour Market*, Communication from the Commission to the Council, The European Parliament, the European Economic and Social Commitee and the committee of the Regions, COM 2004, 146 Final, Brussels.

EUROSTAT (2006): *La situation sociale dans l'Union européenne 2006*, Luxembourg.
EUROSTAT (2006), *Yearbook 2006*, Luxembourg.
EUROSTAT (2006a), *Statistics in focus, population and social conditions*, 16.
EUROSTAT (2006b), *Statistics in focus, population and social conditions*, 12.
EUROSTAT (2006c), *Statistics in focus, population and social conditions*, Theme 3, 6.
EUROSTAT (2006d), *European social statistics: social protection 1992-2001*, Luxembourg.
EUROSTAT (2006): *Statistics in focus, population and social conditions*, 1, Luxembourg.

Ferrera, M., Hemerijck, A., Rhodes, M. (2000): *The Future of Social Europe*, Oeiras, Celta Editora.

Gronchi S. (2005): *Marcia indietro sulla capitalizzazione*, contributo dell'11 luglio su "http://www.lavoce.info" \o "http://www.lavoce.info" \t "_blank" www.lavoce.info.

ISTAT, *Annuario statistico*, vari anni.
ISTAT, (2006): *Lavoro*, www.istat.it/lavoro.

Loriaux, M. (1995): *Du vieillissement démographique à l'intégration des âges: la révolution de la géritude*, Population, n. 6, Novembre-Dicembre, Paris.

Mazza S. (2005): *Quale politica sociale per l'Europa a 25?*", contributo presentato durante le Giornate di Studio della Popolazione, Società Italiana di Statistica, Padova, 16-18 febbraio.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2003): *Relazione Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano*, Blangiardo G. C. (ed.), Roma,.

Peracchi F. (1998): *Demografia, mercato del lavoro e spesa per la protezione sociale:un confronto tra i Paesi dell'Unione europea*, Working Paper, N. 45, CEIS-Università di Roma Tor Vergata, Roma.

Pizzuti F. R. (2003): *Note sullo stato sociale: esiste un'anomalia italiana?*, GE-Diritto e Economia dello Stato Sociale, n. 6.

Pizzuti F. R. (2004): *Invecchiamento demografico, età di pensionamento e sistemi di finanziamento per la previdenza italiana*, The european welfare in a counterageing society, Cagiano De Azevedo, R. (ed.), Edizioni Kappa, Roma.

Scortegnaga R. (2005): *Invecchiare*, Ed.Il Mulino, Bologna.

United Nation Population division (2005): *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations?*, UNO, New York.

WHO (2006): *World Health Organization*, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, World Health Organisation, Geneva.

SITIGRAFIA – PRINCIPALI SITI CONSULTATI

www.anziani.it
www.arpnet.it/alma/
www.assistenzanziani.it/
www.casediriposoitaliane.com/index.asp
www.centromaderna.com
www.conintesa.org
www.europa.eu
www.eurostat.europa.eu
http://ferpa.etuc.org/
www.informanziani.it/
www.infoanziani.it/
www.ires.piemonte.it/
www.istat.it
www.lavoce.info
www.lavoro.gov.it
www.lombardia.cisl.it
www.noprofit.org/news/anziani.htm
www.orientamento.provincia.cuneo.it
www.osce.org
www.provincia.cuneo.it
www.regione.piemonte.it
www.solidarietasociale.gov.it
www.terzaeta.com
www.tuttoanziani.it
www.un.org
www.uni3.it

www.fondazionecrc.it

FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI CUNEO

I QUADERNI DELLA FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

N.1 IL BILANCIO DELL'UNIONE EUROPEA 2007
L'ACCESSO AI FINANZIAMENTI COMUNITARI PER IL TERRITORIO

N.2 PERCEZIONE E NOTORIETÀ DELLA FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

N.3 "SENECTUS IPSA MORBUS"
RICERCA SUI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PER GLI ANZIANI NELL'AREA DI CUNEO, MONDOVÌ E ALBA/BRA