

Viviana CANONICA

IL MANTENIMENTO A DOMICILIO DELLE PERSONE ANZIANE NEL CANTON TICINO: OGGI E DOMANI

La rete di aiuti e i servizi attivi nel Cantone; le scelte politiche del
passato, i dibattiti attuali e le prospettive per il futuro

Lavoro presentato alla Haute école de travail social et de la santé
éésp – Vaud
per l'ottenimento del diploma di assistente sociale HES

Losanna, ottobre 2007

Direttrice di mémoire : Thea Moretti-Varile

Ringrazimenti :

Ringrazio la mia direttrice Thea Moretti-Varile e il mio referente Jean-Pierre Fragnière,
per il loro aiuto e i loro consigli.

Ringrazio Paolo Nodari, Rosalba Canova e Nunzia Orlando per essersi gentilmente
prestati alle interviste.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que l'auteure

Motivation du choix du thème

J'ai fait ma première période de formation pratique dans le service social de Pro Senectute Ticino e Moesano dans la section de Locarno. Dans un premier temps, je suivais l'assistant social dans les visites à domicile et les colloques au bureau, puis je me suis occupée toute seule de certains cas. On devait aider les usagers à accomplir des tâches administratives et on leur offrait un soutien financier et psychologique. Il s'agissait le plus souvent de rencontres avec la personne âgée seule, mais parfois elle venait avec son conjoint ou son fils. J'ai eu aussi la possibilité de participer à des moments de groupe : j'ai passé des journées au centre thérapeutique de jour de Pro Senectute, au centre diurne de l'ATTE (Association Tessinoise du Troisième Age), aux cours de danse populaire et à la fête de Noël de Pro Senectute.

Pendant ces cinq mois j'ai développé une sensibilité envers la thématique de la vieillesse. Je suis consciente qu'il n'y a pas une seule vieillesse, comme il n'y a pas un seul type de jeunesse. Chacun est différent, a eu des expériences différentes, comprend la vie d'une façon personnelle et vit donc sa vieillesse en fonction de son vécu. Mais en même temps, les personnes qui ont un certain âge, doivent souvent affronter des situations similaires, comme par exemple la perte d'un conjoint ou l'apparition d'un problème physique. Je dis souvent car il n'y a pas de règles: avoir le même âge ne veut pas dire avoir les mêmes problèmes. Quand je rencontrais les usagers du service, je prenais toujours du temps pour les écouter: je découvrais de grandes richesses cachées derrière leurs histoires. Avec surprise j'ai ainsi connu des personnes âgées pleines de ressources et de positivité. Elles avaient développé, tout au long de leur chemin, une grande force d'esprit et une grande sagesse, qui leur permettaient d'affronter les moments critiques de la vie. C'était ma première vraie expérience avec les personnes âgées et avant de commencer j'étais influencée par les stéréotypes de notre société. On entend souvent dire que les personnes âgées sont vieilles et désormais n'apportent plus grand-chose à la collectivité, mais ce n'est pas la vérité. Il faut dire que la société occidentale ne cultive pas l'esprit d'écoute et de partage entre les générations et ne met pas assez en valeur les capacités et les ressources de la personne âgée, et ces attitudes alimentent les stéréotypes.

En même temps, pendant mon stage j'ai réalisé que certaines personnes âgées ont un côté fragile. Aussi pour plusieurs personnes que j'ai connues, le fait d'être en dehors du monde du travail signifie perdre des liens et des contacts. Clairement pas pour tous et pas de la même façon. Probablement, pour ceux qui n'ont pas ou plus de conjoint, qui n'ont pas d'enfants ou qui n'ont pas de contacts avec eux, ne participent pas à des groupes et à des organisations, n'ont jamais développé d'intérêts en dehors du travail et ont un caractère plutôt fermé et introverti, il est plus difficile de créer de nouveaux liens pendant la retraite. Les personnes dépourvues de vie sociale ne sont souvent pas au courant de leurs droits et de ce qui se passe autour d'elles. En plus, l'évolution de l'informatique n'aide pas l'indépendance pour l'accès à l'information de personnes très âgées.

Comme future assistante sociale, je trouve important de connaître l'organisation des aides qui sont à disposition de la personne âgée, de l'informer sur ses droits, dans le sens de la mettre au courant d'une façon objective, des décisions qui se prennent sur elle ou des lois qui existent pour faire face à des situations problématiques. De cette manière je pense qu'elle a un moyen de plus pour être autonome, puisqu'elle connaît les ressources à sa disposition et donc elle fait le choix qu'elle pense être le mieux pour elle.

D'après mon expérience professionnelle, la grande majorité des personnes âgées ont le désir de rester le plus longtemps possible chez-eux. Mon histoire personnelle confirme ce point de vue. J'ai un grand-père, âgé de 93 ans, qui est très dépendant à cause d'importants problèmes moteurs. Il vit à la maison avec ma grand-mère et il dit qu'il ne pourrait pas supporter d'être loin de sa femme et de sa maison. Je suis persuadée que, si la personne le souhaite et les conditions externes le permettent, pouvoir rester à la maison, aide à vivre une vieillesse heureuse.

Résumé du mémoire

Mon travail se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre parle du vieillissement démographique et de ses conséquences, puisqu'il s'agit d'un phénomène qui influence, entre autre, les choix en matière de maintien à domicile. Par la suite je vais décrire les différents aspects qui définissent la vieillesse aujourd'hui. La vieillesse est la période de la vie dans laquelle les acteurs principaux du maintien à domicile se trouvent, il est donc important parler des ses caractéristiques. Le troisième chapitre a pour but d'aller vers le thème central du mémoire: le maintien à domicile de personnes âgées. A ce point je propose un approfondissement des principaux éléments du maintien à domicile dans notre société. Dans le quatrième chapitre je vais explorer un cas spécifique du maintien à domicile: celui du canton du Tessin. C'est une partie assez détaillée, qui donne une vision large de l'organisation du maintien à domicile au Tessin. Le but est, après une partie très théorique sur le sens du maintien à domicile, comprendre ce qui se passe réellement dans un cas pratique. Le dernier chapitre propose des réflexions personnelles sur la situation tessinoise et sur le maintien à domicile en générale. Pour la rédaction de ce chapitre je me suis basée sur ce qui est sorti tout au long de mes recherches théoriques, en faisant référence aux différents travaux d'évaluation effectués par le canton¹ et aux trois interviews faits à des professionnels engagés dans le domaine, plus spécifiquement à la sociologue et ex-directrice de la ligue contre le cancer Rosalba Canova, à l'aide familiale chef d'équipe Nunzia Orlando et à l'assistant social de Pro Senectute Paolo Nodari. Le but est de donner une vision critique de la situation actuelle, telle que je l'ai vu et vécu, pour aboutir à des perspectives pour l'avenir.

Dans le **premier chapitre** je vais parler du vieillissement démographique. Je vais toucher l'aspect de l'évolution de l'espérance de vie dans notre société, parce que le fait qu'il y a de plus en plus de personnes âgées et de moins en moins de naissances, influence les choix politiques. Je vais aussi définir les phases de la vieillesse, afin de mettre en évidence le fait que les personnes âgées sont actives et en forme plus longtemps par rapport au passé, et donc l'état de dépendance arrive toujours plus tard. Je parle aussi des représentations sociales de la vieillesse au cours des siècles. Je trouve important expliciter ces aspects car les personnes âgées à domicile sont en train de vivre cette période de la vie.

Dans le **deuxième chapitre** je traite les caractéristiques de la vieillesse aujourd'hui, en m'arrêtant sur l'aspect économique, social, sanitaire et étique. La situation économique influence la vie de la personne à domicile : parler des différentes rentes signifie parler des inégalités financières entre une personne et l'autre, des possibilités de demander des aides coûteuses ou pas. Comme aussi la modification du réseau familial (organisé d'une façon différente par rapport au passé), la coexistence de plusieurs générations, le rôle de plus en plus important de l'offre associative et le risque majeur de tomber dans l'isolement et de souffrir de solitude, sont des éléments typiques du XXème siècle. Aussi les maladies auxquelles les personnes âgées peuvent être confrontées sont caractéristiques de notre société. Il ne faut pas oublier l'aspect éthique qui englobe les valeurs fondamentales des personnes âgées: c'est important de le prendre en considération dans les pratiques à domicile.

Dans le **troisième chapitre** je vais aborder le concept théorique du maintien à domicile. J'introduis ce chapitre en expliquant le sens du maintien à domicile, en définissant le terme et en parlant de son histoire jusqu'à aujourd'hui. Cela permet de connaître les racines et de donner une vision complète de ce processus afin d'éclaircir ce qui se passe aujourd'hui et alimenter le débat à ce propos. Je vais aussi parler de l'importance du lieu de vie et des rôles des différents acteurs qui interagissent dans le maintien à domicile. J'approfondis la place de la famille, et plus spécifiquement le rôle de la femme, qui est fondamentale dans ce processus d'aide. Un autre approfondissement concerne le rôle de l'assistante sociale dans le maintien à domicile des personnes âgées, puisqu'il s'agit de mon métier et d'une importante profession en faveur de la personne âgée. En dernier point je parle des structures stationnaires et semi-stationnaires, vu comme partenaires du maintien à domicile. Différents points de ce chapitre, vont être enrichies des interviews faits.

¹ Le canton a fait rédiger une quinzaine de rapports de planification et d'évaluation de la nouvelle loi cantonale sur le maintien à domicile entrée en vigueur dans l'année 2000 (voir bibliographie « pubblicazioni del DSS e della SUPSI »).

Dans le **quatrième chapitre** je vais m'arrêter sur la politique tessinoise du maintien à domicile des personnes âgées. Je vais commencer à parler de la situation du Tessin en éclaircissant les caractéristiques démographiques propres du canton. Par la suite je parle de l'histoire récente du maintien à domicile tessinois. Après, je vais décrire comment l'administration tessinoise est organisée pour gérer le maintien à domicile, en éclaircissant l'organisation et l'action des secteurs de l'administration cantonale compétents dans l'application de la loi. A ce moment commence toute une partie détaillée, qui décrit les principes de la nouvelle loi, les buts des différents services et leurs organisations. Je conclus cette partie en prenant des cas de ma pratique professionnelles qui ont pu bénéficier des services et des prestations de la nouvelle loi. Je trouve important de parler, aussi bien des associations reconnues par la loi, que de celles qui ne sont pas reconnues, afin d'avoir une vision plus complète du réseau tessinois. Dans cette partie plutôt technique, qui a comme but la connaissance du mécanisme complexe qui tourne autour de la personne âgée qui vit à domicile, je vais aussi définir les rôles des institutions pour les personnes âgées. La politique du maintien à domicile est strictement liée à celle de l'institutionnalisation: c'est donc fondamental de savoir ce qui se discute à ce niveau.

Dans le **cinquième chapitre** je vais mettre en évidence les points faibles de la politiques tessinoise dans le maintien à domicile et les possibles améliorations. Tout au long de ce chapitre je vais donner mon avis sur la base des lectures faites et mon expérience professionnelle. À la fin je me projètes dans l'avenir et je parle des perspectives du maintien à domicile pour le futur.

Mots-clé qui doivent être choisis dans le thésaurus du centre de documentation de l'EESP: SOIN A DOMICILE, VIEILLESSE, TESSIN.

INDICE

| | | |
|----------|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | L'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO E LA STORIA DELLA VECCHIAIA | 7 |
| 1.1 | Introduzione | 7 |
| 1.2 | L'invecchiamento demografico | 7 |
| 1.3 | La vecchiaia | 12 |
| 1.3.1 | Le fasi della vecchiaia | 13 |
| 1.3.2 | Le rappresentazioni sociali della vecchiaia | 15 |
| 2 | I PRINCIPALI ASPETTI CHE CARATTERIZZANO LA VECCHIAIA OGGI | 18 |
| 2.1 | Introduzione | 18 |
| 2.2 | Aspetti economici | 18 |
| 2.2.1 | L'organizzazione del reddito pensione | 18 |
| 2.2.2 | La povertà nella vecchiaia ? | 20 |
| 2.3 | Aspetti sociali | 21 |
| 2.3.1 | La rete familiare | 21 |
| 2.3.2 | Il tessuto sociale extra familiare | 22 |
| 2.3.3 | Isolamento sociale e solitudine | 24 |
| 2.4 | Aspetti etici | 25 |
| 2.4.1 | I valori delle persone anziane | 25 |
| 2.5 | Aspetti sanitari | 26 |
| 2.5.1 | Medicalizzazione della società | 26 |
| 2.5.2 | Le malattie e i loro effetti | 27 |
| 2.6 | Conclusione | 30 |
| 3 | IL MANTENIMENTO A DOMICILIO DELLE PERSONE ANZIANE | 31 |
| 3.1 | Introduzione | 31 |
| 3.2 | Definizione di mantenimento a domicilio | 31 |
| 3.3 | La storia recente del mantenimento a domicilio | 32 |
| 3.4 | L'importanza del luogo di vita | 33 |
| 3.5 | Le principali caratteristiche del mantenimento a domicilio | 34 |
| 3.6 | Gli attori del mantenimento a domicilio e il loro ruolo | 35 |
| 3.6.1 | Introduzione | 35 |
| 3.6.2 | La persona anziana | 35 |
| 3.6.3 | La famiglia | 35 |
| 3.6.4 | La rete extra-familiare informale | 38 |

| | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.6.5 | La rete extra-familiare formale | 39 |
| 3.7 | Le strutture semistazionarie e stazionarie | 40 |
| 3.8 | Conclusione | 42 |
| 4 | LA POLITICA DEL CANTON TICINO NEL MANTENIMENTO A DOMICILIO | 43 |
| 4.1 | Le caratteristiche demografiche del Ticino | 43 |
| 4.2 | Storia del mantenimento a domicilio ticinese | 44 |
| 4.3 | L'organizzazione dell'amministrazione | 46 |
| 4.3.1 | Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) | 46 |
| 4.4 | La legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD) | 46 |
| 4.4.1 | Introduzione | 46 |
| 4.4.2 | I punti principali della LACD | 47 |
| 4.4.3 | Esempi concreti d'applicazione della legge | 54 |
| 4.5 | Servizi e organizzazioni private a favore del mantenimento a domicilio | 55 |
| 4.5.1 | I partner del DSS del settore anziani | 56 |
| 4.5.2 | Alcune organizzazioni private non partner del DSS | 58 |
| 4.6 | Le strutture stazionarie in Ticino | 59 |
| 4.6.1 | Introduzione | 59 |
| 4.6.2 | Storia delle case per anziani | 59 |
| 4.6.3 | Costi elevati e liste d'attesa | 60 |
| 4.6.4 | Ospedali e dimissioni | 61 |
| 4.6.5 | Conclusione | 61 |
| 4.7 | Conclusione | 61 |
| 5 | VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE TICINESE E PROSPETTIVE PER IL FUTURO | 62 |
| 5.1 | Introduzione | 62 |
| 5.2 | Valutazione della LACD e riflessioni personali | 62 |
| 5.2.1 | Poca informazione | 62 |
| 5.2.2 | Il ruolo ambiguo del Comune | 63 |
| 5.2.3 | Coordinamento difficoltoso | 63 |
| 5.2.4 | Servizi privati e pubblici in competizione | 64 |
| 5.2.5 | Mancanza di una copertura completa | 64 |
| 5.2.6 | Accompagnamento non globale | 65 |
| 5.2.7 | Sentimento di solitudine | 65 |
| 5.2.8 | Maggior sviluppo dei SAPP e delle strutture semi-stazionarie | 66 |
| 5.2.9 | Costi delle prestazioni dei SAPP troppo elevati | 66 |
| 5.2.10 | Presenza di diversità locali | 67 |
| 5.2.11 | Carenza di risorse umane | 67 |
| 5.2.12 | Situazione di complessità | 68 |
| 5.2.13 | Maggior sostegno ai familiari | 68 |
| 5.2.14 | Maggior sostegno a livello politico | 69 |

| | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.2.15 | Conclusione | 69 |
| 5.3 | Prospettive per il futuro | 70 |
| 6 | CONCLUSIONI GENERALI | 72 |
| 6.1 | L'importanza del mantenimento a domicilio a livello economico | 73 |
| 6.2 | L'importanza del mantenimento a domicilio a livello sociale | 73 |
| 6.3 | L'importanza del mantenimento a domicilio a livello umano e etico | 74 |
| | BIBLIOGRAFIA | 75 |
| | ALLEGATI | 79 |
| | Legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD) | 79 |

1 L'invecchiamento demografico e la storia della vecchiaia

1.1 Introduzione

Il mio *mémoire* parla del mantenimento a domicilio delle persone anziane. Nel terzo capitolo approfondirò questo tema da un punto di vista generale e in seguito in modo più dettagliato, spiegando com'è organizzato il mantenimento a domicilio ticinese.

Prima di fare una riflessione sull'organizzazione, i punti deboli e i punti forti di questa politica, in questo primo capitolo vorrei soffermarmi sul fenomeno dell'**invecchiamento della popolazione e le sue conseguenze**, perché influisce in modo importante sulle scelte in materia di mantenimento a domicilio. L'aumento in modo esponenziale del numero d'anziani, dovuto, tra gli altri fattori, all'aumento della speranza di vita, significa che l'utenza del mantenimento a domicilio è e sarà soprattutto caratterizzata da persone anziane. Ciò comporta una riflessione sulle pratiche offerte a domicilio e sulla loro adeguatezza rispetto ai bisogni dell'anziano. Inoltre, con l'aumento della popolazione anziana, l'utenza, oltre ad essere sempre più orientata verso le persone anziane, aumenterà notevolmente. Più anziani ci sono, maggiore è la necessità di presa a carico, sia a domicilio sia in casa per anziani. Anche a questo proposito la politica di mantenimento presso il proprio domicilio sarà sollecitata per poter rispondere in modo adeguato alle elevate richieste d'intervento. Un altro aspetto rilevante è che l'aumento della speranza di vita ha portato all'allungamento del periodo della vecchiaia, creando così diverse fasi distinte al suo interno. Ci sono infatti caratteristiche molto diverse fra i "giovani vecchi"² di 65 anni e i "vecchi vecchi"³ di 85 anni. Anche quest'aspetto legato all'invecchiamento demografico è importante per il mantenimento a domicilio; anziani indipendenti e autonomi possono necessitare di un'offerta piuttosto di tipo ricreativo, sportivo o culturale, mentre persone "grandi invalide"⁴ necessitano di un accompagnamento continuo di tipo infermieristico-assistenziale.

In questo primo capitolo intendo quindi parlare dell'invecchiamento demografico, dei suoi fattori e delle sue conseguenze, soffermandomi sul significato di vecchiaia oggi e sul percorso storico che lo caratterizza, in quanto tutti elementi legati al mantenimento a domicilio.

1.2 L'invecchiamento demografico

Prima di parlare del fenomeno dell'invecchiamento demografico che stiamo vivendo oggi, ripercorro brevemente gli ultimi due secoli di storia, evidenziando i tratti demografici caratteristici, che permettono di contestualizzare ciò che accade ora.

Gli specialisti hanno distinto due momenti di transizione demografica in Europa, cioè di netto cambiamento della struttura demografica esistente fino a quel momento. La prima è quella che va dal 1870 al 1910. In quegli anni si passa da una società con un alto tasso di natalità e un alto tasso di mortalità, ad una società che mantiene invariato l'elevato tasso di natalità, ma in cui diminuisce notevolmente il tasso di mortalità. Questo fenomeno porta ad un aumento della popolazione. I motivi di questo cambiamento sono principalmente l'industrializzazione e le sue conseguenze, lo sviluppo economico e i progressi sanitari (più igiene, primi vaccini). Durante le due guerre mondiali c'è un periodo con poche nascite (famiglie momentaneamente separate, fragilità economica), ma fra il 1945 e il 1965 c'è il cosiddetto "baby boom", fenomeno caratterizzato da un forte aumento della natalità e contemporaneamente da un'immigrazione importante (manodopera). Il baby boom rappresenta un elemento non indifferente per capire l'aumento di pensionati che ci sarà prossimamente e la copresenza di diverse generazioni d'anziani. È a partire dal 1970 che c'è la seconda transizione demografica, quella di cui si parla attualmente, caratterizzata da una diminuzione delle nascite e dall'allungamento della durata media di vita. Questo fenomeno è ancora in atto, portando ad un invecchiamento demografico.

² HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1996), *Veillissement différentiel: hommes et femmes*. Zurich: Seismo. P. 19.

³ *Ibidem*, p. 20.

⁴ Utilizzo questo termine per definire le persone gravemente dipendenti da terzi per compiere gli atti della vita quotidiana, quali alzarsi, vestirsi, provvedere alla propria pulizia, nutrirsi, spostarsi e instaurare contatti sociali. Queste persone possono beneficiare di un sussidio chiamato appunto "Assegno per persone grandi invalide".

L'invecchiamento demografico (o invecchiamento della popolazione) è la principale caratteristica dell'evoluzione demografica del XX° secolo. La si può definire come « l'aumento, nel corso degli anni, della proporzione delle persone anziane in un certo territorio (paese, Cantone, Comune, ecc) ». ⁵ Le due "piramidi dell'età" presentate qui di seguito, mostrano la situazione della popolazione svizzera in due momenti storici: nel 1900 e nel 2000.

Situazione nel 1900

Situazione nel 2000

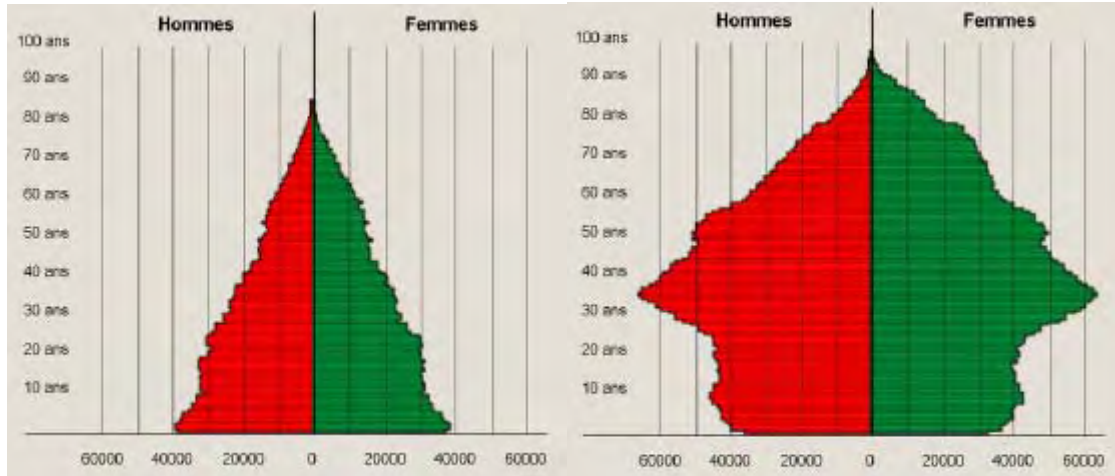


Figura 1: Piramide dell'età della popolazione svizzera. ⁶

Paragonando i due grafici della figura 1, è evidente il fenomeno dell'invecchiamento demografico. Nel corso di un secolo, il numero di persone anziane ha subito un aumento vertiginoso.

Il grande invecchiamento demografico che la Svizzera, come tutti i paesi sviluppati, ha conosciuto in questi ultimi decenni, è dovuto principalmente a **3 fattori**:

1. Il primo è il **basso tasso di natalità** iniziato verso il 1965. Questa diminuzione delle nascite è ancor più netta perché confrontata ai due decenni precedenti, caratterizzati dal baby-boom. Questo spettacolare aumento delle nascite iniziato nel dopoguerra e durato fino a metà degli anni sessanta, è stato influenzato da un benessere materiale diffuso e da una voglia di ricostruire il nucleo familiare perso durante gli anni di guerra. Sono anni caratterizzati da una buona qualità di vita, in cui si sviluppa la società di massa e il consumismo. Attorno agli anni settanta però inizia ad esserci una messa in discussione del ruolo della donna. Nasce il femminismo e la rivendicazione della parità dei sessi. Le donne che aderiscono a questi nuovi valori non sono più disposte a fare le casalinghe per tutta la vita, ma vogliono studiare e esercitare la propria professione. Questo cambiamento culturale si traduce con la nascita della convivenza fra i partner e con **matrimoni sempre più tardivi**, dai quali nasceranno meno figli, sia per una questione di scelta che per una questione biologica (sposandosi più tardi, la donna ha meno "anni fertili" davanti a sé). Nella figura 3, che espone il rapporto di dipendenza dei giovani e degli anziani, è evidente la drastica diminuzione di natalità a partire dal 1965 e che continua fino a oggi.

2. Il secondo elemento che ha portato all'invecchiamento della popolazione è **l'aumento della speranza di vita**. La speranza di vita che si ha alla nascita può essere definita come « il numero medio di anni di vita di una « persona statistica », all'interno di una popolazione che risiede in un territorio

⁵ Dictionnaire Suisse de politique sociale [in rete]. http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show_cfm?id=838 (pagina consultata il 12 giugno 2006)

⁶ Ufficio federale di statistica [in rete]. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/le_viellissement_en_suisse/blank/structures_par_age.html (pagina consultata il 12 maggio 2007)

delimitato, in un momento definito ».⁷ Ecco alcuni dati: in Svizzera si è passati da una speranza di vita alla nascita di 48,5 anni per le donne (rispettivamente 45,7 per gli uomini) nel 1900, a 82,9 (rispettivamente 77,3 per gli uomini) nel 2000. In 100 anni la speranza di vita è aumentata di 34,4 anni per le donne e di 31,6 anni per gli uomini.

Come afferma François Höpflinger, sociologo specializzato nella politica della famiglia, nel libro "Vieillesse différentiel: hommes et femmes" del 1996, l'aumento della speranza di vita nel corso di questo secolo è dovuta soprattutto alla diminuzione della mortalità infantile. Si diffondono le misure preventive e le cure nell'età infantile, come le vaccinazioni e gli antibiotici. I progressi della medicina pediatrica, come pure quelli ostetrici, permettono di evitare un numero sempre maggiore di infezioni e morti durante e dopo il parto, sia per la madre che per il bambino. Un altro fattore che ha influenzato positivamente l'aumento della speranza di vita, riguarda il miglioramento delle condizioni di vita. Migliora l'educazione, diffondendosi a tutti gli strati sociali; le situazioni abitative sono sempre più confortevoli e pulite; c'è una presa di coscienza dell'importanza di una nutrizione corretta e equilibrata e delle condizioni igieniche, così come i progressi nel campo medico, migliorano in modo esponenziale.

L'aumento della speranza di vita è un fenomeno che tocca tutta la popolazione, ma nel suo interno sono comunque presenti delle variazioni.

Höpflinger, nel suo libro del 1996 sottolinea delle differenze a livello dello stato civile e del sesso. Afferma che le persone sposate hanno una maggiore probabilità di vivere più a lungo rispetto a quelle sole, come pure le donne vivono più a lungo degli uomini.

- Per quanto riguarda lo stato civile, basti pensare all'importanza dell'assistenza presente nelle coppie di anziani. Come spiegherò nel capitolo dedicato agli aspetti sociali dell'invecchiamento, nell'età avanzata la presenza del partner si rivela spesso fondamentale per il mantenimento a domicilio, in quanto la presenza di una persona 24 ore su 24, le cure e l'assistenza continue sono difficilmente sostituibili da un professionista, un volontario o un altro familiare. Le situazioni di anziani grandi invalidi soli (celibi/nubili, vedovi o divorziati) sono difficilmente gestibili a domicilio o con una qualità di vita piuttosto bassa, comportando dei rischi per l'integrità fisica della persona. È in questo senso che poter avere un *aiuto da parte del partner* permette di vivere meglio e più a lungo. Nella figura numero 2 è evidente l'importante aumento della speranza di vita nel corso del secolo passato, come pure la differenza fra la speranza di vita alla nascita per la donna e quella per l'uomo.

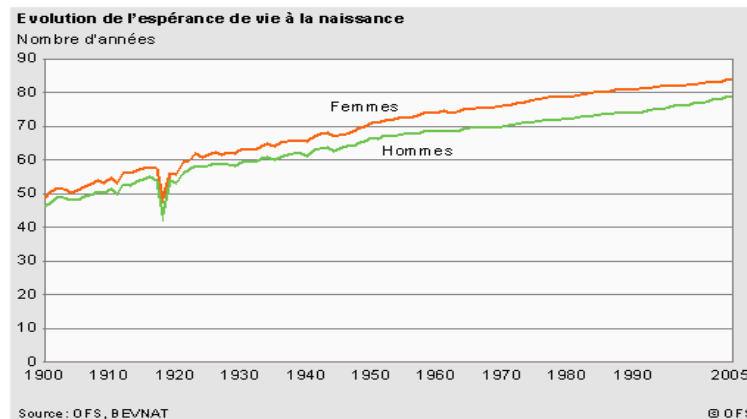


Figura 2: L'evoluzione della speranza di vita alla nascita.⁸

- La seconda affermazione, riguardo alla speranza di vita maggiore delle donne rispetto a quella degli uomini, è una realtà rilevata da molti anni, come lo dimostra la figura 2. Nel 1880 la speranza di vita alla nascita per gli uomini era di 40,6 anni e per le donne di 43,2, mentre nel 1998 è di 76,5 anni per gli uomini e di 82,5 per le donne. Ci sono due constatazioni da fare a riguardo: da una parte il fatto che è da

⁷ FRAGNIERE, J-P. (2004), *Les relations entre les générations*. Lausanne: Réalités sociales. P. 62. Tradotto da me in italiano.

⁸ Ufficio federale di statistica [in rete]. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/lebenserwartung.html> (pagina consultata il 15 maggio 2007)

più di un secolo che si sa che la donna vive mediamente più dell'uomo, e quindi non è una semplice conseguenza della società moderna, d'altra parte il fatto che c'è un aumento costante della divergenza fra le due cifre (da 2,6 anni nel 1880 a 6,1 anni nel 1998). Come spiega Höpflinger nel libro del 1996, nel corso della vita le donne hanno dovuto affrontare più *situazioni di cambiamento* rispetto agli uomini. Höpflinger parla di cambiamenti fisiologici, come la presenza del ciclo mestruale, la gravidanza e la menopausa; di cambiamenti familiari, come l'inizio del ruolo materno, la partenza dei figli e la vedovanza; infine accenna ai cambiamenti di tipo professionale, quali la cessazione dell'attività lavorativa e l'inizio di quella assistenziale dei figli e dei familiari anziani. Per gli uomini invece gli impegni principali sono il lavoro e la famiglia, e spesso il primo grande cambiamento al quale sono confrontati è il pensionamento. Il fatto che le donne debbano affrontare molti più cambiamenti permette loro di "allenarsi" e sopportare meglio i mutamenti fisici causati dall'invecchiamento e le rende più forti e resistenti a situazioni di crisi. Questa è una possibile analisi che dimostra la longevità maggiore delle donne.

Inoltre, secondo Höpflinger, l'aumento del divario fra la speranza di vita degli uomini e quella delle donne nel secolo scorso, è dovuto ad uno *stile di vita più a rischio* dei primi rispetto ai secondi. Afferma che gli uomini adottano dei comportamenti più a rischio per la loro salute, sia nell'età adolescenziale che in quella adulta. È una percentuale maggiore di uomini che praticano sport estremi, fanno uso di droghe, di alcool e di sigarette (con il conseguente aumento del rischio di tumori maligni ai polmoni e al fegato), hanno comportamenti sessuali a rischio (e quindi si ammalano più spesso di malattie virali gravi come l'AIDS) e fanno una vita più stressante. Le donne adottano meno questo stile di vita, o se lo adottano, per un periodo limitato nel tempo, in quanto quando diventano madri hanno maggior riguardo per la loro salute.

Patrizia Pesenti (direttrice del Dipartimento della Sanità e della Socialità del canton Ticino) in occasione del Simposio sull'invecchiamento, le demenze e la ricerca del 21 settembre 2006, ha detto che oggi la speranza di vita in Svizzera è di 79 anni per gli uomini e 84 per le donne. In questi ultimi 8 anni quindi (dal 1998 al 2006), la differenza uomo-donna si è attenuata, passando da uno scarto di 6,1 anni a uno di 5 anni. C'è chi afferma che i due livelli si stanno avvicinando perché le donne fanno sempre più carriera, prediligendo il lavoro alla famiglia e sono così sottoposte allo stress e ai "vizi" degli uomini. Ciò non toglie che la differenza c'è e permane nel tempo.

Ho reputato importante soffermarmi un attimo sulla differenza della speranza di vita fra i sessi, in quanto oggi si parla di "*féminalisation de la vieillesse*",⁹ cioè di una vecchiaia al femminile. Nella popolazione anziana le donne rappresentano infatti la stragrande maggioranza e questo è un fatto da tenere presente quando si parla di mantenimento a domicilio e di tutti i settori attivi a favore degli anziani.

Non da ultimo, vorrei citare Elise Feller, che nel capitolo intitolato "*La construction sociale de la vieillesse (au cours du premier XXe siècle)*", inserito nel libro "*Histoire sociale de l'Europe*", afferma che anche all'interno dei *gruppi sociali* ci sono delle disparità riguardo alla speranza di vita.

- Afferma che i manovali di età compresa fra i 35 e i 60 anni (cioè nel pieno dell'attività lavorativa) hanno un rischio di morire tre volte superiore rispetto ai dirigenti. La speranza di vita è quindi inferiore per le persone che esercitano mestieri nei quali le condizioni di lavoro sono più precarie, in quanto più esposti a rischi (cadute dalle impalcature, utilizzo di prodotti tossici, lavoro all'aperto sottoposti a temperature molto alte e molto basse,...) e con conseguenze a volte gravi (invalidità, gravi malattie). Anche Ginette Parquet, nell'articolo "*Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort*" afferma che in Québec la speranza di vita è proporzionale al salario, al tasso di scolarizzazione e alla professione. La speranza di vita risulta minore di 10 anni nei quartieri meno agiati rispetto a quelli ricchi e il tasso di mortalità infantile due volte più elevato. I fattori sono multipli, ma le statistiche citate nell'articolo mostrano che le *persone con un salario inferiore alla media* adottano più spesso delle abitudini poco sane, quali il consumo di tabacco e di alcool, un sonno irregolare e poca attività fisica.

In conclusione, Höpflinger afferma che l'aumento considerevole della speranza di vita ha modificato notevolmente il rapporto con il tempo e la visione che si ha sulla vita. La morte è vista come appartenente alla vecchiaia, che è quindi vista come un periodo fragile. Nell'800 la morte colpiva più i neonati che gli adulti e non era quindi legata direttamente agli ultimi anni di vita. Allo stesso modo, dice che oggi gli anziani hanno un altro statuto. A inizio secolo era quasi eccezionale arrivare a una certa età (la speranza di vita si aggirava attorno ai 50 anni per le donne), costituiva un privilegio di una minoranza, e per questo

⁹ HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1996). Ob. cit. P. 10.

motivo era visto con rispetto. Oggi è il contrario; l'eccezione è costituita da coloro che non raggiungono la settantina e la norma è vivere la vecchiaia interamente. Il numero di anziani è quindi elevato, e il loro statuto non è più valorizzato.

3. Il terzo fattore che ha portato all'invecchiamento demografico è *il basso flusso migratorio*. La Svizzera ha avuto molti immigranti in giovane età, che assieme alle loro famiglie hanno provocato un ringiovanimento demografico per diversi anni (negli anni cinquanta e sessanta). Oggi invece ce ne sono meno, sebbene l'immigrazione è sempre presente e raggruppa soprattutto persone in età lavorativa. Il flusso migratorio può aumentare e diminuire sensibilmente a dipendenza di diversi fattori, tra cui le decisioni politiche in materia di asilo e sugli stranieri. Lalive D'Epina, nel libro "Atlas suisse de la population âgée", constata che l'immigrazione contribuisce ad attenuare gli effetti dell'invecchiamento demografico svizzero: fa aumentare la classe dei giovani adulti e contribuisce alla natalità. Periodi di bassa immigrazione hanno quindi l'effetto inverso, portando la Svizzera a una situazione caratterizzata dall'aumento dell'invecchiamento demografico. Inoltre, sempre più spesso le persone immigrate in giovane età decidono di rimanere in Svizzera a passare la pensione, portando ad un ulteriore aumento delle persone anziane presenti sul territorio svizzero.

Le **conseguenze sociali** dell'invecchiamento demografico sono diverse, ecco le due principali.

Il "tasso di dipendenza"¹⁰ delle persone anziane, cioè il numero di pensionati rispetto a quello delle persone salariate, è aumentato molto, e aumenterà anche nei prossimi anni.

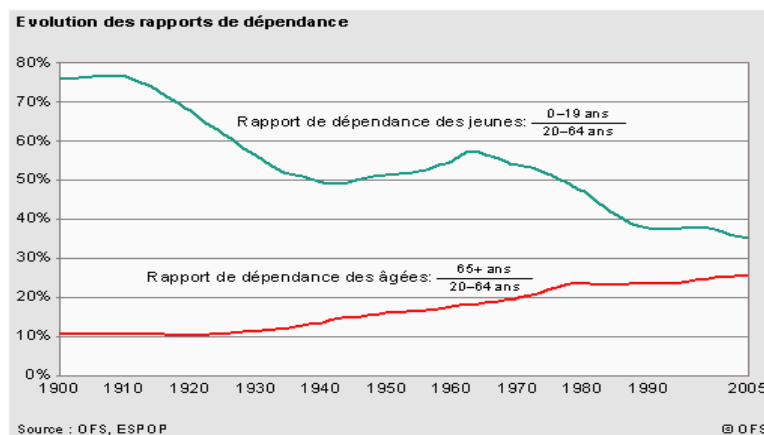


Figura 3: L'evoluzione dei rapporti di dipendenza.¹¹

In questo grafico si può notare che in Svizzera a inizio secolo c'erano 11 pensionati per 100 persone in età lavorativa. Nel 2005 invece il numero di persone in AVS è raddoppiato, arrivando a 25. Parallelamente, il rapporto di dipendenza fra i giovani (di età inferiore ai 20 anni) e gli adulti è diminuito vertiginosamente, passando da 76 giovani su 100 adulti nel 1900, a 37 nel 2005.

Una revisione del finanziamento della cassa pensione è auspicabile, per evitare di sovraccaricare troppo la popolazione attiva. Una delle proposte è di aumentare l'età AVS: per mantenere l'equilibrio la si dovrebbe mettere a 75 anni. È però una soluzione irrealista, perché va contro la politica di mercato che licenzia le persone anziane (pensione anticipata imposta) e non assume quelle giovani (fenomeno della disoccupazione giovanile).

Anche per la politica sociale, le conseguenze di questo fenomeno sono molto importanti. Più si è vecchi, più aumentano le probabilità di dover andare all'ospedale, di dover andare dal medico, in case per anziani o di essere curati a casa propria. Le spese per la salute sono quindi alte, e inoltre, come vedremo nel capitolo dove parlerò della medicalizzazione della società, il sistema socio-sanitario svizzero è molto caro.

¹⁰ HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1992), *Vielliesse et recherche sur la vielliesse en Suisse*. Lausanne: Réalités sociales. P. 29.

¹¹Ufficio federale di statistica [in rete]. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/_gesamt.html (pagina consultata il 2 maggio 2007)

Una revisione del sistema socio-sanitario risulta fondamentale, per gestire al meglio le risorse finanziarie in futuro. Lo sviluppo dei servizi a domicilio è un'opzione valida dal punto di vista economico e va presa in considerazione al fine di evitare spese eccessive per la salute. Si tratta di dibattiti di grande attualità, che non hanno ancora portato a soluzioni e decisioni definitive.

L'evoluzione demografica futura è difficile da definire, ma diversi fattori portano a credere che l'invecchiamento demografico continuerà almeno fino al 2025. Il livello delle nascite si immagina rimanga basso: i matrimoni tardivi, come pure le donne che non hanno figli aumentano. L'evoluzione della speranza di vita invece è difficile da prevedere, anche perché fattori come l'inquinamento atmosferico, alcune malattie (SIDA, cancro) e lo stile di vita in genere, non sono ancora valutabili. Höpflinger, nel suo libro del 1996, afferma che la speranza di vita alla nascita non dovrebbe poter oltrepassare gli 85 anni. Per quanto concerne l'immigrazione, è difficile fare pronostici perché non dipende solamente dall'economia, ma anche dalle decisioni politiche.

Un dato di fatto è che l'invecchiamento demografico ha portato all'allungamento del periodo della vecchiaia. È quindi importante a questo punto definire questo periodo della vita, delimitandolo nel tempo e specificando le diversità presenti al suo interno.

1.3 La vecchiaia

Introduco il capitolo della vecchiaia citando la definizione proposta dal dizionario Garzanti 2005. La vecchiaia viene definita come "Fase avanzata della vita naturale".¹² Prendo spunto da qui per evidenziare quanto sia **difficile mettere un inizio al periodo della vecchiaia**. Forse è difficile mettere dei limiti perché in fondo s'invecchia da quando si è nati... come dice un anziano: "Pour devenir vieux, il faut rester jeune longtemps".¹³ È chiaro però che, come tutte le età della vita (tra cui la gioventù e l'età adulta), anche per la vecchiaia si è cercato di definire l'inizio. Il parametro più utilizzato, fa iniziare l'età sociale della vecchiaia con l'età ufficiale della pensione, cioè 65 anni per gli uomini e 64 per le donne. Questo criterio si basa quindi sull'**età cronologica**. Probabilmente si tratta del parametro più semplice, che però non tiene conto delle caratteristiche individuali e delle differenze di un certo gruppo di persone rispetto ad un altro. Per esempio Höpflinger, nel libro del 1996, commenta che per le casalinghe l'entrata in pensione non provoca nessun cambiamento delle mansioni quotidiane, ciò che non è il caso per coloro che da un giorno all'altro cessano l'attività lavorativa che li ha accompagnati per 40 anni. La complessità della società moderna porta sempre più, rispetto al passato, ad avere un gruppo di oltre 65enni non omogeneo e uniforme. L'età cronologica non tiene conto di tanti aspetti che caratterizzano le "singole vecchie", come sostiene Lalive D'Epinay, nel suo libro "Vieillesse" quando dice che: "Aucun datage précis, que ce soit des années ou par les événements vécus, ne peut servir de repère général à l'entrée dans la vieillesse [...]. A une définition standard des personnes vieilles s'oppose la réalité des multiples situations de vieillesse et processus de vieillissement".¹⁴ Anche Höpflinger, nel suo libro intitolato "Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse", ricorda come sia individuale l'invecchiare, perché ogni persona reagisce in modo diverso di fronte ai cambiamenti. Al fine di esplicitare questa constatazione, elenco qui di seguito alcuni **aspetti che caratterizzano le diverse vecchie**, tratti dal libro intitolato "Vieillesse" di Christian Lalive D'Epinay.¹⁵

- La **salute** per esempio, è un aspetto che risulta problematico con il passare degli anni, ma non tutti gli anziani soffrono degli stessi disturbi. I nostri organi si consumano diversamente a dipendenza delle circostanze in cui si vive, dello stile di vita (tra cui il movimento e l'alimentazione) e del fattore ereditario. Inoltre bisogna tenere conto anche della salute soggettiva, cioè il significato che ogni persona anziana dà ai propri problemi di salute, in termini di limitazione alla sua autonomia.

¹²Garzanti linguistica [in rete]. http://www.garzantilinguistica.it/interna_ita.html (pagina consultata il 3 novembre 2006)

¹³Citazione di un anziano nel libro di TARAMARCAZ, O. (2005), *Le savoir silencieux des générations*. Lausanne: Réalités sociales. P.37.

¹⁴ LALIVE D'EPINAY, C (e al). (1984), *Vieillesse*. Lavaux : Georgi. Ob. cit. P. 471.

¹⁵ Christian Lalive D'Epinay pubblicò il libro nel 1984. Allora era professore del dipartimento di sociologia e direttore del Centro di Gerontologia di Ginevra; ora è in pensione.

- Anche il contesto socio-economico è un aspetto di cui tenere conto. Una persona appartenente ad una classe sociale agiata, non ha fatto la stessa vita di un suo coetaneo cresciuto in una famiglia con un reddito medio-basso, e di conseguenza non vivrà la vecchiaia nello stesso modo, non avrà gli stessi interessi, gli stessi problemi di salute e le stesse disponibilità finanziarie. Come abbiamo visto nel punto precedente, i manovali hanno una speranza di vita inferiore agli alti dirigenti.
- Anche l'educazione e la cultura sono fattori caratteristici dell'eterogeneità nell'età avanzata. L'educazione scolastica e familiare influisce sulla crescita di ognuno di noi, e permane quando si è adulti e quando si è vecchi. Per esempio, una persona che è cresciuta in Afghanistan, si è sposata in Svizzera e passa la sua vecchiaia in Svizzera, avrà altri valori e altre credenze di un anziano nato e cresciuto in Vallemaggia nel canton Ticino.
- Non da ultimo, Lalive D'Epinay parla dell'influenza dell'aspetto relazionale e familiare. Ci sono persone che vivono la vecchiaia in una situazione di isolamento sociale (caratterizzata dall'assenza di contatti sociali), altri invece vivono con il partner e sono attornati dai figli.
- Anche il fatto di abitare in città o in campagna può essere determinante per le relazioni che si hanno. Soprattutto con l'insorgere di problemi motori e di demenze senili, il fatto di spostarsi per tratti lunghi risulta problematico, e quindi spesso gli anziani che vivono in valle o in posti isolati, rinunciano a recarsi dai familiari o agli incontri associativi.

Insomma, mi sembra evidente che non è possibile definire la vecchiaia come una fase della vita uguale per tutti. Ed è in questo senso che Lalive D'Epinay parla di "**vecchiaie**" al plurale, contestando il fatto di dare un unico significato, spesso stigmatizzante e negativo, alla nozione di vecchiaia. A dipendenza del percorso di vita proprio a ogni individuo, influenzato dagli aspetti citati qui sopra, come pure da molti altri ancora, il periodo della vecchiaia non consiste in un peggioramento continuo delle capacità psico-motorie a tutti i costi. Al riguardo Höpflinger, nel suo libro del 1992, sottolinea che le ricerche gerontologiche mostrano che l'invecchiamento non è un processo lineare e discendente, ma è possibile ritrovare delle funzioni perse e le capacità intellettuali possono sempre essere migliorate. Anche Rita Bichi nel libro "La società raccontata. Metodi biografici e vite complesse" sostiene come non è possibile definire dei parametri lineari e irreversibili all'interno dei cicli di vita in una società nella quale i modelli culturali si moltiplicano, come pure quelli familiari, scolastici e lavorativi. Sostiene che non ci si definisce più solo attraverso l'appartenenza a una professione o a una certa età, ma la costruzione del nostro essere è il risultato di scelte individuali grazie a un'ampiezza di possibilità che ci vengono proposte nel corso della vita. Anche qua ritroviamo la nozione di "complessità" della società moderna a cui ho accennato in precedenza, nel senso che sempre più, rispetto al passato, ogni individuo fa esperienze lavorative e personali diversificate (viaggi, divorzi, matrimoni, cambiamento di professione, disoccupazione,...), che gli permettono di avere un bagaglio di conoscenze e di esperienze di vita difficilmente paragonabile ad un suo coetaneo.

In conclusione, propongo questa citazione che racchiude un po' il senso che intendo dare alla vecchiaia: « Savoir vieillir, c'est savoir naitre plusieurs fois ». ¹⁶ La vecchiaia è un periodo nel quale si è confrontati a diversi cambiamenti (fisici, relazionali, abitativi,...) che provocano gioie e dolori, ma sono tutti momenti di crescita. Queste nuove situazioni vengono affrontate con un bagaglio di esperienza accumulata nel corso della vita e che permette di rinascere ogni volta dopo ogni cambiamento.

Ecco ora più nel dettaglio le diverse generazioni presenti all'interno della vecchiaia, così come le diverse fasi che possono caratterizzare l'età avanzata.

1.3.1 Le fasi della vecchiaia

L'aumento della speranza di vita, con il conseguente invecchiamento demografico, ha portato all'allungamento del periodo della vecchiaia. Se si decide di fare iniziare la vecchiaia a 64/65 anni, con una speranza di vita che nel 2006 tocca gli 84 anni per le donne, è evidente che questo periodo (che copre mediamente 20 anni) è lungo e non può essere rappresentato da un unico gruppo di persone definiti "anziani". Lalive D'Epinay, nel suo libro intitolato "Entre retraite et vieillesse" ricorda che a inizio secolo le età sociali erano principalmente due: la gioventù, che comprendeva la fascia d'età dalla nascita a 15-20

¹⁶ GAULLIER, X. (1988), *La deuxième carrière*. Evreux : Seuil. Ob. cit. P. 225.

anni, e la vita adulta, per tutte le persone che avevano più di 20 anni. La vecchiaia non era quindi presente come categoria, in quanto la speranza di vita arrivava a 45,7 anni per gli uomini e 48,5 per le donne nel 1890 e i casi di anzianità erano eccezionali. Lalive afferma che fra il 1940 e il 1950 c'è una presa di coscienza del fenomeno dell'invecchiamento demografico, concretizzata nel 1947 con l'entrata in vigore dell'AVS: è da questo momento che nei percorsi di vita viene riconosciuta la fase della vecchiaia per coloro che avevano più di 65 anni. In seguito, dal 1960 al 1980 la speranza di vita aumenta ulteriormente, portando alla nascita della vecchiaia dipendente. Il periodo della vecchiaia viene così diviso in due momenti: il primo caratterizzato da un'età di libertà riconquistata, un periodo di "vita auto-orientata" come la definisce Lalive, nel quale ci si occupa di sviluppare i propri interessi; il secondo e ultimo momento viene definito come "vita dipendente", nel quale si dipende da terze persone per compiere gli atti della vita quotidiana. È anche possibile dividere il periodo della vecchiaia in tre fasi, inserendo un terzo momento definito "lotta per l'autonomia" fra la fase di libertà riconquistata e quella di dipendenza. È importante però sottolineare che non necessariamente tutte le persone anziane vivono queste tre fasi (magari ne vivono solamente una o due), come pure l'ordine cronologico può essere diverso da quello esposto. Da una società di inizio secolo definita su due grandi gruppi (giovani - adulti) si passa così ad una società dove la vecchiaia è prolungata. È quindi fondamentale definire in modo preciso questa nuova fase della vita, facendo emergere i diversi gruppi di persone che compongono oggi la vecchiaia e che la caratterizzeranno in futuro. Il periodo che va dalla pensione in avanti non è infatti rappresentato da un unico gruppo di persone, ma al suo interno sono presenti **diverse generazioni**, ognuna con un passato storico diverso, caratterizzato da un percorso socio-economico diverso, e pertanto con altri punti di riferimento ed altri valori. Xavier Gaullier, nel libro "La deuxième carrière" ha rilevato tre generazioni distinte che sono o saranno presto in pensione.¹⁷

- La prima, quella che ora ha **più di 85 anni**, che fa parte della "vecchiaia dipendente", è la generazione che è nata agli inizi del secolo. La vita di queste persone è stata caratterizzata dal lavoro, con una scolarizzazione e una protezione sociale debole. Sono molto isolate perché è una generazione con un basso tasso di fecondità (il 20% è senza discendenza). Possono aver vissuto le due guerre e hanno conosciuto la crisi economica e la disoccupazione, ma non conoscevano il tempo libero e lo svago. Molti non hanno un secondo pilastro e ricevono il minimo dell'AVS e la PC.
- Poi c'è la generazione nata attorno agli anni 20-30 (quella che ha **fra i 75 e i 85 anni**), che ha vissuto la seconda guerra mondiale e ha approfittato pienamente dei trent'anni di benessere economico. Ha vissuto il tempo libero (vacanze, svago) e il consumo di massa (come le automobili, i televisori e gli elettrodomestici). In generale il loro livello di vita è buono: con una pensione sufficiente e una discendenza numerosa (sono i genitori del "baby-boom").
- La terza generazione è quella del baby-boom (nata appena dopo la seconda guerra mondiale) chiamata ora **papy e mami-boom**, perché sono diventati genitori e nonni e ora sono quasi in età di pensionamento. La loro vita lavorativa è stata scandita da due momenti molto diversi: la gioventù nei trent'anni di benessere economico, con un aumento della qualità di vita e con la società dei consumi, e l'età matura caratterizzata da problemi di lavoro e difficoltà economiche.

Xavier Gaullier distingue quindi tre generazioni appartenenti alla vecchiaia, ognuna rappresentante di un passato storico diverso e quindi portatrice di valori diversi. Olivier Tamarcaz¹⁸ ci rende però attenti al significato di generazione. Lo utilizziamo spesso dandogli una connotazione storica, raggruppando persone che hanno vissuto gli stessi avvenimenti e dando loro dei valori culturali comuni. Ma il discorso che facevamo prima per le vecchie, vale anche per la nozione di generazione. Non si può infatti dire che ogni generazione si riconosce negli stessi valori, formando così un gruppo omogeneo. Per esempio non tutti i giovani che hanno vissuto il '68 sostenevano le idee di giustizia e di autodeterminazione. È in questo senso che Tamarcaz sottolinea che il fatto di essere contemporanei a livello storico non significa essere contemporanei nei pensieri e nelle idee. Per mostrare la pericolosità dell'identificazione troppo forte a una

¹⁷ Preso da GAULLIER, X. (1988), *La deuxième carrière*. Evreux : Seuil. P. 252-253. Ho però adattato gli anni a oggi; Gaullier ha scritto il suo libro nel 1988 e io ho cercato di interpretare le cifre e di adattarle ai giorni nostri.

¹⁸ Olivier Tamarcaz, diplomato in scienze dell'educazione a Ginevra, coordina la formazione di Pro Senectute Svizzera e è responsabile della formazione continua in azione sociale geroontologica. È autore di diversi libri, tra cui "Le savoir silencieux des générations" pubblicato nel 2005, al quale mi riferisco.

generazione, si spinge anche fino al paragone con l'ascesa del nazismo, definendolo fondato sull'idea dell'unità generazionale.

Per quanto riguarda la vecchiaia, è importante fare un'ulteriore precisazione. Indipendentemente dalle diverse generazioni che la caratterizzano oggi, e che non saranno quelle di domani, ci sono due connotazioni che perdurano nel tempo. Nel secolo scorso si è iniziato a parlare di **terza età e di quarta età**. La Commissione Federale, nel libro intitolato "Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive" afferma che la definizione di terza età è nata con l'accettazione dell'AVS, cioè nel 1947. Come vedremo nei prossimi punti, è a partire da quando si riceve una rendita per "riposare" e si ha il diritto di non lavorare che si diffonde l'idea dell'inizio di una nuova età, della terza età appunto. La terza età raggruppa le persone che hanno fra i 65 e i 79 anni. Esse sono generalmente attive e in buona salute, e vengono chiamate anche "giovani vecchi" (dall'inglese *young old*) e sono coloro che fanno parte della vita auto-orientata di cui parla Lalive D'Epinay. Ci sono poi delle variazioni a dipendenza degli esperti; Höpflinger, nel suo libro del 1996 afferma che i giovani vecchi sono le persone nella fascia di età fra i 60 e i 74 anni. Le connotazioni però sono sempre quelle di persone autonome e autosufficienti. Il concetto di quarta età invece, chiamata anche "vecchiaia dipendente", è nata negli anni ottanta, in quanto è strettamente legata all'aumento della speranza di vita: fra il 1950 e il 2000 la speranza di vita è aumentata di più di 10 anni. È nata quindi la quarta età che comprende le persone ultra 80enni, chiamati anche "vecchi vecchi" (dall'inglese *old old*) e si distingue dalla terza età perché raggruppa le persone anziane con presenza di handicap funzionali che le rendono dipendenti. C'è però una corrente che è contro l'utilizzo del termine quarta età perché è spesso peggiorativo, in quanto definisce come dipendente una persona solo per la sua età, ciò che non è sempre vero. Essi sostengono che la vecchiaia è un processo individuale e non è l'appartenenza allo stesso anno di nascita che porta dipendenza o meno. Anche per i vecchi vecchi Höpflinger propone altri anni, sostenendo che sono le persone al di sopra degli 85 anni che hanno bisogno di cure in quanto sono fortemente limitati nella loro indipendenza e autonomia. Questo dimostra la difficoltà di mettere delle età precise, visto che ogni persona è diversa.

1.3.2 Le rappresentazioni sociali della vecchiaia

Dopo un primo momento dedicato all'esposizione del fenomeno dell'invecchiamento demografico e alla definizione di vecchiaia e delle generazioni che la compongono, concludo questa prima parte percorrendo brevemente la storia della vecchiaia, parlando delle rappresentazioni sociali presenti nelle varie epoche. Per dare una connotazione precisa alla vecchiaia oggi, è importante contestualizzarla e sapere che definizione è stata data nei secoli passati.

Il dizionario svizzero della politica sociale definisce le rappresentazioni sociali in questo modo: "Les représentations sociales constituent un processus par lequel les personnes reconstruisent la réalité et lui donnent sens, produisant un savoir social qui influence la nature des relations entre personnes et entre groupes [...]".¹⁹ Le rappresentazioni sociali sono un'interpretazione della realtà, create dalla società per dare un senso a ciò che si vive, attraverso un processo di semplificazione delle molteplici informazioni alle quali si è confrontati quotidianamente. Le rappresentazioni sociali cercano cioè di concretizzare i concetti e le nozioni astratte (come per esempio la giustizia e l'uguaglianza), trasformandole in forme più semplici che permettono di comunicare in società. Questo processo mentale di semplificazione è influenzato dal contesto socio-culturale nel quale si vive, e racchiude delle prese di posizione e dei giudizi, come è il caso delle rappresentazioni sociali della vecchiaia. Le rappresentazioni sociali sono caratteristiche del contesto storico nel quale si iscrivono e riflettono le credenze della società o di un gruppo di persone specifico. Come vedremo qui di seguito, le rappresentazioni sociali della vecchiaia in Europa sono cambiate nel corso dei secoli: da una parte la vecchiaia è stata associata alla saggezza e alla conoscenza, ma ha spesso avuto delle connotazioni negative come la decadenza, l'inutilità e la bruttezza. Ma andiamo con ordine.²⁰

Nel **Medio Evo**, la vecchiaia era vista come un periodo della vita nel quale le persone non erano capaci di provvedere alla propria sussistenza e diventavano inutili per la società. In seguito, durante il **Rinascimento** c'è stata un'esaltazione della gioventù e la vecchiaia era sinonimo di declino e faceva

¹⁹ Dictionnaire Suisse de politique sociale [in rete]. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=689> (pagina consultata il 4 novembre 2006)

²⁰ I concetti che espongo sono presi dal corso "Liens intergénérationnels: personnes âgées et jeunes dans la cité" (OASIS, Ginevra 2005) dato da Isabelle Csupor.

paura (in questo periodo tante donne anziane erano accusate di stregoneria e venivano bruciate). Nel periodo dell'**illuminismo** invece c'è stata una presa di coscienza dei bisogni delle persone anziane e delle loro qualità: gli anziani venivano presi a carico dalla famiglia e i filosofi esaltavano le loro qualità di saggezza. Elise Feller, nel capitolo intitolato "La construction sociale de la vieillesse (au cours du premier XXe siècle)", inserito nel libro "Histoire sociale de l'Europe", afferma che nel corso del **XIX° secolo** la collettività risponde ai bisogni delle singole persone anziane attraverso la carità e l'assistenza. La visione della vecchiaia rimane però associata alla miseria e al pericolo. Nel corso del **XX° secolo**, nascono le scienze della vecchiaia (come la gerontologia, la geriatria e la psicogeriatrics) e si sviluppa la medicina. C'è una medicalizzazione crescente dell'approccio della vecchiaia e il desiderio di vincere la vecchiaia (e di conseguenza la morte) sono sempre più presenti; la sua esistenza è vissuta come una sconfitta della medicina. La paura di morire, ma ancor più quella di invecchiare e di soffrire, sono caratteristiche delle società moderne. A partire dal **1950** si intensificano le pratiche estetiche, la bellezza è sinonimo di gioventù e si dà sempre più importanza all'aspetto fisico. Questo processo è esploso nel dopoguerra, periodo di boom economico caratterizzato dal consumo di massa, nel quale le belle attrici televisive e le modelle poste sulle riviste rappresentavano un esempio per gran parte della gioventù. Aumentano così le varie tecniche anti-invecchiamento (chirurgia estetica, creme, trucco,...) con lo scopo di vincere la vecchiaia. Queste strategie anti-invecchiamento sono però discriminatorie nei confronti delle persone anziane, in quanto vengono giudicate negativamente basandosi su criteri puramente fisici. Anche il termine "Âgisme", apparso in quegli anni e di connotazione razzista, è discriminatorio verso le persone anziane perché le giudica solo per l'appartenenza a una certa età. Ecco la soluzione che Xavier Gaullier propone per coloro che hanno paura di invecchiare: "S'aimer, même vieux, c'est la fin de la peur de la vieillesse".²¹ Questa affermazione di Gaullier ci riporta all'essenziale, allo star bene con se stessi al di fuori degli schemi imposti dalla società dei consumi. Questi valori non sono però quelli predominanti nelle società moderne.

Le persone anziane subiscono un'ulteriore discriminazione a partire dal **1970-80**, in questo caso nella realtà lavorativa. È a partire da quegli anni che il tasso di disoccupazione aumenta, ciò che non era assolutamente il caso nei trent'anni di benessere economico. I valori professionali preponderanti sono l'individualismo, l'indipendenza, la produttività e l'autonomia, e non è più l'esperienza che viene valorizzata, ma la novità, l'iniziativa e la flessibilità. Si forma così una società a due velocità, nella quale c'è chi sta dentro e corrisponde ai criteri richiesti e chi sta fuori. Le persone ultra 50enni, subiscono sempre più spesso questo tipo di penalità, perché privi dei requisiti richiesti. La conseguenza è la disoccupazione o l'obbligo di andare in pensione anticipata.

Secondo il Rapporto della Commissione Federale del 1995, il riconoscimento della vecchiaia avviene solo nel **1947**, con l'accettazione della legge AVS. Durante i decenni precedenti era definita come un'età senza diritti e compiti precisi. A partire da questa data, le persone che hanno più di 65 anni beneficiano di un salario che permette loro di avere una sicurezza materiale minima e di avere il diritto di non lavorare. Si inizia così a parlare di terza età per riferirsi a questo nuovo periodo di vita (come spiegato nel punto precedente). Elise Feller, nel capitolo intitolato "La construction sociale de la vieillesse (au cours du premier XXe siècle)", inserito nel libro "Histoire sociale de l'Europe", associa la nascita della pensione alla definizione della vecchiaia come periodo di esclusione dal lavoro e di incapacità di lavorare. Afferma che la vecchiaia dipende in modo sempre più forte dall'organizzazione del mercato del lavoro. Bisogna però sottolineare che negli anni cinquanta, la speranza di vita per gli uomini che nascevano in quegli anni, era attorno ai 66 anni. Quindi erano poche le persone che potevano approfittare della terza età non lavorativa. Xavier Gaullier parla di vecchiaia come « rischio sociale »,²² facendo appunto riferimento al fatto che solamente una piccola parte degli anziani potevano vivere la terza età. Nel periodo degli anni d'oro invece la vita si allunga e il pensionamento prende nuove forme e « non apre più alla vecchiaia, ma ad un'età di libertà »,²³ come viene definito dalla Commissione Federale. Bisogna quindi trovare un ruolo per le persone che sono e saranno in questo periodo della vita. Lo si trova negli **anni settanta**, grazie alla crescita economica e alla modernizzazione. Si sviluppano gruppi sociali e organizzazioni: gli anziani

²¹ GAULLIER, X. (1988). Ob. cit. P. 222.

²² Definizione presa da GAULLIER, X. (1988). Ob. cit. P. 243-244.

²³ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995), *Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive*. Rapporto della Commissione Federale. Berna: UFSM. P. 33.

diventano protagonisti del loro futuro. Ci sono sempre più attività per il tempo libero dedicate a loro, la vita sociale aumenta, creando così una vecchiaia dinamica. Anche a livello politico c'è la volontà di inserire gli anziani nella società e la terza età diventa un ideale accessibile a tutte le classi sociali. Ma negli **anni ottanta**, con il continuo aumento della speranza di vita, la vecchiaia entra in un nuovo periodo, caratterizzato dalla nascita della quarta età o della vecchiaia dipendente (come spiegato nel punto precedente), che continua fino ad oggi.

Höpflinger, nel suo libro del 1992 "Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse" parla delle innovazioni nel campo della ricerca gerontologica, ma constata ugualmente quanto i nuovi orientamenti dell'approccio alla vecchiaia siano poco conosciuti dalla gente e quanto siano ancora presenti gli stereotipi negativi nei dibattiti pubblici. Inoltre, afferma che la nascita della terza età, cioè di un periodo della vita nel quale si ha il diritto di non lavorare e di riposarsi o di dedicarsi ai propri interessi, può portare a due visioni opposte: quella critica e quella utopistica. Vorrei concludere esponendo queste due rappresentazioni della vecchiaia contrapposte, in quanto presenti anche oggi e caratteristiche della società moderna.

La visione critica, di stampo pessimista e negativo, sostiene che dal momento che si entra nella vecchiaia si è messi ai margini della società. Questa visione sostiene che la vecchiaia è un periodo di incapacità lavorativa, come afferma Elise Feller nel suo articolo citato in precedenza. Essendo inattivi professionalmente, gli anziani non servono più a niente e diventano un peso per la società. Durante questa "dolce morte sociale"²⁴ non si ha nessun ruolo, e si è confinati nell'isolamento e nella malattia.

La visione utopistica invece, sostiene che le persone della terza età sono attive a tutti gli effetti. Afferma che nella vecchiaia il ruolo economico e sociale aumenta d'importanza: gli anziani sono dei consumatori, dei nonni e dei cittadini dinamici. La pensione è definita come un progetto di vita nel quale si approfitta del tempo libero per dedicarsi ai propri interessi e per aiutare gli altri. È definito "nuovo contratto sociale" o "nuovo patto intergenerazionale" il principio secondo il quale è corretto che i pensionati, nella misura delle loro possibilità, si dedicano ad attività socialmente utili (per esempio attività di solidarietà a carattere culturale, educativo o altro).

A sostegno di questa visione e in conclusione, cito un detto francese: «Les vieux pommiers ne donnent pas des vieilles pommes». Essere anziani non significa essere privi di interessi e inutili. Come un vecchio melo, una persona anziana può apparire vecchia, ma dentro di sé può sentirsi fresca ed energica, e essere in grado di dare ancora molto a chi la circonda.

²⁴ HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1992). Ob. cit. P. 242.

2 I principali aspetti che caratterizzano la vecchiaia oggi

2.1 Introduzione

Nella prima parte ho parlato dell'invecchiamento demografico e del conseguente allungamento del periodo della vecchiaia, soffermandomi sulla storia e sull'evoluzione di quest'ultima e specificandone il significato. Per poter approfondire nei capitoli successivi le caratteristiche del mantenimento a domicilio degli anziani, ho reputato necessario parlare delle rappresentazioni sociali della vecchiaia nel corso dei secoli passati e della definizione che viene data oggi. Incentrando la mia ricerca sul sistema socio-sanitario che circonda l'anziano a domicilio, non ho quindi potuto fare a meno di dedicare una parte del mio *mémoire* alla vecchiaia, in quanto periodo della vita nel quale si trovano gli attori principali del mantenimento a domicilio. Ora vorrei soffermarmi su diversi aspetti che caratterizzano e influenzano la vita delle persone anziane oggi, quali **l'organizzazione del reddito pensione, la rete familiare, il tessuto sociale e il processo di medicalizzazione** crescente. Parlerò anche degli effetti legati ad alcuni di questi aspetti, come l'isolamento sociale e la solitudine, direttamente legati alla quantità e alla qualità delle interazioni sociali oggettive o percepite soggettivamente dall'individuo, la povertà e alcune malattie. Le diverse malattie che possono toccare il fisico e la psiche dell'anziano sono un aspetto fondamentale per l'adeguatezza degli interventi socio-sanitari a loro favore, come pure per le scelte legate alle strutture stazionarie e semi-stazionarie. Trovo importante, sempre in questa fase a carattere introduttivo, percorrere gli aspetti citati sopra, perché permettono di definire con più precisione la realtà nella quale vivono gli anziani oggi. Infatti, essendo il tema del *mémoire* il mantenimento a domicilio delle persone anziane, reputo importante conoscere i vari aspetti che caratterizzano la vita di queste persone, essendo determinanti per la qualità di vita durante la vecchiaia e quindi per le decisioni in materia di mantenimento a domicilio.

2.2 Aspetti economici

2.2.1 L'organizzazione del reddito pensione²⁵

Il sistema attuale svizzero delle assicurazioni sociali si basa su una politica di **3 pilastri**.

Il primo è l'**AVS** (assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti), assieme all'**AI** (assicurazione invalidità) che però non concerne le persone pensionate, e le **PC** (prestazioni complementari). All'interno di questo primo pilastro è prevista pure l'erogazione di rendite per vedovi e vedove e per orfani, di assegni grandi invalidi (per persone con un livello medio e alto di dipendenza) e di mezzi ausiliari.

L'**AVS**, entrata in vigore il 1° gennaio 1948, è il pilastro centrale della previdenza sociale svizzera. La legge prevede che si riceve la rendita vecchiaia quando si ha l'età di pensione (65 anni per gli uomini e 64 per le donne), ma questa età è sempre più flessibile: c'è la possibilità di richiedere il pensionamento anticipato (o certi posti di lavoro lo impongono), ma con una conseguente riduzione della rendita. L'accettazione della legge **AVS**, avvenuta nel luglio 1947, è passata con una strepitosa maggioranza, ciò che simboleggiava il bisogno di una protezione di questo tipo, come pure l'importanza di questa decisione. Lalive D'Épinay definisce il 1947 come data simbolica della fondazione dello stato sociale, al quale viene affidato un nuovo grande mandato, quello della solidarietà sociale. Nasce il diritto di invecchiare nella dignità, beneficiando di una sicurezza materiale minima. Ecco gli aspetti principali dell'**AVS**:

- L'**AVS** è obbligatoria: tutte le persone residenti in Svizzera che esercitano un'attività lucrativa (ma anche gli studenti e le donne sposate senza un reddito), pagano un contributo.
- Un secondo aspetto fondamentale della legge è che le persone attive professionalmente pagano per quelle non attive (cioè in pensione). Sono quindi dei soldi che vengono spesi subito e non vengono

²⁵ Per la redazione di questo punto mi sono basata sui corsi di politica sociale tenuti all'EESP di Losanna dal professor Jean-Pierre Fragnière nell'autunno del 2003, come pure sulla definizione di "Trois piliers" data dal dizionario svizzero di politiche sociali.

risparmiati. La legge segue il principio di ripartizione e sancisce un patto di solidarietà fra le generazioni (i giovani pagano per gli anziani).

- La legge prevede un finanziamento proporzionale al reddito: chi guadagna di più versa di più, in modo da consentire un reddito minimo anche alle persone che hanno lavorato poco.

Nella costituzione è sancito che l'AVS deve garantire una sicurezza materiale minima, ma visto che non sempre è il caso, hanno aggiunto le PC. La legge sulle **prestazioni complementari** è entrata in vigore nel 1966 e la si può fare valere appunto quando la rendite AVS, altre entrate e il patrimonio non permettono di arrivare a coprire il fabbisogno minimo vitale. Il problema, come vedremo nel punto dedicato alla povertà, è che non tutti conoscono o vogliono fare richiesta delle PC perché pensano siano prestazioni assistenziali, ignorando che rappresentano un vero e proprio diritto.

La **LPP** è la legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, chiamata anche secondo pilastro o cassa pensione, ed è entrata in vigore il 1° gennaio 1985. È un sistema di previdenza individuale, che ogni persona salariata ha. Lo scopo è di mantenere il livello di vita anteriore.

È un sistema obbligatorio (a parte per certe categorie come per gli indipendenti) ed è basato sul principio di capitalizzazione. Il capitale non viene quindi speso subito (come nel caso dell'AVS), ma messo da parte in attesa dell'entrata in pensione. In alcuni casi è però possibile riscuotere anticipatamente la somma del secondo pilastro (pensione anticipata, creazioni di un'attività indipendente).

Il **terzo pilastro**, previdenza personale facoltativa o risparmio privato, è entrato in vigore nel 1987. Ha il compito principale di rendere possibile la previdenza vecchiaia alle persone che non appartengono a una cassa pensione (di regola gli indipendenti). Si tratta di un sistema di risparmio individuale, non obbligatorio, che ognuno gestisce come vuole.

Il dibattito sull'adeguatezza della previdenza sociale è molto presente oggi, in quanto ci si domanda se un sistema di questo tipo possa essere mantenuto con l'evoluzione demografica in atto. Soprattutto l'AVS, il cui finanziamento dipende dai contributi salariali per ripartizione, sarà particolarmente toccata dall'invecchiamento demografico, in quanto il numero dei pensionati cresce più in fretta del numero dei contribuenti. Nel 1948 si contavano 9,5 persone (statistiche) per una persona in AVS, mentre nel 1994 le persone sono scese a 2,9 (vedi figura numero 3). Il Programma Nazionale di Ricerca PN32 del 1999, a riguardo propone tre possibilità di riforma allo scopo di risanare un sistema per ripartizione deficitario. La prima soluzione sarebbe l'aumento dei contributi salariali, che però provocherebbe un rialzo dei costi salariali (per i datori di lavoro e per l'impiegato) contro il quale c'è molta resistenza sul piano politico ed economico. Una seconda possibilità di riforma sarebbe la riduzione delle rendite di vecchiaia, ciò che potrebbe provocare uno stato di povertà diffusa nella popolazione anziana. La terza soluzione proposta dal Programma Nazionale di Ricerca è l'aumento dell'età di pensione. Sembrerebbe una tendenza inevitabile, prevista da diversi paesi europei, che però va contro la tendenza del mercato del lavoro che obbliga i dipendenti di una certa età a prendere il pensionamento anticipato e allo stesso tempo non assume i giovani lavoratori (disoccupazione giovanile). È quindi un dibattito scottante e aperto, su un tema non facile da risolvere, ma che allo stesso tempo deve trovare una soluzione in tempi brevi.

In conclusione vorrei mettere in evidenza che in questo breve riassunto delle principali assicurazioni sociali a favore degli anziani, si può percepire delle differenze delle rendite fra una persona e l'altra. Un anziano beneficiario di AVS e PC, avrà a disposizione un capitale nettamente minore di una persona che, oltre all'AVS e al secondo pilastro, pur non essendo indipendente, è riuscito a risparmiare una somma importante come terzo pilastro. Nonostante queste disparità evidenti, è chiaro che l'AVS ha permesso a tutti gli anziani di vivere con un agio finanziario migliore rispetto a inizio secolo, offrendo una reddito base per coprire il minimo vitale. Ma allora la povertà nella vecchiaia oggi non esiste più? Cercherò di rispondere a questo quesito nel punto successivo.

2.2.2 La povertà nella vecchiaia ?²⁶

Se a inizio secolo gli anziani vivevano in una situazione di povertà, dipendenti in gran parte dall'assistenza e dall'aiuto finanziario dei familiari (come abbiamo visto nella storia della vecchiaia), oggi la situazione è cambiata. Come rilevano i risultati dell'inchiesta nazionale sulla povertà, citata nel PNR32, il sistema di previdenza-vecchiaia (esposto nel punto precedente) ha portato negli ultimi decenni a una netta regressione del rischio di povertà nei pensionati. Le cifre parlano chiaro: da una semplice rendita AVS di 480 Fr. all'anno nel 1948, si è passati a 6'000 Fr. nel 1975, a 9'000 nel 1988 e a una rendita minima di vecchiaia di Fr. 12'900 nel 2005. Negli anni ottanta si è quindi iniziato a mettere in discussione l'equazione che associava la vecchiaia alla povertà, in quanto i redditi percepiti dalle persone in età AVS continuavano ad aumentare e nel 1985 è stato creato il 2° pilastro, che permetteva di arrotondare la rendita. Per quel che concerne la visione delle persone anziane sulla loro situazione economica, secondo un'inchiesta del Gugrispa, raccolta dalla Commissione Federale nel libro "Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive", l'80% degli anziani sono d'accordo che il progresso ha reso loro la vita più facile e la grande maggioranza è soddisfatta della sua situazione materiale. Inoltre, oggi si è comunque coscienti del fatto che, con il miglioramento della previdenza sociale, ci sono categorie più fragili dal punto di vista finanziario: per esempio i giovani adulti senza lavoro o le famiglie monoparentali.

L'equazione "vecchio=povero" non è quindi più un fenomeno di massa, ma non bisogna comunque dimenticare che tra i pensionati esistono ancora oggi grosse disparità economiche e che quindi in alcuni casi la povertà nella vecchiaia esiste. L'inchiesta nazionale sulla povertà constata che su tutto il territorio svizzero esistono delle enormi disparità di reddito e di fortuna personale fra i pensionati: nel 1997 ben un quarto dei pensionati affiliati all'AVS vive con un reddito basso e dispone di poche riserve finanziarie. Lo stesso studio conclude che le disparità crescenti tra i pensionati rischiano di portare ad una "**pensione a due velocità**".²⁷ Inoltre, ci sono molte persone che, avendo una rendita AVS minima, avrebbero diritto alle PC, ma non ne fanno richiesta. L'inchiesta nazionale sulla povertà afferma che nel 1997 un terzo delle persone aventi diritto alle PC non ne fa richiesta. C'è quindi una parte di persone che sopravvivono in una situazione di grande fragilità finanziaria, perché per vari motivi (disinformazione, vergogna, paura di diventare dipendenti) non fanno valere questo tipo di diritto. Secondo la Commissione Federale, all'interno dei pensionati sono presenti quattro gruppi a rischio di povertà: le donne che si sono divorziate e non hanno lavorato (quindi non beneficiarie del 2° pilastro); gli anziani della quarta età che non ricevono il 2° pilastro perché hanno raggiunto l'età della pensione prima o poco dopo l'entrata in vigore della LPP; le persone che nonostante un reddito minimo, devono affrontare costi molto elevati di cure e di alloggio (medico, ospedale, affitti alti); e gli indipendenti che non sono riusciti ad avere un 3° pilastro (o in maniera insufficiente).

In fase conclusiva vorrei cercare di dare una spiegazione del termine "povertà". È chiaro che in una società moderna, con delle sicurezze sociali di base, non si può essere definiti poveri allo stesso modo di coloro che hanno vissuto a inizio secolo. È a partire dagli anni novanta, con i problemi economici e la disoccupazione, che si è cominciato a parlare di povertà in termini nuovi (esclusione, precarietà), cercando di definire il suo significato, molto diverso da quello dei decenni passati. Oggi possiamo distinguere due tipi di **povertà**: quella **assoluta** e quella **relativa**. La prima, detta anche povertà economica, si riferisce al mancato raggiungimento del minimo vitale e quindi alla non soddisfazione dei bisogni fisiologici di base. Oggi tutte le persone anziane con una rendita AVS molto bassa possono beneficiare delle PC, che garantiscono loro il minimo vitale. Per dare un'idea dei mezzi finanziari che ha a disposizione una persona che riceve la PC, espongo i dati del 2006: il fabbisogno minimo vitale mensile per persone sole raggiunge i Fr. 1'470 (affitto e premi della CM esclusi e pagati direttamente dalle PC). Anziani che vivono non raggiungendo il minimo vitale sono pochi, ma molti di più sono quelli che lo raggiungono, ma ciò non permette comunque loro di soddisfare i bisogni fisiologici di base. La seconda invece, la povertà relativa, chiamata anche povertà socioeconomica, tocca le persone che non hanno i mezzi per permettersi una normale partecipazione alla vita sociale. Entrambi i tipi di povertà sono però

²⁶ Per la redazione di questo punto mi sono basata sui corsi di politica sociale tenuti all'EESP di Losanna dal professor Jean-Pierre Fragnière nell'autunno del 2003, come pure sulla definizione di povertà della Commissione Federale nel libro "Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive".

²⁷ HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1999), *Alter Anziani Vieillesse. Principali risultati e prospettive del Programma Nazionale di Ricerca PN32*. Berna: Fondo nazionale della ricerca scientifica. P. 25.

estremamente difficili da definire con precisione e alimentano ancor più il dibattito che cerca di dare una spiegazione del termine "povertà". Cosa è giusto che sia compreso nel minimo vitale? Cosa è quindi essenziale avere e cosa non lo è, in una società moderna? Come si fa a definire con criteri oggettivi cosa rappresenti una "normale" vita sociale? Queste e altre domande, non cessano di essere poste, definite e ridefinite.

2.3 Aspetti sociali

2.3.1 La rete familiare

Nel corso della seconda metà del 1900 c'è stato un grande **cambiamento della struttura familiare**. Le principali trasformazioni sono due: la riduzione della dimensione orizzontale, caratterizzata dalla diminuzione del numero di figli e l'aumento della dimensione verticale, in quanto si vive più a lungo, ciò che comporta una coesistenza di un numero sempre maggiore di generazioni. Una famiglia composta da quattro generazioni (figli, genitori, nonni e bisnonni) è ormai la norma al giorno d'oggi, ma in realtà si tratta di un'evoluzione recente. Allo scopo di riflettere su questo fenomeno e approfondire le relazioni fra le generazioni, è stato creato l'Istituto universitario "Età e Generazioni" (INAG).²⁸ In questo e in altri punti del mio *mémoire* parlerò dei **legami intergenerazionali**, sia all'interno del nucleo familiare che fra anziani e professionisti, in quanto costituiscono le basi del mantenimento a domicilio. Höpflinger constata che è presente un aiuto reciproco fra generazioni. Per esempio si può immaginare una persona anziana che aiuta i figli finanziariamente e curando i nipoti, e in cambio viene accudita in caso di bisogno e riceve affetto e tempo dalla parte della famiglia. Il PNR32 afferma che al giorno d'oggi è molto più frequente che i nonni partono in vacanza con i nipoti, grazie alle migliori condizioni di salute degli anziani rispetto al passato.

La famiglia si è modificata anche nel suo interno. Oggi sono presenti diversi modelli familiari e non unicamente quello classico. Si può infatti parlare di famiglie nucleari o monoparentali, costituite cioè da un solo genitore, quelle ricomposte in seguito ad un secondo matrimonio, come pure quelle estese, dove genitori diversi vivono sotto lo stesso tetto con i rispettivi figli. Questi cambiamenti hanno portato ad una modificazione della concezione stessa della famiglia. Dalla definizione classica di famiglia come nucleo nel quale si allevano insieme i figli nati dall'unione dei due genitori, si passa ad una visione più attuale, che definisce la famiglia come un gruppo di persone legate dal matrimonio (ufficiale o meno), dal fatto di avere figli (in comune o meno) e di occuparsi della loro educazione.²⁹

A partire dalla metà del secolo scorso anche le norme si modificano e il **desiderio d'autonomia** diventa un valore dominante nella nostra società. Nasce così il desiderio del diritto alla vita privata e l'attaccamento al proprio luogo di vita. Lalive D'Epinaye, nel libro "Entre retraites et vieillesse" afferma che nel 1994 1/3 delle persone ultra 65enni vivono sole, e solo il 12,5% degli altri 2/3 convive con un parente appartenente ad una generazione diversa (figlio, nipote), rispetto al 27% del 1960. Si assiste così a una diminuzione della coabitazione fra persona anziana e figli, ma un nuovo modello di solidarietà sostituisce quello vecchio. Esso è caratterizzato da una relazione di vicinanza, nella quale i figli sono sempre presenti ma abitano nello stesso palazzo o nello stesso blocco di case. Höpflinger e Stuckelberg, nel PNR32, citato nel libro "Società longeva – nuovi orizzonti sociali e culturali", affermano quanto segue: "Quest'evoluzione [riferito alla diminuzione della coabitazione fra genitori anziani e figli] non dipende tanto dalla minore disponibilità dei figli ad accogliere presso di sé i genitori, quanto all'alto valore dato alla propria autonomia dalle persone anziane".³⁰ Questa tendenza viene anche chiamata "**intimità a distanza**", perché basata sull'affetto e sulla solidarietà, senza vivere assieme. Uno studio del 1982 mostra che i 3/4 delle persone anziane intervistate, residenti in Ticino con un figlio che abita nelle vicinanze, hanno contatti almeno

²⁸ L'INAG è stato creato a Sion nel 1998; esso sostiene le iniziative che hanno lo scopo di capire e migliorare le relazioni fra le diverse generazioni e approfondisce la ricerca e la formazione gerontologica che tocca questi temi.

²⁹ Dictionnaire Suisse de politique sociale [in rete]. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=336> (pagina consultata il 4 novembre 2006)

³⁰ UFAS (2002), *Società longeva – nuovi orizzonti sociali e culturali*. Madrid: Contributo svizzero ai dibattiti del Secondo congresso mondiale sull'invecchiamento. P.23

settimanali con lui.³¹ Anche un altro studio più recente, effettuato dal Centro Interfacoltare di Gerontologia, conclude che nel 1994 il 70% delle persone anziane aventi figli ne vedono uno o più almeno una volta la settimana.³²

La Commissione Federale ricorda che esiste una grande **eterogeneità del sistema familiare**. Le persone anziane possono avere molti figli, uno o due, oppure non averne del tutto. Anche il tipo di relazione è importante: un anziano può avere un unico figlio, il quale è molto presente, come pure averne cinque, ma nessuno si occupa del genitore. Ci sono situazioni di vedovanza in età relativamente giovane, oppure di convivenza con il coniuge fino ad un'età avanzata. Non tutte le persone possono quindi contare allo stesso modo sulla presenza della famiglia durante la vecchiaia. Dalle indagini fatte dalla Commissione Federale, risulta comunque che la rete di aiuto interfamiliare, per una persona anziana a domicilio, è costituita in primo luogo dal coniuge (soprattutto per l'uomo) e poi dai figli. Fratelli, sorelle o amici, molto meno, soprattutto per il fatto che hanno la stessa età. Il nucleo familiare stretto (cioè il coniuge, e in sua assenza i figli), rimangono ancor'oggi la principale fonte di aiuto e quindi il primo determinante per il mantenimento a domicilio. L'assenza del coniuge può essere sinonimo di handicap sociale e di trasferimento in casa per anziani.

Tante persone guardano verso il passato con un sentimento malinconico, esaltando la solidarietà all'interno della famiglia e criticando la situazione attuale. Ma gli storici hanno smentito questa idealizzazione. Affermano che nel corso del 1800 la progenie era limitata (alto tasso di mortalità, speranza di vita bassa), e da alcune testimonianze risulta che occuparsi dei genitori era spesso vissuto come un peso (finanziario e psicologico) che sfociava anche in grandi tensioni e liti. Il mito di una famiglia composta da una grande discendenza è esistito, ma solo in un passato recente: a partire dalla fine della 2° guerra mondiale, durante il periodo del "baby-boom". È quindi chiaro che, nonostante la modificazione della struttura tradizionale (meno situazioni di coabitazione intergenerazionale, famiglie monoparentali, famiglie ricomposte), la rete familiare è rimasta sempre efficace e **la solidarietà fra le generazioni non è diminuita**, anzi, diversi studi, come quello condotto dal PNR32, affermano che sia aumentata.

2.3.2 Il tessuto sociale extra familiare

Oltre ai contatti e alle relazioni di fondamentale importanza che tante persone anziane hanno con i familiari (come visto nel punto precedente), la Commissione Federale distingue tre componenti extra familiari del tessuto sociale degli anziani.

La prima componente comprende tutte le **relazioni con gli amici, con i conoscenti e con i vicini di casa**. Anche a questo livello ci sono delle grandi differenze fra anziano e anziano, ma in generale i contatti con gli amici e con i conoscenti sono molto presenti fino agli ottant'anni, dopo diminuiscono in modo netto. La spiegazione è che questa cerchia di amici è composta in gran parte da coetanei, e dover coltivare una relazione diventa molto impegnativo col passare degli anni. I contatti con il vicinato invece rimangono invariati con l'età, probabilmente perché basati sulla prossimità dell'abitazione e con persone più giovani. Però le relazioni che le persone anziane hanno con i vicini non sono particolarmente intense. Nel PNR32 si cita una ricerca realizzata dal Centro Interfacoltare di Gerontologia (CIG) nel 1994, la quale constata che meno di un terzo degli svizzeri fra i 65 e gli 84 anni si scambia reciproci favori con i vicini e tutti affermano che non si tratta di relazioni solide ma superficiali. Una possibile spiegazione è legata al miglioramento delle condizioni di salute degli anziani che restano più mobili e si indirizzano meno all'immediato vicinato, scegliendo piuttosto di fare visita a un amico. Al contrario, la cerchia di amici delle persone anziane di età inferiore agli ottant'anni si è considerevolmente ingrandita negli ultimi decenni, come lo dimostra lo studio del CIG: tra il 1979 e il 1994, nelle due regioni studiate (Vallese centrale e Ginevra), la proporzione di coloro che hanno due o più amici intimi è passata da 50% a 64% nel Vallese centrale e da 51% a 71% a Ginevra.³³ Un'altra constatazione sulla frequenza dei contatti sociali fra anziani e amici, esposta dallo studio nazionale sulla povertà del 1992 (citato nel libro "Società longeva – nuovi orizzonti sociali e culturali") è la seguente: le reti private si infittiscono proporzionalmente all'abbondanza delle risorse (redditi). Statisticamente quindi, chi ha più soldi ha più contatti con gli amici e i conoscenti,

³¹ Lo studio è inserito nelle ricerche di LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995), *Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive*. Rapporto della Commissione Federale. Berna: UFSM.

³² HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1999). Ob. cit. P. 27.

³³ Ibidem. P. 27.

mentre le persone anziane con redditi bassi rinunciano con più frequenza ad incontrarsi con gli amici, entrando a far parte della categoria della povertà relativa (definita nel punto sulla povertà). La ricerca del CIG afferma che si può concludere che nel corso degli ultimi decenni c'è stato un miglioramento delle relazioni sociali tra i pensionati.

Una seconda componente del tessuto extra familiare degli anziani riguarda le **attività del tempo libero**, perché permettono di incontrare nuove persone. Non tutte le persone anziane però hanno la possibilità di partecipare alle diverse attività. La Commissione Federale definisce i seguenti criteri che possono influenzare la partecipazione o meno ad attività organizzate: lo stato di salute, le possibilità economiche, lo statuto sociale, la situazione familiare, il sesso, le attività che si facevano prima di entrare in pensione, come pure l'offerta presente sul territorio. Oggi si presuppone che per avere una vecchiaia felice bisogna essere impegnati in molte attività: ci si aspetta dalle persone pensionate quasi una situazione di "iperattività".³⁴ In verità ci sono molti modi per organizzare il periodo della vecchiaia, e non è il numero di corsi che si fa o di uscite sportive che ne determinano la qualità. Inoltre, non tutte le persone anziane sono interessate o possono spostarsi per seguire delle attività, perché limitate da problemi motori o di altro tipo (finanziari, impegni familiari o altro, come spiegato in precedenza). Certe, soprattutto appartenenti alla quarta età, decidono di rimanere a casa. Altri anziani invece affermano di fare attività, ma all'interno della casa (pulizia, rigovernare, cucinare). È quindi chiaro che il proprio domicilio aumenta d'importanza per le persone anziane, come spiegherò più dettagliatamente nel prossimo capitolo. La Commissione Federale constata due tendenze: in generale le persone che prima non facevano nessun'attività, con l'entrata in pensione si interessano e partecipano molto di più, e di media sono più gli uomini che le donne a partecipare all'offerta associativa.

La terza dimensione è la **partecipazione alla vita comunitaria**, cioè il fatto di fare parte di un gruppo specifico o di seguire le manifestazioni e gli eventi della comunità. La Commissione Federale afferma che la metà della popolazione anziana partecipa attivamente alle attività religiose. Per molte persone anziane le parrocchie sono un luogo, si spirituale, ma anche di incontro, di scambi e di sostegno affettivo. Ma questa percentuale degli anziani tenderà ad assottigliarsi con gli anni: queste cifre sono del 1990 e si riferiscono alle persone allora ultra 80enni, che quindi oggi avrebbero più di 95 anni, mentre la generazione degli attuali 80enni frequenta più raramente la chiesa. Anche la partecipazione alle associazioni e al volontariato sono estremamente importanti per le relazioni e gli scambi interpersonali. Ci si può domandare se non stanno rimpiazzando la rete delle parrocchie. Si può notare però che spesso le diverse organizzazioni offrono attività per il tempo libero unicamente per i loro membri, non costituiscono quindi un'articolazione fra l'individuo e la società e non favoriscono gli scambi intergenerazionali. Ne è un esempio l'Associazione ticinese della terza età (di cui parlerò più dettagliatamente nel capitolo sul mantenimento a domicilio in Ticino), che ha grande importanza e grande riscontro fra la popolazione anziana ticinese, ma purtroppo non favorisce il legame intergenerazionale in quanto è gestita unicamente da anziani e si rivolge a un pubblico prevalentemente anziano. È importante che gli anziani facciano delle attività con delle persone coetanee, ma anche con quelle appartenenti ad altre generazioni più giovani. Infatti, come ha affermato il professor Jean-Pierre Fragnière durante il corso "Politique sociale en Suisse. Situation et développement" tenuto all'EESP nel 2003, le persone in pensione sono indispensabili per l'equilibrio della società e "una società che non si incontra, è una società che si deteriora".

Cifre del 1993 affermano che il 12% delle persone con più di 60 anni risulta fra gli attivi dei partiti comunali, mentre a livello federale la percentuale cala all'8%. Da una parte è interessante notare che alcuni anziani sono politicamente attivi, perché anche la vita politica è fonte di contatti e socializzazione; d'altra parte però, rispetto alla percentuale totale di persone anziane residenti in Svizzera, sono sottorappresentati nei posti di responsabilità a livello politico. C'è quindi un lavoro da fare a riguardo, al fine di sensibilizzare la popolazione sul bisogno di parola e di lotta per i diritti delle persone anziane.

Per i pensionati, soprattutto quelli ancora in forma, è molto importante incontrare gente. Sono infatti delle persone giovani, che hanno tante capacità e tante competenze da usare per loro e da condividere con gli altri, promuovendo attività d'incontro o partecipandovi.

³⁴ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995), Ob. cit. P. 69.

Concludendo questi due punti riguardanti il tessuto sociale dell'anziano, cito Höpflinger (1992) affermando che le relazioni extra-familiari non sono ancora un'alternativa a quelle familiari e il loro ruolo, sebbene importante, rimane comunque secondario. Anche in seguito, quando parlerò degli attori principali del mantenimento a domicilio, non potrò fare a meno di constatare l'importanza dell'assistenza da parte dei familiari, di gran lunga maggiore e determinante per il mantenimento a presso il proprio domicilio, rispetto a quella degli amici e dei vicini.

2.3.3 Isolamento sociale e solitudine

In generale si può affermare che le persone anziane sono relativamente bene integrate in una rete di relazioni sociali, familiari e extra-familiari: è solo una minoranza che è in una situazione di isolamento sociale. Ma come per altri termini (per esempio quello di povertà), la percentuale varia enormemente a dipendenza dei criteri utilizzati nella definizione. La Commissione Federale propone questa definizione per **isolamento sociale**: "l'assenza di interazioni e di scambi con altri individui".³⁵ Il dizionario svizzero di politiche sociali lo definisce in termini sociologici: "Un manque de réseau, une absence ou une pauvreté de contacts sociaux. Cette carence de liens est un état de fait objectif et mesurable."³⁶ Si tratta quindi di un'assenza di contatti sociali definibili oggettivamente. Per misurare l'isolamento nel quale vive una persona si possono utilizzare i seguenti indicatori: la coabitazione, le relazioni familiari e le relazioni sociali. Il dizionario svizzero di politiche sociali definisce anche alcuni gruppi che sono più esposti al rischio d'isolamento, tra cui gli anziani, i malati e le persone in situazione di handicap. Gli anziani possono subire una diminuzione di contatti e di relazioni sociali in seguito al pensionamento, alla morte del coniuge e alla partenza dei figli dal nucleo familiare. Per i malati e le persone in situazione di handicap i fattori d'isolamento sociale possono essere la difficoltà dell'inserzione nel mondo del lavoro e gli ostacoli di natura motoria. Ci sono così dei fattori individuali che possono favorire una situazione d'isolamento, come pure dei fattori regionali (Cantone, zone urbane o rurali, quartieri).

Il PNR32 afferma che l'isolamento sociale degli anziani è poco presente oggi e diminuito negli ultimi 20 anni, grazie soprattutto a un netto aumento delle relazioni con gli amici e la partecipazione alle associazioni, di cui abbiamo parlato prima. Il PNR32 constata un aumento delle persone isolate sul piano sociale proporzionale all'avanzare dell'età, ma conclude dicendo che "non è l'età in sé a portare all'isolamento sociale delle persone anziane, è piuttosto la debolezza preesistente nei rapporti sociali."³⁷

Il senso di **solitudine** è definito dalla Commissione Federale come "sentimento, vissuto soggettivamente, di abbandono e la sofferenza che ne risulta".³⁸ Il dizionario svizzero di politiche sociali aggiunge che "est un sentiment subjectif éprouvé par quelqu'un qui se sent seul et qui le vit comme un manque, une absence douloureuse de liens. Ce sentiment ne découle pas simplement et uniquement d'un isolement réel objectif, car il peut être éprouvé en présence d'un réseau relationnel important."³⁹ Le rappresentazioni sociali negative che la nostra società designa a chi soffre di solitudine e d'isolamento sociale non fanno che aumentare la sofferenza di coloro che si trovano in questa situazione. La solitudine può essere un fattore che incide negativamente sulla salute (depressione, suicidi), ma allo stesso tempo, i problemi di salute e la perdita d'autonomia possono accrescere il senso di solitudine. Se per misurare l'isolamento sociale ci sono degli indicatori precisi, per definire con precisione la solitudine è molto più complesso, in quanto non ci sono parametri oggettivi precisi. L'isolamento può generare un senso di solitudine, ma non è una regola. Ci sono persone isolate che affermano di non soffrire di solitudine, come persone che hanno molti contatti, ma si sentono sole. C'è anche la variabile "personalità, carattere" che influisce.

La Commissione Federale afferma che si possono comunque trarre delle conclusioni generali. Il rischio di cadere nell'isolamento e di soffrire di solitudine tocca le persone che si trovano in certe situazioni più di

³⁵ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 278.

³⁶ Dictionnaire Suisse de politique sociale [in rete]. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=450> (pagina consultata il 4 novembre 2006)

³⁷ HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1999). Ob. cit. P. 27.

³⁸ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 278.

³⁹ Dictionnaire Suisse de politique sociale [in rete]. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=757> (pagina consultata il 4 novembre 2006)

altre. Lo stato di salute è un fattore importante (chi ha problemi di salute, soprattutto a livello motorio, può riscontrare più difficoltà nei contatti e nella partecipazione alle attività), come pure lo stato civile (le persone non sposate o vedove sono più a rischio di isolamento), lo stato socio-economico (le persone con uno stipendio basso hanno più possibilità di essere emarginati), l'età (dopo gli 80 anni la probabilità aumenta) e la situazione geografica (in ambiente urbano c'è il doppio di rischio di vivere isolati rispetto alle zone rurali). Il PNR32 afferma che la solitudine durante la vecchiaia esiste ma non è in aumento e riguarda solo una minoranza. Conclude dicendo che è quindi importante cancellare lo stereotipo che definisce l'anziano come una persona sola.

La Commissione Federale constata che le persone con pochi contatti sociali hanno uno stile di vita simile (sono passivi e poco informati). È quindi possibile intervenire presto, prevenendo certi comportamenti e coltivando le relazioni con amici e vicini. Nel capitolo dedicato alle organizzazioni e ai servizi a favore degli anziani attivi in Ticino, si potrà notare che, oltre a favorire la socializzazione, hanno come scopo prevenire le situazioni di isolamento. Höpflinger (1992) afferma che l'isolamento non è un destino al quale alcune persone non possono sfuggire, ma una conseguenza delle strutture sociali e dei processi individuali. Una buona sensibilizzazione e prevenzione possono quindi attenuare questo fenomeno.

2.4 Aspetti etici

2.4.1 I valori delle persone anziane

Trovo importante parlare brevemente dei valori che gli anziani definiscono come preponderanti nella loro vita quotidiana, in quanto influenzano il loro essere e il loro modo di percepire il mondo. Anche per le persone che intervengono a favore del mantenimento a domicilio e che entrano in relazione con la persona anziana, è fondamentale domandarsi "Cosa prova l'utente? Cosa è importante per lui? Quali sono i suoi valori? Come vive il cambiamento (per esempio l'utilizzo momentaneo della sedia a rotelle in seguito a una caduta)?"

Secondo la Commissione Federale, il valore principale per la persona anziana è **la salute**. Lo dimostra uno studio del 1989, nel quale quattro persone anziane su cinque dicono che il loro stato di salute è la principale preoccupazione che hanno per gli anni futuri. La salute è una percezione soggettiva che l'anziano ha del proprio stato di salute e non è direttamente legata ad una diagnosi medica. Per gli anziani essere in salute può significare essere autonomi (per esempio riuscire a curare i nipoti e poter uscire di casa quotidianamente per fare la spesa). È quindi importante che, per esempio, il medico sia sensibile ai valori dell'anziano e che se per una persona con le stampelle fosse importante andare a fare la spesa tutti i giorni, faccia in modo di procurargli i mezzi ausiliari necessari e di prescrivergli un numero sufficiente di sedute di fisioterapia. Questo primo grande valore ne racchiude un altro che è quello della vita, dell'essere vivo, condiviso fra gli anziani ma anche fra le altre generazioni.

Un secondo valore, in ordine di priorità, è quello della **sicurezza e della pace**. Sicurezza intesa sia a livello finanziario che a livello ecologico (preoccupazione riguardo ai problemi ambientali), mentre la pace sia a livello globale (guerre, droga, delinquenza) che a livello personale (armonia con i parenti e con i vicini).

Anche l'**autonomia** della persona ha un ruolo importante. L'azione autonoma è da intendere sia come autonomia fisica che come esercizio responsabile della libertà e delle facoltà decisionali.

Un ultimo importante valore comune, per coloro che hanno una discendenza, è quello della **felicità dei figli e dei nipoti**.

Mentre i valori più tradizionali e maschilisti, come pure quelli legati alle credenze religiose, non sono più un riferimento generalizzabile e condiviso dalla maggioranza degli anziani.

2.5 Aspetti sanitari

2.5.1 Medicalizzazione della società⁴⁰

In questi ultimi decenni si è sviluppato un processo di medicalizzazione della società, che nel 1800 non esisteva. Ecco le principali caratteristiche.

Una prima constatazione è che ci sono **sempre più medici**: in Svizzera nel 1900 c'erano 2'000 medici assistenti, nel 1950 ce n'erano 4'500 e nel 1988 13'400; mentre i medici sono passati da 10'895 nel 1970 a 23'138 nel 2000 (più del doppio in 30 anni).⁴¹ Questo fenomeno è una conseguenza del fatto che **le persone si rivolgono sempre più spesso a loro**, anche quando non ne avrebbero realmente bisogno. Spesso infatti le persone si curano e si fanno fare delle analisi, non quando sono malate, ma quando hanno paura di esserlo (es. test SIDA). È nata una produzione dei bisogni sanitari che spesso sono superflui, ma che creano un vero e proprio mercato. Si fa un **uso eccessivo di medicinali**, pensando che somministrando un maggior numero di medicine, la qualità di vita migliora e forse sperando di allontanare la vecchiaia e la morte. Come ricorda Ginette Parquet nel suo articolo intitolato "Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort", fino a poco tempo fa essere in salute significava non avere malattie, mentre negli ultimi anni la salute viene definita come un benessere psicofisico che permette di entrare in relazione con gli altri. La definizione di salute del Ministero della salute del Quebec, citata nell'articolo di Ginette Parquet è la seguente "est la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle même et pour les groupes dont elle fait partie".⁴² C'è però molta gente che si riconosce nella prima definizione e crede quindi nell'equazione "salute = cure mediche". Nelle società moderne le cure "della nonna" (come le tisane e i rimedi naturali) vengono utilizzate sempre meno, anche per sintomi di poco conto. La Commissione Federale sostiene che ogni persona dovrebbe adottare comportamenti preventivi, al fine di evitare di andare inutilmente dal medico. Afferma che la medicina, contrariamente a quello che molti pensano, ha i suoi limiti e non è in grado di togliere la sofferenza. Infatti non è tutto razionale nella medicina e non sempre il medico ha ragione: a volte, se si chiede il parere di un altro medico, fa un'altra diagnosi e prescrive altri medicinali.

Questo processo di medicalizzazione della società, caratterizzato principalmente da un aumento continuo di prestazioni e di cure mediche, produce un **esplosione dei costi della salute**. Il sistema socio-sanitario svizzero è il 3° più caro al mondo, dopo gli Stati Uniti e la Germania e Joseph Trois⁴³, intervenuto durante il Simposio intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero", afferma che è insostenibile continuare a spendere così tanto, ed è inevitabile trovare una riforma il più presto possibile. Quello dell'esplosione dei costi della salute è quindi un dibattito di grande attualità e le decisioni che verranno prese influenzeranno il nostro futuro e quello degli anziani. Il fatto preoccupante è che i costi, oltre ad essere molto alti, aumenteranno ancora nei prossimi anni (più letti negli ospedali, più ricoveri, più personale socio-sanitario). Come dice Hermann-Michel Hagmann,⁴⁴ nel suo intervento nel libro "Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation", una soluzione interessante dal punto di vista economico è la politica del mantenimento a domicilio che, come vedremo nel 5° capitolo, è meno cara dell'istituzionalizzazione. Per quanto riguarda le spese a carico degli anziani, la situazione non è così disastrosa, grazie soprattutto alle prestazioni complementari che pagano gran parte delle fatture non riconosciute dalle CM (la franchigia, le partecipazioni del 10%, le cure dentarie,...). Diversi relatori intervenuti durante il Simposio del 4 ottobre 2006, hanno definito le PC come delle "vere e proprie assicurazioni per le cure degli anziani". In questo mercato della salute, il cliente è il soggetto più debole e il medico quello dominante, perché è lui che decide che cure prescrivere e che tipo di operazione fare. Il cliente non ha voce in capitolo, perché

⁴⁰ Per la redazione di questo punto mi sono basata sui corsi di politica sociale tenuti all'EESP di Losanna dal professor Jean-Pierre Fragnière nell'autunno del 2003, come pure sul Simposio del 4 ottobre 2006 organizzato da Healthcare Solutions Forum Lugano intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario Svizzero" a Lugano.

⁴¹ Ufficio federale di statistica [in rete] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/_gesundheit/gesundheitsversorgung/humanressources/kennzahlen0/ausbildung.html (pagina consultata il 12 maggio 2007)

⁴² PAQUET, G. (1995), « Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort » *Traité des problèmes sociaux*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture. P.224.

⁴³ Joseph Trois è vicedirettore dell'International Institute on Ageing delle Nazioni Unite.

⁴⁴ Hermann-Michel Hagmann dirige il Centro medico-sociale di Sierre e è professore all'Università di Ginevra.

non è competente nel settore e è preoccupato per la sua salute, lasciandosi così influenzare di più. Gianfranco Domenighetti,⁴⁵ nel suo intervento all'interno del libro "Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation", sostiene che bisogna **dare più potere al consumatore** (con il famoso termine inglese "empowerment") e responsabilizzarlo, non solo con una pressione finanziaria come quella dell'aumento dei prezzi dei medicinali o della franchigia prevista dalle CM, ma in altro modo. Afferma che queste misure non hanno effetto sul controllo delle spese individuali e collettive dei consumatori, perché la visione di fondo della popolazione è ancora legata all'equazione "salute = cure mediche", e si pensa che più medicinali si usano, migliore è la qualità di vita. È invece compito del paziente chiedere informazioni sulle cure che gli vengono prescritte, e nel limite del possibile, usare misure preventive e automedicarsi. Sostiene che attraverso una sensibilizzazione e un'informazione su questi aspetti, ci sarà un aumento della conoscenza nel campo sanitario e una diminuzione dell'incertezza da parte del cliente. Il discorso di dare potere al consumatore è valido per tutta la popolazione, ma soprattutto per le persone anziane. Spesso disinformate sui loro diritti in vari ambiti, tra cui anche quello sanitario, hanno difficoltà a farsi valere quando sono di fronte al medico e tendono a rimanere in una posizione passiva. L'empowerment degli ultra 65enni è ancor più importante in quanto **il mercato della salute è sempre più orientato verso le persone anziane**. Durante il Simposio del 4 ottobre 2006 intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero", Ennio Balmelli (farmacista e membro dell'OFCT⁴⁶) afferma che "il nostro futuro [intendendo quello dei farmacisti] è negli anziani". Ormai è un dato di fatto: il mercato delle ditte farmaceutiche è sempre più orientato verso le persone anziane. Anche la medicina si è specializzata in questi ultimi decenni per curare la una nuova generazione di pazienti, che sarebbero le persone della quarta età. Le malattie che insorgono negli ultimi anni di vita si sono accentuate in seguito all'invecchiamento demografico, e se ne sono sviluppate delle nuove. Allo stesso tempo si stanno scoprendo delle cure specifiche, ciò che, come già detto, provoca un aumento importante dei costi sanitari. Ma vediamo se è vero che con l'avanzare dell'età il rischio di essere malati aumenta e soprattutto quali sono le malattie (fisiche e psichiche) più diffuse fra la popolazione anziana.

2.5.2 Le malattie e i loro effetti

È vero che una persona può vivere fino a tarda età senza essere malata o senza avere grandi problemi di salute, ma è anche vero che con l'avanzare degli anni la percentuale di persone con problemi fisici e psichici aumenta. Höpflinger (1992) ricorda che se si parla di età cronologica, calcolata a partire dall'anno di nascita, non è possibile fare generalizzazioni e associare una certa età con un tipo di sintomo. L'età biologica invece rappresenta il processo di invecchiamento che tocca tutte le funzioni vitali, portando a un cambiamento regressivo. Afferma che anche usando questo criterio si possono osservare alcune differenze individuali, ma è comunque possibile identificare diversi problemi degenerativi simili fra gli individui. Sostiene inoltre che è evidente l'esistenza di legami fra età cronologica e età biologica; infatti più aumentano gli anni di vita, più i cambiamenti biologici sono presenti e si fanno sentire. Ciò non toglie che ci sono molti altri fattori che influenzano l'avanzare dell'invecchiamento biologico, per esempio le misure preventive, quelle terapeutiche, lo stile di vita e i fattori sociali. Anche lo statuto socio-economico ha un'influenza importante sullo stato di salute: Ginette Parquet nel suo articolo intitolato "Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort" constata che nel Québec le persone appartenenti agli strati più sfavoriti della società sono nettamente più colpiti da disturbi di salute. Inoltre, spesso le persone anziane non si rendono conto di avere certi tipi di malattie, perché vengono lentamente o perché non hanno sintomi evidenti.

Facendo riferimento a quanto scritto nella ricerca "Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive" della Commissione Federale, espongo qui di seguito le principali **malattie fisiche** che possono toccare le persone anziane.

L'arteriosclerosi è "un ispessimento della parete delle arterie, che restringe la luce vascolare fino a ostruirla completamente"⁴⁷ e aumenta con l'avanzare dell'età. Oggi ci sono medicinali che trattano le

⁴⁵Gianfranco Domenighetti è direttore della Sezione sanitaria ticinese (che si trova all'interno della Divisione della salute pubblica e sottostà al DSS) e professore all'Università di Ginevra.

⁴⁶OFCT significa "Ordine dei Farmacisti del Canton Ticino".

⁴⁷ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 212.

affezioni cardiovascolari, ma resta comunque la prima causa di invalidità sopra i 50 anni e la prima causa di morte sopra i 65.

La seconda causa di invalidità è dovuta dalle artrosi, che colpiscono in maggior modo le persone che hanno svolto lavori pesanti nel corso della loro vita o ex-sportivi. La protesi all'anca è stata un grande passo in avanti per la cura dell'artrosi: prima di questa scoperta le articolazioni complesse non potevano essere curate e causavano un handicap per tutta la vita.

L'osteoporosi è "una diminuzione della massa e della solidità ossea con, come conseguenza, un rischio accresciuto di fratture".⁴⁸ Come dice la definizione, non è tanto la malattia in se stessa che crea problemi, ma il rischio elevato di cadute. Come vedremo in seguito, le cadute possono avere gravi conseguenze a livello psichico e fisico e non sono quindi da sottovalutare. Gli infortuni infatti sono la quarta causa di morte per le persone anziane.

Anche le malattie infettive sono una causa di morte non irrilevante tra le persone anziane e la conseguente ospedalizzazione dura due volte di più di quella di una persona più giovane; il periodo di convalescenza è infatti più lungo.

Un'altra malattia molto grave è il cancro che è responsabile di un quarto dei decessi delle persone al di sopra dei 65 anni ed è la seconda causa di morte. Si è constatato che la probabilità di avere un tumore maligno aumenta esponenzialmente con l'avanzare dell'età. Sono infatti due i fattori principali che favoriscono lo sviluppo di cellule tumorali nelle persone anziane: l'invecchiamento biologico (favorisce la trasformazione delle cellule cancerogene) e l'indebolimento delle difese immunitarie.

Le persone anziane possono avere anche problemi legati agli organi di senso, soprattutto vista e udito. I problemi di vista possono essere causati dal diabete non curato, e la cataratta è la causa più frequente di cecità. L'udito diminuisce con l'età già a partire dalla trentina: è quindi un processo fisiologico, che quando diventa di proporzioni importanti, è in parte curabile con gli apparecchi acustici. I problemi legati all'olfatto e al gusto sono invece più difficili da guarire.

I problemi dentari sono ancora molto frequenti negli anziani in Svizzera e una maggiore prevenzione orale potrebbe migliorare la situazione dentaria degli ultra 65enni e prevenire ulteriori danni.

Un'alimentazione poco equilibrata è la causa di molti problemi fra la popolazione anziana. I nostri cibi sono troppo grassi per le persone che fanno poco esercizio fisico e che quindi hanno bisogni energetici ridotti. Oltre ad informarsi sull'equilibrio alimentare da utilizzare, ci sono aspetti sociali dell'alimentazione da non sottovalutare: per esempio una situazione finanziaria precaria o un handicap possono influenzare l'acquisto del cibo, come pure una depressione o delle norme culturali ne condizionano la quantità e la qualità. Con gli aiuti dei familiari o dei professionisti, le difficoltà di rifornimento non dovrebbero più essere un problema per chi abita al suo domicilio.

I **problemi psichici** possono essere "malattie psichiatriche risultanti da lesioni cerebrali"⁴⁹ e sono caratterizzati dalla perdita della memoria, ma anche da molti altri disturbi. Rispetto alle malattie fisiche, i problemi di natura psichica sono più difficili da determinare. Ci sono vari tipi di demenze, come il Parkinson, la demenza vascolare e la demenza fronto-temporale, ma la forma principale di demenza è l'Alzheimer, che tocca più della metà degli anziani affetti da malattie psichiche.

Chi viene colpito dall'Alzheimer ha una media di 7 anni di speranza di vita e la malattia è generalmente progressiva e irreversibile. Secondo la scala di Reisberg, ci sono sette gradi di deterioramento: i primi hanno come conseguenza la semplice dimenticanza di nomi propri e la mancanza di concentrazione, mentre gli ultimi stadi possono provocare, fra le altre cose, un grave disorientamento spazio-temporale, come pure un'incapacità di realizzare compiti e attività semplici della vita quotidiana. All'inizio della malattia la persona può rendersi conto che sta perdendo le sue facoltà cognitive, ma nella fase avanzata, il lavoro di accettazione più difficile è quello dei familiari, che sono confrontati a modifiche importanti del comportamento della persona malata ed a reazioni spesso inconsuete (particolarmente sottomessa e calma o estremamente aggressiva e agitata). La scienza non ha ancora trovato un trattamento efficace per questa patologia, la cui causa precisa è ancora sconosciuta. Come ha ricordato il Dr. neurologo Claudio Staedler, in occasione del Simposio del 21 settembre 2006 intitolato "Invecchiamento, demenze e ricerca", fin'ora la prevenzione è forse l'unico mezzo efficace per combattere l'Alzheimer. Diversi relatori intervenuti durante il Simposio hanno sostenuto che il miglior strumento di prevenzione e di cura per i

⁴⁸ Ibidem. P. 216.

⁴⁹ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 207.

malati di Alzheimer sono le persone che stanno loro vicino, attraverso la presenza e il calore umano. Nel suo intervento durante il Simposio, l'On. Giorgio Giudici (sindaco di Lugano) ha detto che il 48% dei 500 ospiti delle case di cura per anziani della città di Lugano sono colpiti da questa malattia. Erasmo Pelli, capodicastero degli Istituti Sociali Comunali di Lugano è pure intervenuto, affermando che il 6% di tutti gli ultra 60enni soffrono di demenza, il 15% degli ultra 70enni e il 30% degli ultra 80enni. È importante sottolineare che quest'aumento delle demenze senili è parallelo all'allungamento della speranza di vita e allo sviluppo di apparecchi medici più precisi. All'inizio del secolo scorso si viveva meno, e di conseguenza c'erano meno possibilità di soffrire di demenze senili, e allo stesso tempo, non si disponeva dei mezzi di cura che ci sono ora per fare delle diagnosi precise.

La depressione è ancora troppo spesso considerata come normale nella persona anziana e negli ultimi decenni è aumentata molto: nel 1995 toccava il 15% degli anziani svizzeri. Le persone che ne soffrono si lasciano andare, non hanno appetito, sono tristi e hanno spesso sensi di colpa e sentimenti di inferiorità. Si possono distinguere due tipi di depressione fra la persone anziane: quella reattiva, provocata da cause dirette come la morte di un parente vicino o il trasferimento in casa per anziani, e quella endogena, provocata cioè da cause meno precise e più interne alla persona. Anche i suicidi aumentano con l'età, e sono di tipo drastico; manifestano cioè una chiara voglia di farla finita e non sono un grido di aiuto come è più frequente fra i giovani.

Höpflinger (1992) constata che anche i problemi legati al sonno aumentano con l'età, come pure la somministrazione di sonniferi.

Gli effetti di queste malattie possono essere raggruppati nelle cosiddette "quattro I della geriatria", come ricorda la Commissione Federale: immobilità, incontinenza, instabilità e involuzione intellettuale. Esse non sono malattie, ma piuttosto dei disturbi a livello funzionale che hanno origine multifattoriale.

L'immobilità è uno stato funzionale che impedisce di muoversi in modo indipendente e contribuisce al deterioramento della qualità di vita, portando spesso l'interessato in casa per anziani, nel caso non disponga di un aiuto continuo al suo domicilio. I fattori che portano all'immobilità sono di vario tipo (cadute con fratture, malnutrizione o disidratazione, diminuzione della forza muscolare, turbe psichiche).

L'instabilità o la perdita di mobilità, provocata da cadute, dall'osteoporosi, dall'anemia o dal diabete, ha come effetto una perdita di equilibrio e una mancanza di controllo muscolare. Questi fattori provocano spesso paura nella persona colpita, che non vuole più muoversi e fare degli sforzi per migliorare la sua situazione. Ha quindi bisogno di una presenza permanente (spesso è un familiare) perché diventa quasi completamente dipendente negli spostamenti.

Le cadute sono la causa dell'80% dei decessi delle persone con più di 85 anni (secondo una statistica del 1990), e sono molto frequenti: 4 ultra65enni su 10 cadono almeno una volta all'anno.⁵⁰ Le cadute mettono spesso la persona in uno stato di ansia, sia per la chiara manifestazione di problemi motori o psichici, sia per le pesanti conseguenze che possono sorgere (operazioni, protesi) e che modificheranno l'autonomia fisica e la qualità di vita della persona.

L'incontinenza può essere causata da molti fattori: dalle infezioni alle vie urinarie, da demenze senili o altro. Questo tipo di disturbo necessita di una presa a carico costante per quanto riguarda l'igiene personale.

L'involuzione intellettuale, caratterizzata da problemi psichici, può essere un effetto di una vecchiaia priva di stimoli. Malattie come l'arteriosclerosi e l'osteoporosi possono provocare problemi motori che limitano i contatti sociali della persona, e poca socializzazione, come pure la mancanza di stimoli intellettivi, la solitudine e l'isolamento, possono portare a una regressione psichica.

La maggioranza dei disturbi e delle patologie sopracitate hanno origini multifattoriali e possono essere in parte evitate o alleviate se si adottano delle misure preventive, quali lo sport, la lotta contro il tabagismo e la partecipazione ad attività e associazioni. Inoltre, alcune di queste malattie e disfunzioni fisiche e psichiche, possono provocare problemi irreversibili ai quali bisogna abituarsi e con i quali bisogna convivere nel migliore dei modi.

La politica del mantenimento a domicilio deve far fronte a tutte queste problematiche al fine di permettere, nel limite del possibile, a tutti gli anziani che lo desiderano di restare a casa propria.

⁵⁰ Questi dati sono stati esposti dal Dr. geriatra Pierluigi Quadri, in occasione del Simposio intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero" tenutosi il 4 ottobre 2006 a Lugano.

2.6 Conclusione

In questo secondo capitolo ho cercato di riassumere i principali elementi caratteristici della vecchiaia, proponendo una riflessione attorno ai temi più attuali e scottanti. In primo luogo ho spiegato gli aspetti principali dei **tre pilastri** della previdenza sociale, soffermandomi sull'influenza dell'invecchiamento demografico nelle decisioni attuali in questo ambito e sulle possibili soluzioni di riforma dell'AVS. In seguito ho parlato della **povertà** nella vecchiaia, fenomeno che tocca alcune categorie di persone anziane più di altre, ed è quindi possibile intervenire in modo preventivo. È chiaro che a livello della prevenzione della povertà, per esempio attraverso l'informazione sui diritti degli anziani, i professionisti del mantenimento a domicilio hanno un ruolo importante da svolgere.

Inoltre, per capire cosa significa mantenere presso il proprio domicilio una persona anziana oggi, è importante conoscere le mutazioni della struttura familiare, come la diminuzione della coabitazione intergenerazionale, marcata da un desiderio sempre maggiore di autonomia da parte della persona anziana. Mi sono quindi soffermata sulla **rete familiare**, mettendo in evidenza il ruolo fondamentale del coniuge e parallelamente l'esistenza della solidarietà intergenerazionale. Nella realtà dell'anziano non è presente unicamente la famiglia ma anche, e sempre di più, la **rete extra familiare**, caratterizzata principalmente dagli amici e dalle attività associative. Questi contatti diminuiscono nettamente dopo gli 80 anni, ma risultano essere molto frequenti fra i "giovani vecchi". Non tutte le persone anziane hanno però la stessa quantità di relazioni sociali e le situazioni di **isolamento sociale** e di **solitudine** esistono. Anche a questo livello è possibile prevenire, in quanto certe situazioni di isolamento sono dovute a fattori molto concreti (come per esempio le difficoltà motorie o una situazione finanziaria precaria) e come nel caso della povertà, il ruolo degli attori del mantenimento a domicilio è fondamentale.

Ho reputato importante accennare ai **valori** prioritari delle persone anziane, come la salute, la sicurezza e l'autonomia, indispensabili da conoscere per capire il significato che essi danno alle diverse situazioni che vivono. Anche per i professionisti socio-sanitari è necessario conoscere quali sono i valori dominanti nell'utente, per capire come vive la situazione nella quale si trova, il cambiamento che ha subito o semplicemente che senso da all'intervento stesso del professionista. Infine ho deciso di parlare del processo di **medicalizzazione della società**, fenomeno che porta all'aumento dei costi della salute (problematica di grande attualità) e sempre più indirizzato verso gli anziani. Infatti, la nascita della quarta età ha portato a un'intensificazione delle ricerche e delle cure per le malattie specifiche di questa età (come l'Alzheimer), indirizzando il mercato della salute sempre più verso la popolazione anziana. Quindi ho parlato anche delle **malattie fisiche e psichiche** che possono insorgere nella vecchiaia, come pure dei loro effetti, in quanto facenti parte della realtà di molti anziani e influenzando di conseguenza in modo importante le scelte in materia di mantenimento a domicilio.

Ho trattato temi molto diversi fra loro, ma accumulati dal fatto che concernono le persone anziane e in modo diretto o indiretto anche i professionisti del mantenimento a domicilio e le decisioni prese in questo ambito. Anche se ho esposto unicamente una breve sintesi di queste tematiche, trovo importante, in una fase introduttiva, avere un'idea generale della complessità degli elementi che condizionano la vita delle persone anziane. Nella politica del mantenimento a domicilio bisogna infatti tener conto di tutte queste informazioni per intervenire al meglio e nel modo più completo possibile.

3 Il mantenimento a domicilio delle persone anziane

3.1 Introduzione

In questa terza parte entrerò nel vivo del tema del mio *mémoire*: il mantenimento a domicilio, la sua storia, le sue caratteristiche e i suoi attori. Quanto esposto nei due capitoli precedenti è di fondamentale importanza per poter approfondire in cosa consiste il mantenimento a domicilio delle persone anziane, in quanto questo tema è inserito nella politica socio-sanitaria svizzera ed è quindi strettamente legato agli aspetti sanitari, sociali ed economici esposti in precedenza.

Quello che esporrò in questo capitolo interessa la Svizzera e per alcuni aspetti la vicina Europa. Per esempio i concetti sul termine o l'importanza del luogo di vita possono essere intesi in senso largo, sono cioè validi anche nelle altre realtà europee; mentre la specificità degli attori che compongono le presa a carico formale dell'anziano sono specifici alla realtà svizzera e in alcuni casi ticinese.

In un primo momento definirò la nozione di mantenimento a domicilio e percorrerò i due secoli passati, spiegando l'evoluzione della politica nell'ambito socio-sanitario e la nascita della concezione moderna in merito alle cure a domicilio. In seguito farò un approfondimento sull'importanza che ha per l'anziano la sua abitazione e il significato che dà agli oggetti presenti in casa, tutti elementi importanti per capire il desiderio dell'anziano di rimanere a casa propria. Poi riassumerò in cosa si caratterizza un intervento a domicilio, rispetto a quello in istituto, al fine di chiarire quali sono le specificità di questa pratica. Infine parlerò dell'anziano, dei familiari, della rete extra-familiare informale e di quella formale, come pure delle strutture temporanee e stazionarie. Spiegherò quali sono i ruoli di tutti questi attori, i loro compiti e dell'importanza che hanno all'interno del mantenimento a domicilio. Appare così la ricchezza della presa a carico, ma anche la complessità delle persone che interagiscono fra loro. Quando parlerò della famiglia mi soffermerò sulla situazione delle donne che prestano cura e assistenza a un familiare anziano, poiché il loro ruolo è di fondamentale importanza per l'attuazione del mantenimento a domicilio, ma allo stesso tempo molto impegnativo e stressante, soprattutto se si tratta di mogli o di figlie attive professionalmente, con dei figli e dei nipoti. Le donne che si trovano in questa delicata situazione hanno un nome: "la generazione sandwich", sulla quale proporrò un inserto. Un altro importante approfondimento è dedicato al ruolo dell'AS, in quanto si tratta del mestiere per il quale mi sto formando e di un attore importante per il mantenimento a domicilio delle persone anziane.

3.2 Definizione di mantenimento a domicilio

Una possibile definizione del termine "mantenimento a domicilio" è la seguente: "questo termine viene utilizzato per raggruppare l'insieme delle pratiche sociali e sanitarie messe in atto per permettere a una persona di rimanere al suo domicilio nonostante la presenza di handicap e di dipendenze."⁵¹ Ci sono anche altri termini che vengono utilizzati e che vogliono dire la stessa cosa. Quello più comune è "Spitex", abbreviazione di "spitalextern", tradotto in italiano con "cure extraospedaliere". Questa denominazione ha però suscitato diverse reazioni contrarie, per il fatto che non è neutra e fa riferimento ad una visione "ospedalocentrica"⁵², sottintendendo cioè che l'ospedale è il principale o l'unico luogo di cura. Secondo Hermann-Michel Hagmann l'espressione "mantenimento a domicilio" è più appropriata, perché porta a una visione della politica della salute che riconosce come primo centro di cura il proprio luogo di vita quotidiano e come agente principale della propria salute il malato stesso. Ci sono anche altri termini più moderati e attuali quali: cure a domicilio, aiuto a domicilio e mantenimento della persona anziana nel proprio luogo di vita. Quest'ultima connotazione non è però neutra, poiché vuole sottolineare l'importanza del proprio ambiente abituale e il diritto di mantenere il proprio "mondo vitale" (termine tradotto dal tedesco "lebenswelt"). È infatti vero che, come vedremo nel punto intitolato "L'importanza del luogo di vita", con l'avanzare dell'età il luogo di vita prende sempre più importanza e poterci vivere il più a lungo possibile può dare benefici psicologici importanti.

⁵¹FRAGNIERE, J-P. (2004). Ob. cit. P. 85. Tradotto da me in italiano.

⁵² LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 433.

C'è quindi chi parla di Spitex, chi di cure a domicilio e chi di mantenimento nel proprio luogo di vita: ognuno ha la possibilità di scegliere il termine che più rispecchia i propri valori e le proprie credenze.

Un altro aspetto da chiarire è che il concetto di mantenimento a domicilio non è nato con l'intenzione di mantenere a tutti i costi la persona a casa, ma piuttosto di permettere alla persona direttamente interessata di scegliere se restare presso il suo domicilio o meno.

Inoltre, è importante dire che il mantenimento a domicilio non è indirizzato esclusivamente agli anziani, ma a tutte le persone che, per un periodo limitato nel tempo o indeterminato, hanno bisogno di aiuti a domicilio (diretti o indiretti). Tra cui le persone portatrici di handicap, coloro che sono in infortunio, oppure le donne che hanno appena partorito. Gran parte dei punti che tratterò in seguito saranno probabilmente validi anche per tutti i beneficiari del mantenimento a domicilio, ma il mio sguardo sarà sempre incentrato sulle persone anziane, sui loro bisogni e le loro specificità.

3.3 La storia recente del mantenimento a domicilio

La storia del mantenimento a domicilio è legata a quella delle cure in istituto. Qui di seguito espongo un riassunto della storia svizzera del mantenimento a domicilio di questi ultimi duecento anni, nel quale è evidente il legame fra queste due pratiche.

Nel **XIX° secolo** la maggior parte delle persone malate venivano curate a casa. A occuparsene erano principalmente i familiari, a volte le domestiche, i religiosi o i medici, a dipendenza della situazione finanziaria. La cura e l'assistenza erano spesso compito delle donne, che lo facevano in modo gratuito. Si può dire che nel 1800 le **cure fatte a domicilio erano la norma** e le strutture stazionarie l'eccezione. I centri di accoglienza per i malati erano rari e accoglievano una popolazione molto eterogenea, caratterizzata soprattutto da persone povere, ma anche da invalidi, prigionieri, pellegrini e anziani. Non erano centri medicalizzati e le condizioni igieniche erano pessime. Stando ad alcune testimonianze di medici che visitavano e domicilio, la situazione a casa era ancora peggiore: essi constatavano una mancanza di igiene e poca competenza nelle cure da parte dei familiari, come pure dei comportamenti aggressivi, ostili e neglienti nei confronti dei malati.

All'inizio del XX° secolo aumentano le istituzioni sanitarie, migliorano le condizioni igieniche, le conoscenze nel campo medico e nascono le prime assicurazioni sociali. Per quanto le strutture stazionarie si sviluppano, accogliendo sempre più anziani, le **cure a domicilio** continuano a esistere, sebbene in modo **meno presente** del secolo passato. Sono i medici diplomati che si occupano di andare a domicilio, ma anche le "infermiere in visita".⁵³ Questo mestiere, nato negli Stati Uniti e arrivato in Europa con la prima Guerra Mondiale, ha una grande importanza per la cura della tubercolosi, dove il ruolo di queste donne di sensibilizzazione e di prevenzione è primordiale. Anche la scoperta dell'antibatterico penicillina (introdotto nel 1941) facilita le cure a domicilio.

Ma attorno agli anni sessanta si inizia ad allarmarsi per gli elevati costi del sistema sanitario, incentivando così lo Stato e i Cantoni a riorganizzare la pianificazione socio-sanitaria su tutto il territorio svizzero. La conseguenza di questa revisione è che viene ridato valore alle cure e all'assistenza a domicilio. È però più tardi, alla **fine degli anni settanta**, che si rafforza una vera e propria presa di coscienza dell'**importanza del mantenimento a domicilio** di malati e anziani. Ne è un esempio l'articolo 101bis (aggiunto nel 1979 alla legge AVS), il quale sostiene la creazione di servizi di aiuto e di cure in ambiente aperto. Questo nuovo orientamento della gestione socio-sanitaria è scaturito dalle constatazioni seguenti.

La prima, come detto, è di natura economica. Si realizza sempre più che le istituzioni sono care e che non è possibile accogliere tutte le persone che necessitano di cure regolari.

La seconda presa di coscienza invece tocca l'evoluzione demografica. L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento del numero di anziani, e soprattutto degli ultraottantenni, rende necessaria una sistemazione adeguata ai loro bisogni. Visto che la creazione di nuove case per anziani è troppo cara, l'alternativa di mantenere l'anziano a casa propria attuando una rete di aiuti risulta essere una soluzione sostenibile e adeguata alle necessità della persona anziana.

⁵³ Si chiamano « infirmière-visiteuse » e sono incaricate di effettuare cure mediche, ma anche di fare delle misure di prevenzione e di informazione sanitaria. Sono una fusione fra le infermiere e gli assistenti sociali di oggi e si possono definire i precursori delle attuali professioni socio-sanitarie a domicilio.

La terza constatazione fa invece parte di un dibattito più ideologico. Emergono degli effetti negativi nelle pratiche istituzionali, come l'esclusione dell'anziano dalla società e l'isolamento, e ci si allarma per le tecniche disumane utilizzate all'interno di alcuni istituti. Questa corrente, che cerca soluzioni più umane, trova nella politica del mantenimento a domicilio un alleato. Anche le riflessioni sui luoghi di vita e l'importanza che essi assumono con l'avanzare dell'età si moltiplicano.

Geneviève Heller⁵⁴ afferma nel libro "Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation" che nel corso degli ultimi due secoli le cure istituzionali e quelle domiciliari sono sempre state complementari. Un metodo non può esistere senza l'altro, in quanto ogni situazione ha le sue esigenze e la sua specificità, e bisogna poter offrire la soluzione più adatta a tutti coloro che ne fanno richiesta. Heller rende anche sensibili sul fatto che il mantenimento nel proprio luogo di vita non deve diventare qualcosa di imposto, ma di scelto. Come vedremo nel capitolo successivo, dove approfondirò la situazione ticinese, a causa dei costi elevati dei letti nelle case per anziani il Cantone non investe per creare nuovi posti, accentuando così le già lunghe liste d'attesa. La conseguenza è che a diverse persone anziane viene imposto il mantenimento a domicilio, in attesa che si liberi un posto nelle case per anziani. È forse questo lo scenario che si prospetta per il mantenimento a domicilio del **XXI° secolo**? Una politica di mantenimento a domicilio imposta agli anziani per una questione di risparmi? Ora mi fermo alle tre ragioni esposte in precedenza che hanno incentivato la presa di coscienza e l'attuazione delle cure e dell'assistenza a domicilio a partire dagli anni ottanta, in quanto questo fenomeno si è espanso fino agli anni novanta inoltrati. Le prospettive per il futuro del mantenimento a domicilio le tratterò nell'ultimo capitolo, nel quale cercherò di capire in che direzione si sta andando.

3.4 L'importanza del luogo di vita

Come accennato in precedenza, più passano gli anni, più il proprio luogo di vita⁵⁵ prende importanza. Ernst Madörin, citato nel libro del 1992 di Höpflinger "Veillesse et recherche sur la veillesse en Suisse" propone due spiegazioni.

Il primo motivo di questo attaccamento è semplicemente il fatto che a partire da quando si è in pensione, **si passa molto più tempo a casa**. Afferma che diversi studi dicono che le attività che i pensionati fanno con maggior frequenza sono svolte all'interno dell'abitazione. In un'inchiesta del 1988 effettuata dall'UFS (Ufficio Federale di Statistica)⁵⁶ risulta infatti che le attività che occupano le persone anziane svizzere sono: al primo posto la lettura, l'ascolto della radio e la visione della televisione; poi diversi lavori manuali e le attività di pulizia della casa; e infine riposarsi e occuparsi di animali e piante. È quindi un dato di fatto che con l'arrivo della quarta età e l'aumento dei problemi di mobilità, la percentuale di persone che rimangono spesso a casa aumenta in maniera esponenziale, e il proprio luogo di vita diventa il centro della propria esistenza.

Un secondo motivo è che, con il passare degli anni, gli **oggetti familiari prendono sempre più importanza**. Si dà loro una carica affettiva che porta a un sentimento di sicurezza e di benessere. Alberto Spagnoli (psicogeriatra, intervenuto in occasione del Simposio del 21 settembre 2006), ricorda l'origine del verbo "abitare" che è quella di "abitudine" e afferma che non si abita una casa ma si abitano gli affetti della casa. Anche Claudia Liebermann, architetta e urbanista vedese, docente all'EESP di Losanna, si sofferma sull'importanza del proprio luogo di vita e definisce la casa come "il peluche degli adulti". Afferma che è un rifugio, uno spazio nel quale ci si identifica e dove fondiamo le nostre radici.

Inoltre, il forte **desiderio di autonomia**, caratteristico della nostra società, porta gli anziani a voler stare il più a lungo possibile a casa, anche a costo di vivere soli. Secondo le statistiche della Commissione Federale del 1990, il 91% delle persone anziane vive a casa, tra cui il 31% da soli. Il numero delle piccole economie domestiche (composto da coppie), come pure quello delle economie domestiche composte da una sola persona, aumenta. La Commissione Federale conclude che le persone anziane lasciano il proprio appartamento solo quando vi sono costrette, principalmente per motivi finanziari o di salute.

⁵⁴ Geneviève Heller è storica, e lavora all'interno dell'Istituto di medicina di Losanna.

⁵⁵ Utilizzo termini come luogo di vita, casa o abitazione e domicilio, dando loro lo stesso significato: luogo nel quale una persona vive, indipendentemente dal fatto che ne sia proprietaria o meno.

⁵⁶ Vedi LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 298.

Durante la mia esperienza a Pro Senecute ho potuto constatare cosa significa per la persona anziana poter passare la vecchiaia a casa e che visione ha della casa per anziani. Per molti anziani il proprio domicilio fa parte di loro: i mobili, i locali, il giardino e il quartiere costituiscono parte integrante della loro identità, costruita sul presente e sul passato. Quando andavo a casa loro, si emozionavano raccontandomi che decine di anni prima il tavolo di cucina era sempre gremito dai loro sette figli o che uno splendido orto era il frutto di anni di lavoro del defunto marito. Queste persone mi dicevano che andare in casa per anziani voleva dire perdere definitivamente i loro cari, che vivevano nei loro ricordi fra le mura di casa. Voleva dire perdere il loro ruolo di moglie, madre, nonno, fratello, così come l'avevano inteso per molti anni. Il pensiero di non poter più accogliere saltuariamente figli e nipoti e non più cucinare per loro, era sinonimo di giornate lunghe e tristi.

Per questi ed altri motivi, che ho già accennato in precedenza e di cui parlerò in seguito, la politica di mantenimento a domicilio è diventata un'opzione di fondamentale importanza per molte persone anziane.

3.5 Le principali caratteristiche del mantenimento a domicilio

Espongo qui di seguito alcune caratteristiche specifiche degli interventi di assistenza e cura a domicilio. Questi elementi influenzano in modo importante l'azione dei professionisti che operano in questo settore, i quali devono attivare spirito di adattamento e di flessibilità, come spiegherò nelle prossime righe.

Una prima specificità dell'intervento a domicilio è **l'estensione dello spazio**. Questa caratteristica è da intendere a due livelli.

Il primo è propriamente fisico e strutturale. È infatti chiaro che a differenza di una qualsiasi istituzione a carattere sanitario, il domicilio non è uno spazio costruito e pensato per delle pratiche socio-sanitarie. Il materiale a disposizione è estremamente limitato e diverso in ogni appartamento, come pure il posto nel quale si trovano questi utensili. Prendiamo l'esempio di un fisioterapista che deve riabilitare una persona anziana, in seguito a una frattura al ginocchio. Il professionista non dispone dello spazio ampio dello studio di fisioterapia, ma di quello limitato e con la presenza di barriere architettoniche del salotto: il pavimento può essere scivoloso, oppure spigoli, pareti strette e oggetti particolarmente ingombranti impediscono certe manovre, come pure animali domestici o altre persone presenti possono influenzare la terapia. Un altro esempio può essere quello del servizio infermieristico a domicilio. Per poter occuparsi della cura e della pulizia della persona, fra le altre cose bisogna sapere dove si trovano gli asciugamani, i prodotti di cura e come si fa a scaldare la sala da bagno; come pure munirsi e eventualmente fare installare mezzi ausiliari, quali tappetini antisdrucchiolo, maniglie d'appoggio, seggiolini per la vasca da bagno e altro ancora. Una comunicazione costante fra il malato (o un suo familiare presente) e il professionista è necessaria, come pure uno spirito di adattamento, di flessibilità e di rispetto della sfera privata da parte di quest'ultimo.

L'altro significato di "estensione dello spazio" è da intendere come espansione dell'area degli scambi e della comunicazione fra i vari attori del mantenimento a domicilio. È diverso da quello che succede in ospedale, dove di regola l'infermiera fa la sua comunicazione medica al dottore durante l'ora programmata per gli scambi d'informazione. Nelle pratiche a domicilio lo spazio di comunicazione è molto più vasto e complesso. È più difficile incontrarsi perché ogni professionista si reca in momenti diversi a casa del paziente e fa spesso parte di strutture e di istituzioni diverse. È però estremamente importante trovare dei momenti per discutere su quello che concerne il paziente e prendere delle decisioni che vanno nella stessa direzione. Un buon coordinamento permette di evitare una dispersione eccessiva di lavoro, e porta a una continuità nelle prestazioni offerte e una maggiore efficienza del lavoro svolto.

Inoltre, i vari agenti socio-sanitari sono spesso obbligati per delle questioni organizzative o altro, a contattare le persone appartenenti alla rete informale dell'utente, come i familiari, i vicini di casa e gli amici. L'importanza della rete formale e informale allo stesso tempo, porta a una trasformazione dei loro ruoli.

Una seconda caratteristica è proprio **la modifica del rapporto di gerarchia**. Nelle case per anziani i familiari hanno poca voce in capitolo, mentre nelle pratiche a domicilio il contributo della rete informale è indispensabile. Ma il cambiamento maggiore è quello che tocca la persona anziana. Nelle strutture stazionarie il paziente è spesso trattato come un oggetto di cura. A casa invece ha un maggior controllo della situazione e si trova in una posizione più forte per discutere su eventuali cambiamenti che lo concernono. Una buona relazione fra i diversi attori, basata sul rispetto e l'ascolto dei bisogni dell'altro è

necessaria, perché come visto prima, per fare in modo che il professionista possa fare il suo lavoro, c'è bisogno della volontà e della collaborazione da parte dell'utente.

Queste caratteristiche sono presenti in tutte le pratiche di mantenimento a domicilio, da quelle infermieristiche e quelle mediche, da quelle amministrative a quelle atte a rigovernare la casa. A dipendenza delle associazioni e delle singole persone coinvolte, le relazioni con il paziente possono essere buone o meno buone, come pure la comunicazione fra i professionisti può essere molto efficace, oppure completamente inesistente.

3.6 Gli attori del mantenimento a domicilio e il loro ruolo

3.6.1 Introduzione

Fin'ora abbiamo parlato di professionisti che intervengono a domicilio in senso largo, specificando in alcune circostanze professioni quali l'infermiera, il medico e il fisioterapista. In verità il ventaglio di coloro che si occupano delle pratiche a domicilio è molto più vasto. In questo punto mi soffermerò un po' più nel dettaglio e parlerò proprio degli attori della "rete extra-familiare formale", specificandone il ruolo. Presterò una particolare attenzione all'intervento dell'AS, in quanto si tratta del mestiere per cui mi sto formando. Approfondirò pure gli attori della "rete extra-familiare informale" quali i vicini di casa, gli amici e le associazioni, in quanto partner importanti del mantenimento a domicilio. In un elenco delle persone indispensabili per l'attuazione del mantenimento a domicilio sono sicuramente al primo posto, come già annunciato a più riprese, i familiari della persona anziana. Parlerò quindi del ruolo di fondamentale importanza che si assumono i familiari, più specificatamente le mogli e le figlie, e delle difficoltà che posso riscontrare. È chiaro che in un elenco degli attori del mantenimento a domicilio non può mancare un approfondimento sulla persona che sta al centro di tutte queste attenzioni: l'anziano stesso. Ed è con la descrizione del ruolo dell'anziano che apro il sesto punto di questo capitolo.

3.6.2 La persona anziana

L'anziano è colui che si trova al centro della complessa rete di aiuti che caratterizza il mantenimento a domicilio. È nel suo ambiente familiare, a casa sua, e quindi **protagonista** di quello che succede attorno a lui. Come abbiamo detto in precedenza quando parlavamo della modificazione del rapporto di gerarchia, l'anziano a domicilio ha più potere decisionale su quello che lo riguarda, rispetto all'anziano in istituto. È lui che decide il tipo di aiuto che necessita (cura della casa, sociale, medico), è lui che contatta la persona quando ne ha bisogno e si prende la responsabilità di eseguire ciò che gli viene prescritto (prendere medicinali, fare esercizi di riabilitazione, concludere alcune pratiche amministrative). È padrone di se stesso e responsabile di quello che fa. Come ha affermato il direttore dello ScuDO⁵⁷, Marco Treichler, durante il Simposio intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero": "Siamo ospiti a casa dell'utente".

Questo ruolo di primo attore, cosciente e saggio, non è però valido sempre. Il grado di autonomia dipende dalla presenza o meno di malattie, come pure dall'età avanzata. Nel caso in cui la persona non riuscisse a gestire tutto ciò, è spesso un membro della famiglia che se ne occupa. Infatti, non è difficile per la persona anziana sentirsi padrona del suo territorio e esprimere i suoi desideri (in modo più o meno autoritario), ma non è sempre possibile fare in modo che tutto vada come vuole lei. Il suo stato di salute è un fattore importante per decidere di che aiuti necessita, e può diventare un fattore determinante per la scelta di un trasferimento in casa per anziani. Gli aiuti dei familiari rimangono però i principali determinanti del mantenimento a domicilio.

3.6.3 La famiglia

Molti studi dimostrano quanto il ruolo della famiglia sia importante nella politica del mantenimento a domicilio. In particolar modo sono i membri della famiglia nucleare (il coniuge e i figli) che forniscono gran

⁵⁷ Lo ScuDo è uno dei sei servizi cantonali ticinesi di aiuto e assistenza a domicilio. Il comprensorio di cui si occupa è il luganese.

parte delle cure all'anziano. I principali compiti assunti dal coniuge o dai figli si possono racchiudere in tre gruppi.

Un primo **sostegno** fornito dai familiari, poco misurabile ma indispensabile per la qualità di vita della persona, è quello **morale e affettivo**. Difficilmente sostituibile da altre persone, questo sostegno permette di sentirsi amati, valorizzati e sostenuti, quindi di vivere l'ultimo periodo della vita nel modo più caloroso e gratificante possibile.

Un altro compito fondamentale è quello di **assistenza e di cura**. Uno studio di Carla Invernizzi e di Cristina Gianocca, effettuato in Ticino, mostra che un terzo delle persone anziane intervistate è assistito unicamente da parenti, un altro terzo da parenti e dai servizi di aiuto domiciliare e l'ultimo terzo, oltre a questi due aiuti ha anche un sostegno da parte di persone esterne alla famiglia non professioniste (come i vicini e i volontari). In un'inchiesta del 1997⁵⁸ risulta che il 43% delle persone che prestano aiuto ha cessato la propria attività lucrativa per prendersi cura della persona anziana e che per il 98% si tratta di parenti.

All'intero di questa rete informale c'è però una specie di gerarchia naturale che definisce una persona che provvede, più delle altre, alla cura e all'assistenza dell'anziano. Per questa persona diventa un vero e proprio lavoro occuparsi del parente anziano. Come evidenzieranno le cifre in seguito, la persona in questione è quasi sempre una donna. Uno studio svizzero del 1991⁵⁹ sulla solidarietà familiare, constata che le **donne** sono nettamente più implicate, rispetto ai loro mariti e fratelli, sia per quanto riguarda le prestazioni fornite ai membri anziani della propria famiglia, che a quelli della famiglia del marito. Questo all'interno di un nucleo familiare "classico", caratterizzato dai genitori e dai quattro nonni. Ma il quadro della famiglia contemporanea è molto più complesso e ancor più impegnativo per la donna. Pensiamo a una situazione familiare dove sono presenti i genitori del primo marito (in quanto rispettivi nonni del primo figlio), i genitori del secondo marito (nonni dei due altri figli), i genitori del compagno attuale, quelli della donna in questione, e magari uno o due bisnonni: arriviamo a nove o dieci persone anziane che potrebbero necessitare di aiuto. Anche solo la metà sarebbe sufficiente per occupare la madre al 100%! Per quanto riguarda specificatamente le cure e l'assistenza offerte dalla donna al parente anziano, i risultati delle interviste dell'inchiesta del 1997 sono lampanti: il 47% del lavoro è svolto dalla figlia, il 22% dal coniuge (quasi sempre una donna, per via della più giovane età rispetto al marito), l'11% dalla nuora, l'8% dalla sorella e il 12% restante da altri parenti, dal figlio o dal nipote. Quasi il 90% delle cure e dell'assistenza al parente anziano è quindi assunto interamente da donne. Patrizia Pesenti, consigliere di Stato e direttrice del Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ticino, commenta in questo modo i risultati dello studio: "Lo studio rivela l'importante apporto della solidarietà familiare e del lavoro di cura non remunerato assicurato dalle donne (mogli, figlie o madri). Senza questa solidarietà, senza questa disponibilità femminile, l'assistenza di persone non autosufficienti, con reddito modesto, desiderose di rimanere a casa, non sarebbe possibile."⁶⁰

Un terzo compito che viene spesso assunto dalla famiglia, nel caso la persona anziana non ne fosse più in grado, è quello di **coordinamento della rete di sostegno**. È spesso il coniuge o i figli che si informano sugli aiuti extra-familiari esistenti sul territorio, prendono contatto e ne gestiscono l'organizzazione.

Vista l'importanza del ruolo delle donne nel mantenimento a domicilio delle persone anziane, ho reputato opportuno fare un piccolo approfondimento sulla delicata situazione di queste aiutanti naturali che quotidianamente devono sostenere un numero molto elevato di compiti e impegni.

⁵⁸ È un'inchiesta ticinese, voluta dalla Sezione del sostegno a enti e attività sociali e dal Dipartimento della sanità e della socialità, in collaborazione con l'Ufficio cantonale di statistica. I dati sono del 1997, ma il lavoro si è concluso nel 1999. Lo scopo è di verificare la pertinenza o meno del sussidio cantonale per le spese di mantenimento a domicilio introdotto cinque anni prima. In INVERNIZZI, C. ; GIANOCCA, C. (1999), *Quanto costa restare a casa. Valutazione del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio di anziani e invalidi*. Bellinzona: Ufficio di statistica, Sezione del sostegno a enti e attività sociali.

⁵⁹ Vedi: Laboratoire de politique sociale [in rete]. <http://www.jpfragniere.ch/dynpages/Vieillesse.cfm> (Pagina consultata il 7 gennaio 2006) P. 7.

⁶⁰ INVERNIZZI, C. ; GIANOCCA, C. (1999). Op. cit. P. 5.

3.6.3.1 Il ruolo delle donne : la generazione "sandwich"

Le persone che si occupano dei parenti anziani dipendenti, e allo stesso tempo hanno la propria famiglia da mantenere, con dei figli e magari anche dei nipoti, vengono definite come le persone della generazione "sandwich". Ecco la definizione del Dizionario svizzero della politica sociale: "Par génération sandwich, on désigne des personnes, souvent des femmes, qui se trouvent dans la génération médiane de la vie (entre 40 et 60 ans environ), et qui doivent prendre soin à la fois de la jeune génération (enfants) et de la génération aînée (parents âgés)".⁶¹

L'espressione "sandwich" mostra bene la situazione nella quale si ritrovano queste persone: metaforicamente si intende che sono prese fra le due grandi attività e responsabilità elencate prima. Si tratta di un fenomeno relativamente recente, ma è difficile dire con precisione quando è iniziato; essendo però una conseguenza dell'invecchiamento demografico, tocca soprattutto questi ultimi decenni di storia. Infatti, è in seguito all'allungamento della speranza di vita che le donne di cinquant'anni ed oltre devono occuparsi dei genitori anziani (spesso malati e dipendenti), e che allo stesso tempo hanno ancora una famiglia con figli più o meno grandi.

Come abbiamo detto prima, è la donna la persona più coinvolta. Ecco i risultati di un'inchiesta sulle solidarietà familiari del 1991 effettuata nelle città di Neuchâtel e di La Chaux-de-Fonds.

| Nature de la prestation et principal fournisseur | Prestation en faveur de la parenté du mari | Prestation en faveur de la parenté de la femme |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <i>Entretiens des contacts</i> | <i>Proportion des couples</i> | <i>Proportion des couples</i> |
| - par Madame surtout | 34 % | 70 % |
| - par Monsieur surtout | 21 % | 1 % |
| - par les deux ensemble | 45 % | 29 % |
| Total interventions de Mme | 79 % | 99 % |
| <i>Apports de soutiens moraux</i> | <i>Proportion des couples</i> | <i>Proportion des couples</i> |
| - par Madame surtout | 24 % | 64 % |
| - par Monsieur surtout | 15 % | 2 % |
| - par les deux ensemble | 61 % | 34 % |
| Total interventions de Mme | 85 % | 98 % |
| <i>Fourniture services domestiques</i> | <i>Proportion des couples</i> | <i>Proportion des couples</i> |
| - par Madame surtout | 38 % | 65 % |
| - par Monsieur surtout | 14 % | 2 % |
| - par les deux ensemble | 48 % | 33 % |
| Total interventions de Mme | 86 % | 98 % |

Figura 4: Inchiesta sulle solidarietà familiari.⁶²

Dall'inchiesta risulta che l'uomo è comunque presente, ma il suo ruolo è spesso secondario. Si occupa dei trasporti (portare la moglie dai genitori), dei lavori manuali all'esterno della casa (giardinaggio,

⁶¹Dictionnaire suisse de politique sociale [in rete]. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=377> (Pagina consultata il 7 gennaio 2006)

⁶²Si tratta di un'inchiesta sulle solidarietà familiari fatta a Neuchâtel e alla Chaux-de-Fonds nel 1991 su un campione di 816 persone sposate, tutte con il coniuge di circa cinquant'anni. In Laboratoire de politique sociale [in rete]. <http://www.jpfragniere.ch/dynpages/Vieillesse.cfm> (Pagina consultata il 7 gennaio 2006). P.7.

manutenzione) e del sostegno morale alla moglie nei momenti difficili. È invece chiaro il peso dell'apporto femminile in tutti e tre i settori esposti sopra: la donna interviene per un minimo del 79% ad uno massimo del 99%, sia a favore dei propri genitori che di quelli del marito.

Il professore Hermann-Michel Hagmann le definisce "donne di 50 anni con 5 mestieri", perché spesso sono prese contemporaneamente dai seguenti compiti: casalinga, attività professionale fuori da casa, figlia, madre e giovane nonna. Commenta che forse sono solo una minoranza le donne che hanno tutti questi ruoli, ma che assumerne anche solo 3 o 4 è già un compito molto impegnativo. Per esempio solamente l'aiuto per il parente anziano tocca diverse dimensioni: passa dall'aiuto finanziario, a quello morale, dall'occuparsi della pulizia della casa, stirare e cucinare, all'occuparsi della cura personale. È quindi evidente il carico di lavoro al quale queste donne sono sottoposte, e le possibili conseguenze sul loro stato di salute. Situazioni di forte stress e di esaurimento non sono rare, ed hanno ripercussioni negative su tutti i familiari e sull'anziano stesso.

Quello fornito dalle donne è quindi un vero e proprio lavoro, che in alcuni casi comporta una forte diminuzione del lavoro professionale e una conseguente diminuzione del salario. Senza il lavoro svolto da queste donne, in molti casi il mantenimento a domicilio non sarebbe possibile, per due questioni principali: la prima riguarda gli aiuti partecipi e morali, difficilmente rimpiazzabili completamente dai professionisti, mentre la seconda concerne le forti spese finanziarie che risulterebbero dall'impiego di un numero elevato di professionisti. Di regola l'aiuto dei familiari è infatti gratuito (mentre quello dei professionisti no). La questione della remunerazione per la solidarietà familiare è un dibattito aperto che non ha ancora trovato delle soluzioni soddisfacenti. Il Canton Ticino, con l'applicazione del sussidio per il mantenimento a domicilio nel 1993, il quale ha come scopo versare un salario a coloro che si occupano di una persona anziana o invalida (parenti o meno), ha voluto fare un passo in questa direzione. Nelle valutazioni sulla nuova legge, che esporrò nell'ultimo capitolo, risulterà però che questo sussidio, che va a favore delle persone con difficoltà finanziarie, è poco conosciuto e il suo importo è ritenuto troppo basso.

La Commissione Federale conclude in questi termini il capitolo dedicato alla rete familiare dell'anziano: "La famiglia diretta (il coniuge, e in sua assenza i figli) restano (...), la principale riserva di aiuto, e il primo determinante di un mantenimento a domicilio possibile (...). Coloro che sono senza discendenza formano il gruppo di persone anziane che arrischiano di più l'isolamento e il trasferimento in istituto."⁶³

3.6.4 La rete extra-familiare informale

La presenza di persone che sono al di fuori della cerchia familiare, ma che non sono dei professionisti, può essere un grande sostegno per gli anziani che vivono a domicilio. Per le persone che vivono sole (senza coniuge), per quelle senza parentela o per quelle che hanno una famiglia che abita lontano, il ruolo svolto dalla cerchia informale extra-familiare è particolarmente importante.

Prendiamo l'esempio dei **vicini di casa**. Vivendo vicino alla persona anziana sono un punto di riferimento importante, visto che a causa delle difficoltà motorie, è spesso la distanza che impedisce agli anziani di socializzare. Principalmente, il loro ruolo è la presenza. I vicini abitano in prossimità della persona anziana, e nel caso lei dovesse avere bisogno di un'urgenza, loro possono accorrere velocemente. È chiaro che ogni situazione è diversa: non tutti i vicini sono disponibili e esistono anche situazioni conflittuali; ma è anche vero che in certe situazioni si instaura un legame d'amicizia che va oltre la semplice presenza. Ci sono vicini che sono una vera e propria compagnia per la persona anziana, diventando un punto di riferimento importante. Con i vicini inoltre, si può tessere un legame determinante per evitare la solitudine. Ci sono anche dei vicini che danno una mano per aiuti pratici, come la pulizia della casa, il trasporto in auto o la spesa.

Per quanto concerne gli **amici** si può dire che giocano un ruolo importante per l'integrazione della persona anziana e per la compagnia che le fanno. Per incontrare gli amici si esce di casa, si fa una passeggiata o si va in un bar. Si vede e si incontra quindi anche altra gente, e si scambia due parole. Con gli amici stessi si parla del più e del meno, dell'attualità, ci si confida, o semplicemente si ricorda i bei tempi passati insieme. Le attività che si svolgono con loro dipendono dai propri gusti e dalle proprie abitudini, ma anche dall'età e dalla presenza di handicap o meno. I "giovani-vecchi", statisticamente

⁶³ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 266.

hanno più rapporti con gli amici che quelli della quarta età, e probabilmente fanno anche altri tipi di attività. Incontrarsi con loro è inoltre sicuramente benefico per il morale ed è una buona prevenzione contro l'isolamento. Gli amici sono però meno presenti per tutto quello che concerne gli aiuti pratici, soprattutto per il fatto che sono spesso coetanei e quindi non riescono a caricarsi di lavori supplementari.

I **volontari** invece sono persone che si mettono a disposizione gratuitamente per diverse attività, assumendosi svariati ruoli a dipendenza dell'organizzazione alla quale fanno capo. Possono esserci volontari che accompagnano le persone anziane a fare la spesa, altri che offrono un trasporto per portarle ed andare a prenderle al luogo di cura (studio medico, ospedale, fisioterapia), oppure le portano a passeggio per far far loro esercizio fisico. Ci sono quindi volontari che offrono un aiuto pratico, per alleggerire l'anziano dalle difficoltà delle attività quotidiane, ma possono anche essere uno stimolo per uscire e una persona di compagnia. Diversi gruppi di volontariato hanno infatti semplicemente il compito di tenere compagnia all'anziano, bevendo un tè e chiacchierando un po', a domicilio o in un ristorante.

Non da ultimo, le varie **associazioni** che promuovono attività ricreative, sportive, culturali, religiose o altro, possono essere un sostegno importante per la persona anziana a domicilio. L'entrata in pensione può essere vissuta male per la mancanza di attività e l'aumento del tempo libero. Seguire dei corsi, partecipare a degli incontri o a delle vacanze collettive può essere una buona soluzione. Le diverse organizzazioni permettono quindi all'anziano di socializzare, di incontrare gente e di divertirsi.

3.6.5 La rete extra-familiare formale

I professionisti che intervengono a domicilio sono di vario tipo, ed ognuno ha un compito specifico. La maggior parte pratica anche il suo mestiere in uno studio privato e va a domicilio quando la persona anziana non è in grado di spostarsi. Eccone alcuni presenti sul territorio ticinese.

Per il settore medico, c'è il **medico** di famiglia che in caso di bisogno controlla lo stato di salute del paziente e fa una diagnosi. Di norma interviene per casi urgenti, per malattie croniche o per invalidità. L'**infermiera** invece si occupa della somministrazione delle medicine, di piccole medicazioni e cure (misura della pressione, fasciature, iniezioni). Il suo intervento può essere quotidiano o saltuario, solo per un periodo limitato nel tempo o a lungo termine. Il **fisioterapista** e l'**ergoterapista** sono invece specializzati per la riabilitazione in seguito a un infortunio o una malattia. Essi intervengono per un periodo limitato, ma di solito con una certa frequenza. La **pédicure medica** è specializzata per la cura dei piedi delle persone anziane, al fine di prevenire, o guarire eventuali problemi. Per molti anziani chinarsi per occuparsi dei propri piedi è difficile e il rischio di ferirsi è alto. È per questo motivo che è nato questo servizio.

Per quello che concerne le attività domestiche, l'**aiuto familiare** si occupa della pulizia della casa, di stirare, di preparare i pasti, di fare la spesa. Inoltre, possono anche occuparsi dell'igiene intimo dell'utente e di fare compagnia. Le persone anziane richiedono solitamente un intervento regolare.

Per alcune persone le pratiche religiose sono molto importanti, e non potere più seguire la messa e gli incontri della comunità, a causa di un handicap fisico, può essere fonte di tristezza e di rassegnazione. In alcuni casi il rappresentante della **comunità religiosa** (prete, pastore o altro) fa delle visite a domicilio, in modo che l'anziano possa essere sostenuto spiritualmente.

Per altri tipi di bisogni, è spesso l'**assistente sociale** (AS) che se ne occupa. Essendo la professione per la quale mi sto formando, reputo opportuno andare un po' più nel dettaglio su quanto riguarda i compiti specifici assunti dall'AS e sul suo ruolo. Chiaramente sempre in legame alla persona anziana e al mantenimento a domicilio. Per fare ciò, ho intervistato l'AS di Pro Senectute Locarno Paolo Nodari, attivo da 13 anni nel settore.⁶⁴ Ho deciso di chiedere il parere a un dipendente di lunga durata di Pro Senectute, in quanto si tratta della più grande Fondazione Svizzera attiva a favore dei diritti degli anziani e sostenitrice del mantenimento a domicilio.

3.6.5.1 Il ruolo dell'assistente sociale

In generale si può dire che il **mestiere** d'AS è riconosciuto dai colleghi e dagli utenti, ma però è **poco conosciuto**. Spesso per gli anziani non è tanto chiaro il ruolo e i compiti che può assumere l'AS. A volte viene preso per un avvocato, a volte per uno psicologo. Questa disinformazione può essere legata al fatto

⁶⁴ L'intervista è stata fatta il 13 aprile 2007.

che l'AS assume compiti molto diversificati, contrariamente a un medico o un'infermiera il cui campo d'intervento è più delimitato. Un'altra ragione può essere che questo mestiere non ha una lunga tradizione. A Pro Senectute Ticino e Moesano il primo AS è apparso attorno agli anni settanta, ma solo negli anni ottanta c'è stato un vero sviluppo del servizio di consulenza sociale, e l'assunzione di personale formato.

Il **ruolo** dell'AS è quello di costituire o ricostituire la capacità d'agire dell'utente e del suo ambiente circostante in caso di problemi sociali, personali e finanziari. I suoi compiti riguardano il lavoro di messa in rete e coordinamento, di consulenza e di sostegno nel superamento di situazioni multiproblematiche. In altri termini si può dire che l'AS interviene dove ci sono dei bisogni di varia natura, al fine di aiutare l'utente a superare dei momenti difficili. Il ruolo di prevenzione tramite vari tipi di aiuti e un'informazione adeguata è centrale.

I due principali **compiti** dell'AS di Pro Senectute concernono: da una parte informare gli utenti sui loro diritti (AVS, Prestazioni Complementari, Cassa Malati, sussidi cantonali,...) ed aiutarli concretamente nell'attivare queste risorse; d'altra parte aiutare a superare le difficoltà di natura amministrativa e finanziaria, per esempio tramite l'erogazione di sussidi unici o mensili. A dipendenza del bisogno del singolo utente, l'AS aiuta quindi nelle pratiche amministrative, informa sull'esistenza di altri servizi, aiuta l'organizzazione della rete formale di aiuti, offre un sostegno psicologico, eroga degli aiuti finanziari e ne fa richiesta al Cantone. Il contatto può essere frequente o meno, a lungo termine o unico. Per l'anziano l'AS può diventare una persona di riferimento per il fatto che per qualsiasi necessità può intervenire o indirizzarlo alla persona competente. La collaborazione ed il lavoro di rete sono fondamentali, nei casi che lo richiedono. L'AS può infatti offrire delle consulenze brevi (riempire una richiesta di PC, informare sulle attività del tempo libero,...) senza necessariamente entrare in contatto con altri servizi. In casi specifici si collabora principalmente con: le famiglie (coniuge e figli), i servizi attivi per il mantenimento a domicilio (SACD, infermiere), altri servizi cantonali (Servizio Psico Sociale, le Commissioni Tutorie Regionali) e alcuni servizi specifici per certi tipi di handicap e di malattie (l'Unitas per i ciechi per esempio). Emerge però la difficoltà di un lavoro di rete regolare: non c'è qualcuno che coordina gli attori della rete e quindi di regola ci si sente solo quando c'è una richiesta o emerge un problema.

Dopo questo breve approfondimento sul mestiere di AS a favore degli anziani, emerge l'ampiezza delle prestazioni di questa professione. Per questa ragione è importante che il professionista stesso sia in chiaro sul suo mandato, per evitare di prendere a carico dei compiti al di fuori della sua portata.

In questa presentazione riassuntiva e non esaustiva dei professionisti che intervengono a domicilio e dei loro ruoli, si è potuta cogliere la complessità della rete formale che circonda l'anziano. È vero che non tutte le persone anziane che vivono a domicilio fanno richiesta di tutti questi professionisti e/o volontari, ma è anche vero che ci sono coloro che ne attivano anche di più o più servizi che erogano le stesse prestazioni (privati e pubblici per esempio).

Il ruolo di certi professionisti compete solamente a loro (come per esempio quello del medico), altri invece hanno il compito di dare una mano all'anziano per una faccenda specifica, ma anche di alleggerire i familiari (come per esempio gli aiuti domiciliari). Inoltre, la presenza di questi professionisti può aiutare l'anziano a sentirsi meno solo. Oltre all'intervento "tecnico" che molti di loro offrono (pulizia, aiuti nelle pratiche burocratiche, trasporti, cure infermieristiche), è infatti presente anche l'aspetto relazionale e umano. Per persone sole o con pochi contatti sociali, avere delle "visite" regolari può rivelarsi una vera medicina contro la solitudine o la depressione. Il ruolo dei professionisti è ancor più necessario e fondamentale per coloro che non hanno nessun altro aiuto; in tal caso la rete extra-familiare formale può rendere possibile il mantenimento a domicilio a tutti gli effetti.

3.7 Le strutture semistazionarie e stazionarie

Oltre alla famiglia, al personale specializzato, agli amici e ai vicini di casa, ci sono altri partner del mantenimento a domicilio. Mi riferisco in primo luogo a tutte le **strutture semistazionarie**, cioè quelle che accolgono la persona anziana per un periodo limitato (qualche settimana o alcuni mesi), e la cui presa a carico è diurna oppure notturna. È difficile fare un elenco di tutte queste strutture, soprattutto per la grande eterogeneità cantonale, la presenza del pubblico e del privato e la diversa gestione e organizzazione. Ne cito alcune, in gran parte presenti sul territorio ticinese.

Ci sono ***i centri, gli ospedali e le cliniche diurne*** che ospitano per qualche ora, mezza giornata o per una giornata intera gli anziani che necessitano di sorveglianza e assistenza. Ci sono centri diurni che accolgono anziani con disturbi specifici (per esempio malati di Alzheimer), centri diurni di tipo terapeutico o con un indirizzo più a carattere sociale e ricreativo. Alcuni sono adatti a persone molto dipendenti, altri propongono attività che richiedono una certa autonomia. Alcuni anziani fanno capo alle strutture diurne per socializzare e mantenersi attivi, altri per fare in modo di alleggerire il lavoro dei parenti che se ne occupano.

Esistono anche ***i centri di notte***. Sono strutture specializzate per coloro che non possono restare soli la notte a domicilio. A volte offrono anche degli accompagnamenti diurni. Per esempio l'unità di accoglienza temporanea (UAT) è un servizio presente all'interno di alcuni istituti socio-sanitari che offre animazione, prestazioni alberghiere e cure per un massimo di 48 ore consecutive.

All'interno di cliniche e ospedali esistono anche dei ***reparti di geriatria***, che offrono alcuni posti letto per persone anziane che, in seguito a una degenza ospedaliera acuta, non sono ancora in grado di fare rientro a casa.

Tutte queste istituzioni vengono utilizzate in vario modo. Alcuni anziani possono frequentare settimanalmente un centro diurno e per diversi anni; altri possono per esempio venire inseriti due settimane all'anno presso il centro di notte perché la persona che provvede all'assistenza a domicilio va in vacanza. A dipendenza dei bisogni della persona anziana e di coloro che se ne occupano, ne viene fatta richiesta in modo più o meno frequente.

Il ruolo delle strutture semistazionarie nel mantenimento a domicilio è indispensabile. Infatti, gli anziani grandi invalidi necessitano di assistenza in modo permanente. Molti familiari (coniugi anziani per esempio) non sarebbero in grado di occuparsene 365 giorni l'anno, e poter avere dei momenti "liberi" permette loro di riposarsi, riprendere energie e riuscire a tenere a casa l'anziano il più possibile.

Anche le **strutture stazionarie** hanno un compito importante nel mantenimento a domicilio. Sarebbe impensabile immaginare una società basata unicamente sulle istituzioni oppure basata unicamente sulle pratiche di mantenimento a domicilio. Ci sono infatti molte situazioni ingestibili a domicilio, benché si sia provato ad attivare tutta la rete dei professionisti. Si tratta dei cosiddetti S.I.A.D⁶⁵, cioè di quei casi impossibili da gestire a domicilio. Questo per varie ragioni, tra cui le principali sono: la presenza di handicap fisici o psichici importanti, una rete familiare povera, inesistente o esaurita, professionisti esauriti e un domicilio non adeguato. In alcuni di questi casi un soggiorno temporaneo in ospedale può bastare, per altri invece è necessaria l'istituzionalizzazione definitiva. Qui appaiono i limiti del mantenimento a domicilio, che sono proporzionali ai limiti umani. Davanti a situazioni estreme, anche una buona rete professionale può non riuscire a gestire la situazione e proporre quindi all'utente un trasferimento in casa per anziani.

Ci sono diversi tipi di strutture stazionarie. In Ticino sono presenti soprattutto le ***case per anziani***, per un totale di circa 65 in tutto il Cantone. Si tratta di strutture medicalizzate, nelle quali ogni anziano ha una camera e c'è un refettorio in comune. Medici, infermiere e assistenti di cura sono sempre presenti, ed oltre alle cure di base è possibile partecipare ad attività ricreative di gruppo.⁶⁶ L'utenza è in gran parte composta da ultra ottantacinquenni, in quanto i giovani vecchi sono ancora spesso in forma. Si tratta principalmente di anziani fortemente dipendenti e con grandi invalidità fisiche e psichiche. È proprio per far fronte ai bisogni di un'utenza molto malata che in questi ultimi anni le case per anziani hanno preso un'impronta sempre più sanitaria e medica (come vedremo nel punto che parla della storia delle case per anziani).

Ci sono però altre strutture come gli ***appartamenti protetti*** (due in tutto il Cantone). Si tratta di veri e propri appartamenti, muniti di cucina, bagno e camera, ma inseriti in una struttura protetta. Ogni persona anziana ha quindi il suo appartamento, ma all'interno dello stabile è presente un ristorante dove è possibile pranzare o cenare con gli altri inquilini, come pure alcuni spazi in comune, adibiti a momenti ricreativi. C'è un direttore che è molto presente e si occupa della gestione e dell'animazione, come pure

⁶⁵ S.I.A.D sta per Soins Impossible À Domicile, si tratta cioè di cure impossibili a domicilio. In FRAGNIERE, J.-P.; HAGMANN, H.-M. (1997), *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*. Lausanne: Réalités sociales. P. 32-33.

⁶⁶ In francese si utilizza il termine « EMS », che sta per "Établissements médico-sociaux", cioè strutture medico-sociali. Con questa denominazione è chiaro il loro compito che è sia medico che sociale.

un'infermiera che quotidianamente passa negli appartamenti e somministra i medicinali a coloro che ne fanno richiesta. Si tratta di una via di mezzo fra un appartamento normale e un istituto. L'utenza è anziana ma ancora in forma. In un lavoro di diploma del 2000, effettuato proprio su questi due appartamenti protetti, risulta che la media d'età è in uno di 75 anni e nell'altro di 84 anni,⁶⁷ ma indipendentemente da questo, tutti i residenti sono indipendenti e autonomi. Non sono infatti accettate persone con gravi problemi psico-fisici, in quanto l'infermiera è a disposizione di piccole cure o in caso di urgenza, ma non per un'assistenza prolungata. Si tratta di una buona soluzione per persone anziane ancora in forma, magari sole in cerca di compagnia, oppure un po' insicure che cercano un occhio vigile nel caso dovessero avere bisogno d'aiuto.

In tutto il territorio svizzero sono presenti anche altri tipi di strutture sulle quali però non mi dilungo in quanto lo scopo di questo punto è di illustrare il rapporto che esiste con il mantenimento a domicilio e non di dare un elenco esaustivo dei tipi di strutture stazionarie presenti in Svizzera.

3.8 Conclusione

In questo capitolo ho cercato di spiegare in cosa consiste il mantenimento a domicilio e quali sono i presupposti per la sua attuazione.

Tengo a sottolineare però che la scelta di un luogo di vita non deve escludere gli altri. È contraddittorio ragionare in termini di spazi isolati: questi luoghi (il proprio domicilio, la casa per anziani, il centro diurno, l'ospedale o il servizio di geriatria) sono tutti complementari. Inoltre, un luogo di vita non è preso una volta per tutte. Si può passare da uno all'altro, e dei momenti di crisi (morte del partner, peggioramento dello stato di salute, lontananza momentanea della figlia), possono obbligare una persona a doversi adattare in un altro ambiente, in modo momentaneo o definitivo.

Vorrei concludere che per quanto ci siano delle tendenze generali, i vantaggi o gli svantaggi di una scelta sono sempre sottoposti all'apprezzamento soggettivo. Idealmente dovrebbe essere la persona stessa a decidere dove e come passare la sua vecchiaia.

⁶⁷ Il lavoro di mémoire è stato fatto da Sarita Capra, per l'ottenimento del diploma di assistente sociale. CAPRA, S. (2000), *Le D2, une solution à développer pour les personnes âgées ?* Genève : Ests. P. 31.

4 La politica del canton Ticino nel mantenimento a domicilio

In questo quarto capitolo entrerà nella realtà ticinese, descrivendo l'organizzazione del mantenimento a domicilio degli anziani. Dopo aver gettato le basi sul suo significato e sugli attori nel capitolo precedente, ora trovo importante vedere un esempio concreto del funzionamento del mantenimento a domicilio. Ho scelto di trattare il Ticino, sia perché è il Cantone dove sono cresciuta e per il quale ho maggiore interesse, sia perché non è possibile approfondire la tematica a livello svizzero poiché i servizi a favore del mantenimento a domicilio sono organizzati a livello cantonale.

Ho strutturato il capitolo nel modo seguente. In una prima parte introdurrò il tema parlando delle caratteristiche culturali-demografiche del Cantone e percorrerò gli ultimi 40 anni di storia del mantenimento a domicilio in Ticino. In seguito spiegherò l'organizzazione dell'amministrazione cantonale ed esporrò i principi della legge in vigore attualmente. Entrerò poi in una parte dettagliata, nella quale descriverò i diversi servizi cantonali, come pure le organizzazioni riconosciute dal Cantone e quelle private, al fine di dare una visione più ampia possibile dell'offerta presente sul territorio a favore del mantenimento a domicilio. Dedicherò l'ultima parte alla storia e alle caratteristiche delle strutture stazionarie, in quanto importanti partner del mantenimento a domicilio.

4.1 Le caratteristiche demografiche del Ticino

Il Ticino è uno dei quattro cantoni svizzeri con maggiore densità di persone della terza e della quarta età. Per quanto concerne l'invecchiamento demografico, il Ticino ha conosciuto un **grande invecchiamento della popolazione** rispetto al resto della Svizzera: soprattutto fra il 1970 e il 1980 c'è stata una grandissima crescita della popolazione della terza età, come lo dimostra la figura numero 5.

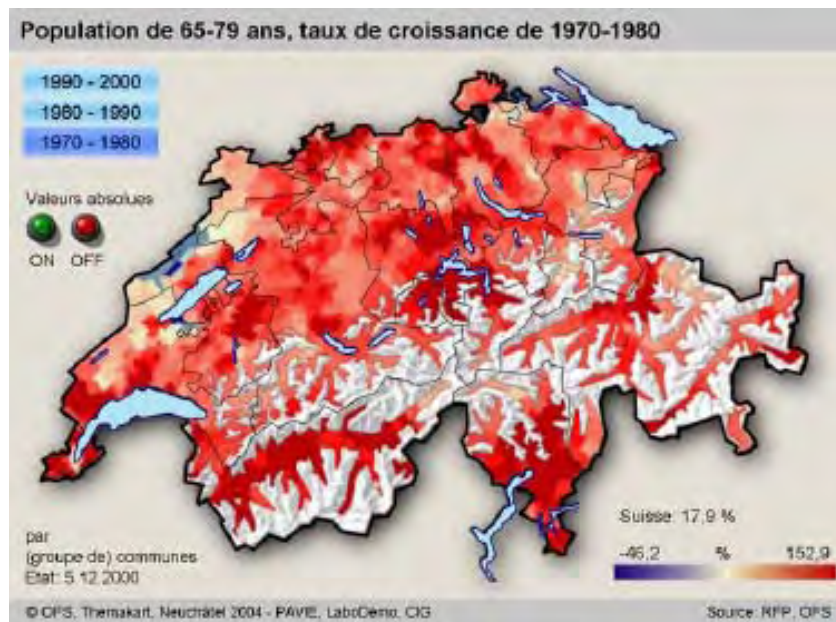


Figura 5: Il tasso di crescita fra il 1970 e il 1980 della popolazione svizzera dai 65 ai 79 anni⁶⁸

Invece la proporzione di bambini e adolescenti di età inferiore ai 20 anni è estremamente ridotta. L'aumento molto forte degli anziani negli anni settanta può essere spiegato da più fattori. In quegli anni la speranza di vita stava crescendo molto, portando le persone anziane a vivere più a lungo; parallelamente il tasso di natalità era particolarmente basso e i flussi migratori attenuati rispetto a 10-20 anni prima.

⁶⁸ Ufficio federale di statistica [in rete]. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/le_viellissement_en_suisse/blank/croissance_decennale_au_sein_des_classes_d_age.html (pagina consultata il 12 maggio 2007)

Questi tre elementi sono le principali cause dell'invecchiamento demografico e essendo presenti negli anni settanta il risultato è stato un aumento della popolazione anziana. Un altro possibile fattore è lo stabilirsi in modo definitivo di anziani benestanti svizzeri tedeschi e germanofoni in case acquistate anni prima.

Si può constatare infatti che per il suo clima caldo, il canton Ticino è caratteristico per il grande numero **d'immigrazione delle persone alla fine della vita attiva**. La Commissione Federale conferma che il clima caldo del Ticino attira i pensionati. Lo confermano anche le statistiche: il Cantone conta 16,3% di anziani, cifra che risulta sopra la media nazionale; mentre il tasso di fecondità è uno dei più bassi della Svizzera. Il Ticino, assieme ad altri Cantoni meridionali, è quindi una zona di grande attrazione per l'immigrazione intercantonale e internazionale. Nell'Atlas Suisse viene riassunta in questi termini la ragione per la quale gli anziani si spingono a sud per trascorrere la vecchiaia: "lake and sun".⁶⁹ Sole e lago (o natura) sono i fattori di maggior attrattività del Ticino, come viene confermato dai seguenti dati. Le cinque principali ragioni che spingono gli anziani a una migrazione locale (all'interno del Cantone), da un Cantone all'altro e quella straniera sono: passare la pensione in un luogo soleggiato, andare vicino alla natura, tornare nella città natale, trasferirsi vicino alla famiglia e infine traslocare in una casa di riposo.

4.2 Storia del mantenimento a domicilio ticinese

Non ho trovato né libri, né ricerche che trattano il tema specifico della storia del mantenimento a domicilio degli ultimi 30-40 anni. A mio avviso è comunque molto importante sapere che percorso è stato fatto in passato perché serve a contestualizzare ed a capire meglio le scelte di oggi. Su consiglio della mia direttrice di mémoire Thea Moretti-Varile, ho intervistato Rosalba Canova, la quale mi ha fornito elementi utili per la redazione di questo punto. Rosalba Canova ha iniziato a lavorare in ambito sociale in Ticino agli inizi degli anni settanta, operando dapprima presso i servizi pubblici (Servizio sociale cantonale e Ufficio d'attività sociali) per poi assumere, nel 1988, il ruolo di direttrice della Lega ticinese contro il cancro.⁷⁰

A partire dagli inizi degli anni settanta la presa di coscienza della necessità di migliorare e ampliare l'offerta dei servizi e degli istituti sociali esistenti subisce un'accelerazione: in particolare è avvertita sempre più chiaramente l'esigenza di dotare questi ultimi di personale socio-sanitario in numero sufficiente e con un'adeguata formazione (e in proposito si inizia a pensare a provvedimenti diretti dal cantone), e questo per ciò che riguarda tutte le casistiche (anziani, minorenni, famiglia). Inizia pure in quegli anni, più precisamente nel 1969, l'attività di aiuto domiciliare, fondata su consorzi comunali (l'esperienza parte dal Comune di Lugano).

Erano anni di grande fermento, caratterizzati da una forte voglia di **organizzare nuovi servizi sociali** che rispondessero ai bisogni della popolazione. Bisogna ricordare che allora esistevano pochissimi servizi sociali: solo le grandi associazioni come Pro Senectute e Pro Infirmis ne avevano uno. Altrimenti c'era il Servizio sociale cantonale, con le sue sedi regionali, che faceva parte del DOS.⁷¹ Il servizio sociale cantonale si occupava del quadro operativo della Legge sulla Protezione della maternità e dell'infanzia creata nel 1963. È questa la prima legge cantonale che, oltre ad occuparsi di minorenni e famiglie, ha fatto sì che le cure a domicilio potessero, seppure limitatamente, essere estese anche agli anziani. A livello cantonale, invalidi e anziani non erano infatti riconosciuti in modo distinto da leggi specifiche. C'era quindi un reale bisogno di creare nuovi servizi e per questo tutto si è sviluppato e intensificato nel giro di pochi anni, grazie anche al fondamentale e prezioso apporto di Carla Balmelli, la quale durante vent'anni di attività al DOS ha dato vita alle iniziative sociali più importanti nel Cantone ed ha ideato e promosso le principali leggi del settore.

In quel periodo ha avuto luogo una massiccia assunzione di assistenti sociali, la maggior parte dei quali provenienti dall'Italia, in quanto in Ticino erano presenti pochi operatori sociali formati. Nel 1972 il Servizio sociale cantonale aveva visto accrescere notevolmente la sua importanza diventando un servizio articolato, polivalente e di qualità; parallelamente avevano preso avvio i servizi psicosociali (per minorenni e adulti) così come altri servizi (servizio sociale del carcere, del patronato penale,...). Il Servizio sociale cantonale tentò allora un esperimento di coordinamento di tutti questi servizi, ma ci si rese ben presto

⁶⁹ LALIVE D'EPINAY, C. ; BRUNNER, M. ; ALBANO, G. (1998). Ob. cit. P. 43.

⁷⁰ L'intervista è stata fatta il 13 novembre 2006.

⁷¹ DOS sta per "Dipartimento delle Opere Sociali" che dal 15.03.2002 ha cambiato denominazione diventando il "Dipartimento della Sanità e della Socialità" (DSS).

conto che questa scelta avrebbe rischiato di soffocare iniziative e specificità individuali. La maggior parte dei servizi sociali ha così mantenuto un sostegno da parte del Cantone, ma sono rimasti indipendenti.

In questo fermento di idee e di sensibilità sociale, si è preso coscienza delle cattive condizioni delle strutture per anziani, come pure dell'estrema limitatezza dei servizi a favore del mantenimento a domicilio. Le case di cura, gestite da personale religioso (in gran parte suore, a loro volta avanti negli anni) erano vetuste e in condizioni di grande precarietà (dormitori fino a dieci posti letto e più, carenza di servizi igienici, assistenza e cure di bassa qualità). A questa situazione si è potuto rimediare in prima battuta grazie ad una opportunità preesistente, consiste nel Decreto legislativo di sussidiamento a favore di istituti per anziani, del 1963. Gli anni successivi sono stati dunque utilizzati per migliorare le strutture esistenti, ma ben presto ci si è resi conto che la domanda di ricovero andava via via crescendo a che un ampliamento della capacità ricettiva si imponeva a breve termine.

Questa presa di coscienza è sfociata in una nuova legge entrata in vigore il 1° gennaio 1974, la "**Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane**". I due assi principali sono: l'erogazione di sussidi atti alla ristrutturazione delle strutture stazionarie esistenti e alla creazione di nuove strutture, e parallelamente la messa in funzione e lo sviluppo delle cure a domicilio. Erano gli operatori sociali attivi presso l'Ufficio attività sociali, in particolare presso il neocostituito Servizio anziani, che si occupavano dell'applicazione della nuova Legge anziani. Uno dei compiti principali era quello di "entrare" nelle case per anziani per sensibilizzare chi le gestiva sull'importanza di dotarsi di personale formato, proponendo delle formazioni per chi già vi operava e convincendo a cogliere l'opportunità di beneficiare dei sussidi cantonali per apportare tutte le migliorie necessarie, sia alle strutture che alla gestione degli istituti.

Così, grazie alle opportunità offerte dalla nuova Legge anziani e in seguito dall'art. 101 della LAVS del 1979, tra il 1975 e il 1990, sulla base di uno studio sulla pianificazione di nuove strutture istituzionali per l'assistenza all'anziano, vennero realizzate in Ticino numerose case per anziani, tanto da giungere ad una soddisfacente copertura del bisogno.

Nel contempo il settore delle cure a domicilio (allora organizzato e gestito da consorzi intercomunali e finanziato dai Comuni sulla base di un "pro capite"), sempre grazie al finanziamento complementare garantito dalla Legge anziani ed alla promozione attiva svolta dagli uffici cantonali in collaborazione con i Comuni, conobbe un notevole sviluppo e fu accompagnato dalle prime azioni di formazione del personale. Così, ai servizi consortili aderirono sempre più Comuni, fino a giungere alla quasi totale copertura del territorio cantonale. In questo modo le cure a domicilio davano la possibilità di beneficiare delle loro prestazioni a tutti coloro che avevano la necessità, offrendo così una reale, concreta alternativa al collocamento degli anziani in case di riposo o di cura.

Tra il 1985 e il 1990 si è assistito ad un **rallentamento di questo sviluppo sociale**, anche in funzione della situazione finanziaria del Cantone in quegli anni: in particolare per quanto riguarda il settore degli istituti per anziani la ragione può essere altresì ricercata nella cessazione, a fine 1985, dei sussidi alla costruzione erogati in base all'art. 101 della LAVS, mentre per quanto riguarda le cure a domicilio lo stesso articolo di legge contemplava la possibilità di concedere sussidi alla gestione unicamente ad enti di diritto pubblico (escludendo pertanto tutti i servizi del Ticino).

Anche per quest'ultima ragione, ma soprattutto perché con il passar del tempo ci si era resi conto che la Legge anziani presentava dei limiti rispetto alle cure a domicilio e che sarebbe stato opportuno dare a queste ultime una base legale propria, lo studio di una nuova legge è stato messo in cantiere.

Il modello di organizzazione dei servizi di assistenza e cure a domicilio sul quale si è lavorato in un primo tempo prevedeva, con gestione centrale affidata al Cantone, la presenza di équipes polyvalenti e multifunzionali, nelle quali sarebbero intervenuti, lavorando in regime di complementarietà, operatori sanitari ed operatori sociali (sulla traccia di un modello già in funzione nel Canton Vallese). Gli aspetti positivi di questa proposta di legge erano una grande autonomia e autogestione dei vari settori, e un più equo riconoscimento dei diversi professionisti nel mantenimento a domicilio. Questo progetto avrebbe tuttavia prodotto costi molto elevati e assegnato al Cantone una funzione primaria e centrale nella gestione dei servizi. Si è così fatto strada un controprogetto di legge che, fuggendo il timore del "grande apparato", ha dato vita all'attuale "**Legge sull'assistenza e la cura a domicilio**", entrata in vigore nel 2000. Degli aspetti positivi e negativi di questa nuova legge, in vigore ancora oggi, avremo modo di parlarne nell'ultimo capitolo.

Dopo aver percorso gli ultimi decenni di storia dell'intervento sociale nel canton Ticino, ritorniamo nel presente, spiegando brevemente come è organizzata l'amministrazione ticinese e in special modo il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS). In un secondo tempo, metterò l'accento sulla nuova legge LACD, che non è nient'altro che il frutto di un lungo lavoro di messa in discussione e di miglioramento del vecchio sistema di cure a domicilio, svolto fra il 1985 e il 2000.

4.3 L'organizzazione dell'amministrazione

Il Consiglio di Stato è l'autorità governativa ed esecutiva del canton Ticino. È composto di cinque membri eletti direttamente dal popolo e ogni membro dirige un dipartimento. Patrizia Pesenti è la direttrice del **Dipartimento della sanità e della socialità (DSS)**.

4.3.1 Dipartimento della sanità e della socialità (DSS)

Fino al 14.03.2002 si chiamava "Dipartimento delle opere sociali (DOS)", poi il 15.03.2002 è entrato in vigore il nuovo termine "Dipartimento della sanità e della socialità".

Il DSS si prefigge due grandi obiettivi: da una parte assicura ai cittadini servizi e cure di qualità, attraverso il coordinamento e il sussidiamento di enti e attività a scopo sociale e sanitario; dall'altra garantisce aiuto a persone o famiglie e integrazione sociale attraverso il sostegno e la consulenza diretta. Nella presentazione del DSS sul sito del Cantone, viene detto che i valori fondamentali della democrazia, quali l'equità, la solidarietà, la giustizia sociale e la libertà, sono posti come prioritari nel lavoro svolto dal dipartimento.

Per mettere in atto i suoi obiettivi, il DSS ha suddiviso il lavoro in tre grandi settori operativi, chiamati divisioni:

Il primo è l'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS), che ha il compito di essere referente per la sicurezza sociale federale (in special modo per quanto riguarda i temi della vecchiaia, invalidità, disoccupazione e perdita di guadagno) e cantonale (come per gli assegni familiari e i sussidi per i premi della cassa malati). In seguito c'è la Divisione della salute pubblica (DSP), la quale è responsabile della promozione e della protezione della salute, della valutazione e del controllo in campo sanitario (ha al suo interno la sezione sanitaria, il medico, il farmacista, il veterinario e il laboratorio cantonale). È inoltre fornitore di prestazioni sanitarie alla popolazione tramite enti e servizi, quali l'organizzazione socio-psichiatrica cantonale, l'istituto di microbiologia e l'istituto di patologia.

Infine c'è la **Divisione dell'azione sociale (DAS)**, la quale distribuisce prestazioni finanziarie ed offre consulenza a persone che lo necessitano (come il sostegno sociale e l'inserimento, l'accompagnamento attraverso i servizi sociali, la tutela e la curatela). È anche responsabile del coordinamento e del sussidiamento di enti pubblici e privati che gestiscono infrastrutture e che assicurano servizi a carattere prevalentemente sociale, quali case per anziani, istituti per invalidi, asili nido, centri giovanili, spitex ed altro ancora.

All'interno del DAS, c'è la **Sezione di sostegno a enti e attività sociali (SSEAS)**. Questa sezione si occupa di pianificare, valutare, coordinare ed erogare sussidi nei seguenti ambiti: istanza di compensazione, case per anziani, istituti e altri servizi per invalidi, maternità, infanzia e giovani (istituti, colonie, centri giovanili e altri servizi) e assistenza e cure a domicilio.

4.4 La legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD)

4.4.1 Introduzione

L'attuale "Legge sull'assistenza e la cura a domicilio" (in seguito LACD) è entrata in vigore il 1° gennaio 2000. Ci sono voluti diversi anni per la sua attuazione, in quanto fino all'ultimo momento si è investito molto anche nell'altra proposta di legge, a cui ho accennato in precedenza. Il dibattito fra l'una o l'altra ha fatto discutere, al punto che si è deciso di votare le due proposte e nel 1997 è passata la LACD.

Prima di entrare nel dettaglio sulle prestazioni previste dalla LACD, vorrei sottolineare che il Consiglio di Stato ha voluto seguire da vicino la fase di transizione dal vecchio al nuovo assetto, conferendo un mandato al Dipartimento delle scienze aziendali e sociali della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (in seguito SUPSI) per una valutazione intermedia (fine 2001) e una quadriennale (fine 2003).⁷²

Inoltre, come sancito dall'art. 45 della LACD,⁷³ il Consiglio di Stato continua a eseguire con intervalli regolari una **valutazione** dell'attività degli enti sussidiati, dal profilo sociosanitario ed economico. I lavori di valutazione nell'ambito dell'applicazione della legge si orientano verso l'immagine della singola persona maggiormente coinvolta nel valutare, nel capire e nel definire con gli operatori potenzialità e bisogni, per elaborare assieme ai servizi un progetto d'assistenza e cura. Parte dei lavori di valutazione si basa proprio su dei questionari di apprezzamento o meno dei servizi, inviati a domicilio presso gli utenti.

Inoltre, il Consiglio di Stato ha posto degli obiettivi di **pianificazione** e di **sperimentazione** per il primo quadriennio dell'entrata in vigore della legge, gestiti dalla signora Mariolini. Questi obiettivi sono stati esaminati tramite diversi rapporti basati su indicatori di efficacia, efficienza e disponibilità/accessibilità, da colloqui e interviste a responsabili, dipendenti e utenti SACD (Servizi d'assistenza e cura a domicilio). Il periodo di sperimentazione (1999-2003) aveva come scopo l'empowerment del personale, andava quindi nella direzione di una responsabilizzazione maggiore del lavoro, e si è svolto nel comprensorio di Mendrisio e del Basso Ceresio.

Dopo questa breve introduzione, che chiarisce come il Consiglio di Stato ha deciso di seguire l'attuazione della nuova legge, entro un po' più nel dettaglio esplicitando quali sono i principi della nuova legge, le prestazioni riconosciute e i servizi fornitori di prestazioni. Trovo importante approfondire questi aspetti per poter capire come è organizzata la grande macchina a favore del mantenimento a domicilio ticinese. In un primo momento mi soffermerò sugli scopi e i principi della legge, e in seguito entrerà nel dettaglio sui compiti, i ruoli, le prestazioni e l'utenza dei servizi riconosciuti. Completerò il tutto inserendo alcuni dati presi dai diversi lavori di valutazione dei servizi della LACD, sempre con una particolare attenzione agli aspetti che concernono le persone anziane.

4.4.2 I punti principali della LACD

Lo spirito della nuova legge sull'assistenza e la cura a domicilio esprime una presa di coscienza dei grandi mutamenti demografici della nostra società. Infatti, è in seguito all'aumento del bisogno (caratterizzato soprattutto dalla crescita della richiesta da parte degli anziani) che si è deciso uno **sviluppo maggiore dei servizi**. Un primo principio della LACD è quindi quello di rafforzare la rete sociale e sanitaria ticinese. Un altro importante principio è la **concezione comune di presa a carico**, come ben specificato nel documento intitolato "Concezione comune di presa a carico: Principi, contenuti, modalità d'applicazione. Linee guida per i SACD",⁷⁴ dal quale prendo alcune delle seguenti caratteristiche. La presa a carico globale deve garantire l'assistenza continua al soggetto fragile, grazie all'intervento della famiglia, dei SACD e dei Servizi d'appoggio (in seguito SAPP). Il principio dell'autonomia costituisce il fondamento di una concezione comune di presa a carico. Esso si traduce nel fatto che le prestazioni di assistenza e cura a domicilio promuovono, mantengono o ristabiliscono lo stato di salute dell'individuo mirando al massimo recupero e al mantenimento dell'autonomia. Tutti i servizi hanno questo obiettivo, che introduce la novità del lavorare assieme, per un progetto comune, nel rispetto della singola persona. Come l'offerta di prestazioni di assistenza e cura a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali dell'individuo, così essa lo deve essere anche rispetto alle sue risorse familiari. Il principio di sussidiarietà, sancito dalla LACD (art. 1, cpv. 2), è pure alla base di una concezione comune di presa a carico. I SACD e i SAPP non intervengono al posto dei familiari, ma laddove non è possibile un aiuto esaustivo della rete informale. Un altro principio essenziale per una concezione comune di presa a carico è il coordinamento degli interventi dei singoli operatori, dei singoli servizi e quindi delle risorse disponibili sul territorio (vedi art. 1 cpv 1 lett. b). Uno dei due scopi della LACD è proprio quello di "Coordinare le risorse disponibili sul

⁷² Vedi nella bibliografia i due rapporti di valutazione redatti da Crivelli e Lisi del 2002 e Crivelli e Greppi del 2005.

⁷³ Vedi negli allegati il testo di legge LACD, per questa e per tutte le citazioni riguardante la legge che farò in seguito.

⁷⁴ Vedi nella bibliografia: Autori diversi. (2001), *Concezione comune di presa a carico - Principi, contenuti, modalità d'applicazione - Linee guida per i SACD*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.

territorio.”⁷⁵Questo principio rappresenta il perno dei cambiamenti della LACD. Esso si concretizza con la messa in pratica dell'intervento d'équipe e di quello di rete, nel rispetto del lavoro interdisciplinare e intersettoriale. Gli attori di questo coordinamento sono i SACD e i SAPP, ma anche e soprattutto il Cantone, per tramite del Consiglio di Stato (vedi art. 7 cpv. 2 lett. b). Secondo la LACD “le persone singolarmente, o le comunità domestiche per un loro membro, compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio, possono beneficiare dell'assistenza e della cura a domicilio ai sensi di questa legge per malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà sociofamiliari”.⁷⁶ In tal senso la legge introduce il critério di universalità. Viene definita anche “legge universale”, nel senso che vale per tutti: dalla prima infanzia alla persona anziana, dalla persona malata a quella invalida, senza alcuna distinzione di età, sesso e condizione sociale. L'intenzione è di assicurare ad ogni persona e alla sua famiglia di ricevere cure, assistenza e sostegno nei momenti di difficoltà, permettendo loro di curarsi a casa. Uno dei due scopi della nuova legge è proprio quello di “Permettere ad ogni persona domiciliata o dimorante nel Cantone di ricevere cure e assistenza a domicilio”.⁷⁷ Infine, va ricordato che tutti i principi soggiacenti a una concezione comune di presa a carico mirano a garantire un intervento efficace, efficiente e coordinato (vedi art. 9).

Per mettere in atto questi principi, la nuova legge sancisce le **prestazioni** e i fornitori di prestazioni. Gli articoli 3, 4 e 5 della LACD suddividono le prestazioni in tre gruppi distinti. Il primo gruppo è composto dalle prestazioni di assistenza e cura a domicilio, quali le cure medico-terapeutiche, le cure di base, gli aiuti di economia domestica, la consulenza igienica, sanitaria e sociale, l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio, l'educazione e la prevenzione sanitaria. Si tratta di prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenere l'utenza a domicilio. Il secondo gruppo riguarda le prestazioni di supporto. Esse sono attività e servizi che hanno lo scopo di favorire la permanenza a domicilio, pur non essendo eseguite direttamente presso l'abitazione. Un ultimo gruppo di prestazioni sono gli aiuti diretti. Contrariamente alle altre due, queste prestazioni sono di natura finanziaria, e hanno lo scopo di permettere all'utente di trovare soluzioni individuali di sostegno, attraverso l'assunzione di personale o modifiche dell'abitazione e la rimozione di barriere architettoniche.

Per poter mettere in atto e coordinare tutte le prestazioni appena elencate, il Gran Consiglio ha decretato i tre **fornitori di prestazioni** riconosciuti dalla LACD (art. 6): i SACD per le cure d'assistenza e di cura a domicilio, i SAPP per le prestazioni di supporto e il volontariato a complemento di entrambi i gruppi di prestazioni. Per quanto riguarda la gestione degli aiuti diretti, è il Cantone che se ne occupa, tramite un'impiegata responsabile.

Nel prossimo punto spiegherò nel dettaglio le caratteristiche di ogni fornitore di prestazioni.

4.4.2.1 I SACD, i SAPP e gli aiuti diretti

Una delle novità della LACD è quella di raggruppare i vari consorzi, che fino al 1999 erano gestiti in modo autonomo, in un unico servizio presente in ogni comprensorio. Oggi, in tutto il Ticino ci sono sei **SACD** operanti sul territorio che coprono tutto in Cantone. Essi sono gestiti da associazioni di diritto privato senza scopo di lucro (art. 11 cpv. 1 lett. a) e beneficiano principalmente di sussidi comunali (per l'80% ca.), in minor parte di quelli cantonali e federali ed hanno stipulato una convenzione con gli assicuratori malattia.

I sei servizi, che a loro volta si occupano di gestire i diversi Comuni, sono suddivisi nel modo seguente. Ce n'è uno per il Luganese, con il nome di ScuDo, un altro che si occupa del comprensorio del Malcantone-Vedeggio, denominato MAGGIO, il AM&BC per la zona di Mendrisio e del Basso Ceresio, un quarto per il Bellinzonese (ABAD), un quinto per la regione Tre Valli (RTV) e un sesto per il comprensorio di Locarno e Vallemaggia, chiamato ALVAD. La creazione di questi servizi, con i propri compiti e i doveri, ha permesso di dare una struttura e una definizione precisa al lavoro a domicilio.

⁷⁵ Art. 1 cpv.1 lett. b della LACD.

⁷⁶ Art. 2 cpv. 1 della LACD.

⁷⁷ Art. 1 cpv.1 lett. a della LACD.

Attualmente i SACD intervengono per lo più negli "orari d'ufficio" (8:00-12:00/13:30-18:00). Tuttavia esistono dei dispositivi d'intervento minimo durante i giorni festivi e i fine settimana. Queste prestazioni sono però limitate all'intervento "indispensabile" e "straordinario". Al di fuori di questo tipo di richieste all'utenza vengono indicate altre soluzioni tramite per esempio i servizi privati. Marco Treichler, direttore dello ScuDo, in occasione del Simposio "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero" del 4 ottobre 2006, ha preso posizione riguardo ai vantaggi degli "spitex pubblici" rispetto ai "servizi commerciali" (per usare i termini che ha utilizzato lui): afferma siano meno onerosi e che limitano le prestazioni al necessario. Nonostante il signor Treichler non abbia una posizione neutra in quanto sia direttore di uno "spitex pubblico", rileva un problema esistente. La carenza di interventi dei SACD nei giorni festivi e nelle ore serali obbliga molti anziani a ricorrere ai servizi privati, i quali talvolta praticano tariffe più elevate e non proporzionale al reddito e a volte propongono un numero elevato di prestazioni (anche laddove non è necessario) a scopo lucrativo.

Le prestazioni offerte dai SACD sono le seguenti (art. 3 cpv. 2): cure medico-terapeutiche (medicazioni, cure specialistiche,...), cure di base (igiene personale, aiuto nel vestirsi e svestirsi, aiuto per alzarsi dal letto e coricarsi,...), aiuti di economia domestica (pulizie, bucati, stiro, acquisti correnti e preparazione dei pasti,...), consulenza igienica, sanitaria e sociale, informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio, educazione e prevenzione sanitaria.

Il costo degli interventi è a carico della LAMal per quanto riguarda il lato infermieristico, e a carico dell'utente per le prestazioni di aiuto domiciliare. Quest'ultimo però è proporzionale al reddito e pagato interamente dalle Prestazioni Complementari, per coloro che ne beneficiano. Anche sotto l'aspetto finanziario si inserisce il principio di universalità. Si vuole dare la possibilità a tutte le persone bisognose di poter usufruire di questi servizi, senza penalizzare coloro che si trovano in situazioni di disagio economico.

I SACD sono composti da un'équipe polivalente, chiamata "unità operativa", la quale mette in atto le prestazioni esposte. L'unità è diretta da un capo-équipe, e composta da infermieri in cure generali e con specializzazioni diverse, aiuto familiari e ausiliarie dell'assistenza a domicilio e a volte anche da consulenti materno-pediatriche (art. 20 cpv. 1). Si tratta quindi unicamente di personale sanitario quello presente all'interno dei SACD. Per tutti gli altri professionisti (quali gli assistenti sociali, gli animatori,...) fondamentali per il mantenimento a domicilio, si è trovato questo compromesso: il Cantone subsidia i SAPP (come vedremo in seguito), i quali dispongono di AS e altri professionisti. Come già accennato in precedenza, questo è un aspetto criticato dai sostenitori dell'altro progetto di legge negli anni novanta, il quale prevedeva appunto anche la presenza di operatori sociali all'interno delle unità operative SACD, formando una vera équipe multidisciplinare.

Nel rapporto che sancisce i principi della concezione comune di presa a carico e le linee guida per i SACD, vengono esplicitate le categorie dell'utenza di riferimento. I gruppi di persone che possono beneficiare dei SACD sono i seguenti: persone anziane dipendenti; persone in fin di vita; persone affette da malattie degenerative; persone con handicap fisici permanenti; persone con handicap momentanei; persone con problemi dello stato cognitivo; persone con handicap mentali; persone che rischiano di perdere la loro autonomia; donne in gravidanza a rischio, donne in fase pre-parto, donne in fase post-parto e famiglie in situazioni di crisi con bisogno d'aiuto per la cura ai bambini o per la cura ad altri membri del nucleo familiare. Da questo elenco risulta chiaro il principio di universalità sancito dalla nuova legge di cui si è parlato prima.

È interessante notare che nel rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio del settembre 2004 si rileva che ci sono differenze quantitative dell'intervento dei SACD fra le varie regioni ticinesi. Nella regione del Luganese e del Locarnese, per esempio, la percentuale degli utenti anziani è nettamente più bassa della media cantonale. Le ragioni possono essere una maggiore dotazione di posti letto nelle case per anziani, una maggiore presenza del privato, dei nuclei familiari e del volontariato, come pure delle strutture d'appoggio. Infatti nel rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio del 2004, risulta che i posti letto nelle case per anziani del locarnese superano largamente la media cantonale. Ogni comprensorio ha quindi le sue specificità ed è importante, come viene rivendicato da diversi capi équipe, che il Cantone tenga conto delle differenze territoriali.

La valutazione dell'impatto della LACD sul benessere e la salute degli utenti dell'assistenza a domicilio del giugno 2004, citato nel rapporto di valutazione della legge del 1° quadriennio, conclude quanto segue: nel 2003 più di 15 anziani su 100 sono seguiti dai SACD, rispetto all'intera popolazione anziana cantonale,

mentre per il resto della popolazione sono il 2,6% a farne richiesta. Inoltre, all'interno dei sei SACD, in media quasi il 60% degli utenti sono ultra65enni. Più precisamente, nella valutazione di Mariolini del 2004 sull'impatto della LACD, si constata che su cinque dei sei SACD, la presenza degli ultra65enni è maggiore del 50%. **La persona anziana è quindi l'utente predominante dei SACD**, e questo dato non può che aumentare. Infatti i diversi lavori di ricerca e valutazione concludono che in questi anni l'utenza anziana è in crescita in tutti i SACD.

La legge comprende un altro tassello molto importante: quello dei **SAPP**. La LACD prevede che i servizi d'appoggio offrano prestazioni di supporto all'assistenza e cura a domicilio alla singola persona bisognosa, alla sua famiglia e ai SACD (art. 6 cpv. 2). Le prestazioni dei servizi di appoggio, pur non essendo eseguite presso l'abitazione dell'utente, hanno lo scopo di favorire il mantenimento a domicilio (art. 4). Possono essere delle organizzazioni private che si occupano della gestione dei SAPP, come pure, il Comune o un SACD e non devono avere scopo di lucro (art. 24 cpv. 1 e 2). Per quanto riguarda i costi, con l'entrata in vigore della LACD, i servizi d'appoggio beneficiano di sussidi comunali e cantonali. Le prestazioni sono a pagamento (salvo la consulenza sociale che è gratuita), con tariffe proporzionali al reddito. In alcuni casi (come per la retta giornaliera dei centri diurni terapeutici), i beneficiari di PC ricevono importanti sussidi.

I servizi d'appoggio sono di vario genere e coprono funzioni diverse. Al fine di facilitare l'organizzazione, la gestione e la valutazione, il Cantone li ha aggregati in "famiglie", secondo criteri di affinità delle attività e delle prestazioni offerte.

Facendo riferimento al rapporto sui servizi d'appoggio LACD di Nicoletta Mariolini, e a quello riguardante le prestazioni e la valutazione dei SAPP di Boris Wernli (entrambi del 2001), espongo qui di seguito in dettaglio quali sono i nove gruppi di famiglie, quali enti sono riconosciuti, la copertura del bisogno e che percentuale di anziani ne fa richiesta.

Una prima famiglia sono i servizi di trasporto. Il loro scopo è quello di offrire un servizio alternativo a quello dei mezzi pubblici, destinato alle persone per le quali l'utilizzo di un veicolo proprio o di un mezzo pubblico risulta essere troppo problematico. L'utenza comprende persone con problemi di natura motoria, affette da una malattia di media o lunga durata, colpite da un infortunio o portatori di handicap. Questo gruppo di SAPP è suddiviso in servizi di trasporto per terapie e trasporto per la vita sociale. Per vita sociale si intende tutto quanto attiene ad attività correnti della vita quotidiana. Per esempio fare la spesa, andare dal parrucchiere, dal dentista, andare al cinema, a teatro, a manifestazioni sportive e ricreative, a trovare amici e parenti, andare a lavorare, recarsi presso uffici pubblici o altro ancora. Nella valutazione della copertura dei bisogni di questo specifico ambito, risulta che circa il 60% dei bisogni sono coperti. Trasporto per terapie invece è inteso per recarsi dal medico, a fare fisioterapia, ergoterapia, logopedia, radioterapia, dialisi o altro. Circa il 70% dei bisogni sono coperti.

Sono otto gli enti che si occupano dei servizi di trasporto in tutto il Cantone. Il 75% del loro tempo è dedicato alle prestazioni di trasporto, tra cui il 22% per trasporti per la vita sociale e il 53% per le terapie. Fattore molto strano, rilevato dallo studio di Mariolini, è che il 25% è dedicato alla messa a disposizione dei mezzi ausiliari, compito che non dovrebbero assumere questi servizi. Gli enti riconosciuti, con le rispettive organizzazioni che li gestiscono, sono i seguenti: Servizio trasporti ALTAIR di Lugano, Servizio trasporti Malcantone, Servizio trasporti Rete 2/2 gestito da Pro Infirmis di Lugano, Servizio trasporti CRS del Luganese, Servizio trasporti CRS Bellinzona, Fondazione trasporti STB Bellinzona, Servizio trasporti Bodio-Personico-Pollegio gestito dalla Società samaritani di Bodio, Servizio trasporti gestito da Tre Valli Soccorso di Biasca e Servizio trasporti Rete 2/1 gestito da Pro Infirmis di Locarno. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 68% dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

Un'altra famiglia è il servizio carrozzelle, gestito da un solo ente, che è l'Associazione ticinese della terza età (in seguito ATTE). Tuttavia i risultati dello studio di Mariolini mostrano un'incoerenza: benché la messa a disposizione di carrozzelle dovrebbe essere erogata unicamente dal servizio riconosciuto a tal fine, la stessa prestazione è assicurata per il 18,4% da altre due famiglie: i centri diurni (3,1%) ed i servizi di trasporto (15,3%). Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 100% dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

Il Telesoccorso (o Teleallarm) è un'altra piccola famiglia. Si tratta di un mezzo ausiliario a forma di orologio con installato all'interno un pulsante. È da utilizzare in caso d'urgenza (cadute, malessere improvviso, incidente) e funge da telefono con la centrale d'allarme 144 di Ticino Soccorso. Quando la centrale riceve il segnale, l'operatore valuta la situazione e contatta immediatamente la persona più idonea (parente, vicino, ambulanza,...) a dipendenza della gravità. Il servizio di Telesoccorso è a disposizione di tutte le persone che potrebbero trovarsi in difficoltà nel chiedere aiuto, indipendentemente dall'età e dallo stato di salute. Lo scopo del Telesoccorso è duplice: ampliare la sicurezza a domicilio e permettere ai familiari di essere più tranquilli. Il solo ente riconosciuto che gestisce questo servizio è l'ATTE. Nella valutazione di Wernli risulta che il servizio carrozzelle e il Telesoccorso hanno una copertura elevata situata tra 80% e 90% dei bisogni. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 95% ca. dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

Un altro gruppo è il servizio pédicure, gestito da diverse associazioni private, ma il solo ente riconosciuto è quello di Pro Senectute. Questo servizio è molto importante per gli anziani che hanno problemi di vista o che fanno fatica a muoversi, perché non riescono ad abbassarsi e rischiano di ferirsi. La copertura dei bisogni è piuttosto debole con un tasso di circa il 60%, anche perché le richieste sono molte. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 98% ca. dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

Anche per il servizio pasti a domicilio il solo ente riconosciuto è quello gestito da Pro Senectute. Esso copre quasi il 99% del tempo dedicato alla distribuzione pasti e distribuisce 258'000 pasti. Esso è garantito in tutto il Ticino, 7 giorni su 7, 365 giorni l'anno. Per le persone anziane il fatto di non riuscire più a cucinare o di avere una dieta non equilibrata, costituisce un vero e proprio vincolo al mantenimento a domicilio. La copertura dei bisogni in materia di pasti a domicilio è elevata (84%). Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 92% ca. dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

Un'altra grande famiglia è quella dei centri diurni. I centri diurni sono un aiuto indispensabile per il mantenimento a domicilio per diverse ragioni. Dapprima per la varietà prestazioni che erogano (animazione, prestazioni di terapie preventive e riabilitative, consulenza sull'alimentazione,...), tutte proficue per il benessere dell'utente. In secondo luogo, la possibilità di frequentare un centro diurno rafforza la socializzazione, ma allo stesso tempo permette ai familiari delle persone più dipendenti di riprendere energie. Un grande problema dell'attuazione del mantenimento a domicilio delle persone dette "grandi invalidi", è proprio quello della presenza di qualcuno (quasi sempre un familiare) 24 ore al giorno. Ciò non è sempre possibile, ma grazie alla possibilità di frequentare di un centro diurno uno o più giorni alla settimana, la situazione diventa più gestibile. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 88% ca. dei beneficiari di questo servizio erano anziani. La famiglia dei centri diurni (CD) offre il ventaglio di prestazioni più ampio. Eccone alcune: trasporto, servizio pasti, consulenza diretta, prestazioni terapeutiche, animazione, pédicure, consulenza per l'alimentazione, refezione, servizio carrozzelle, sostegno all'utente e alla famiglia e altro. Essa è pertanto la famiglia più diversificata di tutte. La prestazione di trasporto richiede una riflessione particolare poiché, oltre a rappresentare il 23% del tempo effettivo dei centri diurni, rappresenta anche il 58% del tempo totale dedicato ai trasporti. Viene da pensare che la causa che conduce i centri diurni ad effettuare così tanti trasporti è da cercare nel settore dei trasporti, che non copre in modo adeguato i bisogni. La riflessione è stata fatta nei diversi rapporti di valutazione dei SAPP e porterà quindi i suoi frutti prossimamente. Ci sono tre tipi di centri diurni: un tipo di CD fa della prevenzione primaria, occupandosi della promozione e del mantenimento delle risorse personali e dell'integrazione sociale; un altro tipo di CD attua la promozione e il mantenimento delle risorse personali, ma elargisce in qualche misura anche terapie; infine ci sono i centri terapeutici, specifici per tutto quello che concerne la terapia e la riabilitazione. I diversi CD non sono distribuiti equamente sul territorio cantonale, e questo può creare problemi di vario genere nelle zone poco coperte, con un conseguente aumento delle richieste di intervento dei SACD. I centri diurni riconosciuti dalla LACD sono i seguenti: centro diurno gestito dal Comune di Caslano, centro diurno "La Sosta" gestito dal Comune di Massagno, centro sociale gestito dal Comune di Tesserete, centro gestito dall'Associazione Anziani-Pensionati-Invalidi OCST di Lugano, centro diurno gestito dal Comune di Vacallo, centro diurno gestito dal Comune di Chiasso, centro diurno gestito dal Comune di Riva San Vitale, centro "Vita Serena" gestito dalla

Fondazione Vita Serena di Giubiasco, centro sociale Onsernonese di Russo, centri diurni gestiti dall'ATTE, centri diurni terapeutici gestiti da Pro Senectute, centro diurno terapeutico "Il Ricordone" di Lugano, centro diurno per ipovedenti "Casa Andreina" gestito dall'UNITAS di Lugano e il Servizio di Sostegno alle Famiglie con persone invalide gestito da Pro Infirmis.

Paragonando la situazione ticinese a quella intercantonale e internazionale, lo studio condotto da Patrick Morger conclude che la situazione dei CD in Ticino rispecchia un buon standard di qualità.

La LACD riconosce anche i seguenti servizi di sostegno all'utente e alle famiglie: servizi sociali gestiti da Pro Senectute, attività sociali gestite dall'ATTE, servizio di sostegno all'utente e alle famiglie Pro Infirmis, centro per audiolesi gestito dalla Fondazione per persone audiolese⁷⁸ e il servizio sociale itinerante gestito dall'UNITAS.⁷⁹ All'interno di questi servizi, sono presenti diversi professionisti del sociale e vengono offerte consulenze individualizzate e incontri di gruppo. Gli interventi individuali sono presenti all'interno della consulenza sociale di Pro Senectute, del centro per persone audiolese e della Lega contro il cancro e sono gestiti da assistenti sociali. I momenti di gruppo sono da intendere come degli incontri ricreativi (quali la tombola, i pranzi, le uscite,...), culturali e informativi, gestiti dall'ATTE, dal Centro per persone audiolese e dal Servizio sociale dell'UNITAS. Ogni organizzazione propone argomenti diversi, mirati alla sua utenza. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 21% ca. dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

La famiglia del servizio per alcolisti, rappresentato dal consultorio per alcolisti di INGRADO,⁸⁰ è presente a Mendrisio, Lugano, Bellinzona, Locarno e Biasca. Dopo i centri diurni, il servizio per alcolisti è tra quelli più diversificati, offrendo un vasto ventaglio di prestazioni, tra cui: trasporti, prestazioni di socializzazione, prestazioni terapeutiche, preventive, riabilitative e consulenza. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 l'8% dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

Anche il gruppo dei servizi per ammalati offre molte prestazioni diverse, simili a quelle del consultorio INGRADO. I servizi operanti sul territorio, riconosciuti dalla LACD, sono i seguenti: l'associazione Hospice Ticino, con sedi a Mendrisio, Lugano, Bellinzona, Locarno e l'associazione Triangolo. Questi servizi sono gestiti da équipe sociosanitarie, con un'impronta medica importante (infermiere, medici specialisti), in collaborazione con quella più sociale (AS, aiuto familiare e volontari). Hospice si occupa di malati gravi, con una malattia in fase avanzata o di tipo cronico, mentre l'Associazione Triangolo si occupa esclusivamente dei malati oncologici. Nella valutazione dell'impatto della LACD di Mariolini, risulta che nel 2003 il 75% ca. dei beneficiari di questo servizio erano anziani.

In conclusione, è importante rilevare che i SAPP toccano quasi il 16% della popolazione anziana ticinese, e all'interno dei servizi l'utenza anziana è rappresentata per il 77%. Le cifre sono simili a quelle dei SACD e la conclusione la stessa: **la persona anziana è l'utente predominante dei SAPP**. Riassumendo quanto già rilevato precedentemente, le categorie di servizi indirizzati prevalentemente alla popolazione anziana sono: il servizio carrozzelle, il servizio pédicure, il Telesoccorso, il servizio pasti ed i centri diurni. Le ragioni che spingono gli anziani a ricorrere ai SAPP sono le seguenti: il 31.6% per motivi di natura sociale, il 27.6% degli ultra65enni soffre di una diminuzione dell'autonomia fisica, mentre il 38.6% presenta sia problemi fisici che psichici.

La presenza dei SACD e dei SAPP è quindi indiscutibilmente essenziale per l'attuazione del mantenimento a domicilio di molti anziani.

⁷⁸ Il "Centro per persone audiolese" è nato in Ticino nel 1985 e si occupa di bambini e adulti audiolesi e sordi. Offre consulenza sociale per questioni scolastiche, professionali e sociali; si occupa di progetti specifici a favore delle persone audiolese e informa sui problemi inerenti la sordità per tramite di un centro di documentazione. È gestito dalla Fondazione per persone audiolese ed è stato creato per volere di Pro Infirmis.

⁷⁹ UNITAS è un'associazione a favore di persone cieche ed ipovedenti nata nel 1945, e la sua offerta di prestazioni spazia da quella ricreativa, alle strutture stazionarie, dalla consulenza sociale alla fornitura di mezzi ausiliari.

⁸⁰ INGRADO è un'associazione attiva nella Svizzera italiana con lo scopo di prevenire e curare l'alcolismo attraverso interventi di rete individualizzati e multidisciplinari a carattere psico-pedagogico e sociale. È nata nel 1979 come "Società ticinese contro l'alcolismo e per l'igiene sociale" e nel 1999 si è specializzata ed ha assunto la nuova denominazione.

Il terzo fornitore di prestazioni previsto dalla LACD è il Cantone che eroga aiuti finanziari individuali, chiamati **aiuti diretti** (AD). Il primo grande aiuto è il sussidio cantonale per il mantenimento a domicilio per persone anziane e invalide, già attivo dal 1993. Questo importo varia a seconda del grado di dipendenza e della situazione finanziaria del richiedente. Per averne diritto bisogna beneficiare di un Assegno per persone Grandi Invalide (AGI)⁸¹ di grado medio o elevato, ciò che giustifica la grande dipendenza e la necessità della presenza costante di terze persone; inoltre è necessario ricevere le PC. I richiedenti devono essere domiciliati nel Cantone dal almeno 3 anni e il sussidio ricevuto è soggetto all'imposta fiscale. Questi soldi servono a poter pagare una persona impiegata che si occupa di assistere l'anziano o l'invalide, sia essa il coniuge, il figlio o un professionista.

Un altro aiuto economico sancito dalla legge è il finanziamento per l'acquisto di mezzi ausiliari (quali cingolato, scalamobil, montascale, lift,...), come pure il costo per l'esecuzione dei lavori per l'eliminazione di barriere architettoniche. Si tratta spesso di spese molto onerose e il Cantone sovvenziona proporzionalmente alla situazione finanziaria del richiedente.

Per quanto riguarda la popolazione anziana, le statistiche dicono che risultano il 70.5% dei beneficiari di aiuti diretti. La valutazione dell'impatto della LACD sul benessere degli utenti, afferma che lo 0.12% della popolazione totale, rispettivamente lo 0.7% della popolazione anziana, beneficia degli aiuti diretti. In altre parole, nel 2004, 500 persone beneficiano di questi aiuti, tra cui 350 anziani. Si può notare che sono poche le persone che fanno richiesta di questi aiuti finanziari individuali, molto probabilmente a causa di una mancanza di informazione. Questo aspetto verrà ripreso nel prossimo capitolo quando parlerò degli aspetti da migliorare.

Un altro tassello riconosciuto dalla nuova legge è il **volontariato**, inteso come complemento indispensabile all'intervento dei professionisti, come previsto dall'art. 23 cpv. 1: "l'unità operativa associa, dove possibile, il volontariato". Esso dovrebbe essere integrato nelle prestazioni dei SADC e dei SAPP, anche per tramite di un'associazione esterna. All'interno di molte delle famiglie dei SAPP sono presenti volontari. Per esempio nei centri diurni, oltre al personale formato ci sono anche volontari, oppure dei servizi inseriti nella famiglia dei CD quali il Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito di Pro Infirmis, sono basati interamente su volontari; anche alcuni servizi di trasporto esistono grazie ai volontari (come il servizio rete 2/1 di Pro Infirmis a Locarno) e alcuni servizi di sostegno all'utente e alle famiglie (quali l'ATTE). Mentre grandi fondazione come Pro Senectute, hanno al loro interno un servizio di volontariato a domicilio. Anche la Conferenza del volontariato sociale (CVS) è un'importante organizzazione che si occupa di volontariato: raggruppa una quarantina di associazioni di volontari.

Posso immaginare che nei SADC sia più difficile inserire dei volontari, visto che offrono prestazioni più mirate e con un'importante impronta sanitaria: l'art. 23 cpv. 1 precisa infatti che in ogni caso "deve essere assicurata la qualità dell'intervento". Nel rapporto finale si conclude che il volontariato va pensato come risorsa tesa a migliorare la qualità di vita dell'utente e non una risorsa in termini di sostituzione o di risparmio. Però è negli anni novanta che i grandi investimenti nel sociale hanno subito un rallentamento e parallelamente le organizzazioni di volontariato sono aumentate. Anche all'interno del rapporto della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio viene ricordata l'importanza del ruolo del volontariato in quanto non ci sarebbero i mezzi per offrire un servizio puramente professionale. È quindi difficile valutare questo aspetto.

In conclusione, si può affermare che rispetto agli altri tre fornitori di prestazioni, il volontariato è quasi assente dai rapporti di valutazione: una probabile spiegazione è che è un servizio ancora in fase di attuazione; d'altro canto è anche difficile misurarlo.

4.4.2.2 Conclusione

Una prima valutazione dell'impatto della LACD, terminata a fine 2003, ha permesso di descrivere e di analizzare la popolazione degli utenti effettivi, e capire quali cittadini ricevono le tre diverse misure

⁸¹ L'AGI è un aiuto finanziario a livello federale destinato alle persone che dipendono regolarmente da terzi per compiere gli atti ordinari della vita quotidiana, e non è proporzionale al reddito ed alla sostanza del richiedente. Esistono due gradi di AGI per persone in AVS (medio ed elevato), in proporzione alla dipendenza. L'AGI è destinato a persone con rendite AI o AVS: agli adulti viene versata una rendita mensile. Per il 2007 l'importo dell'AGI per le persone beneficiarie di rendita AVS equivale a Fr. 553.00 per quello medio e a Fr. 884.00 per quello elevato.

dell'assistenza e cura a domicilio. Risulta che i casi seguiti dai SACD, dai Servizi d'appoggio e che beneficiano di aiuti diretti sono 17'326, cioè il 5% della popolazione ticinese e il 28.5% di quella anziana. L'analisi evidenzia un'importante constatazione: l'utenza dell'assistenza e cura a domicilio ticinese è in generale **donna e anziana**. Le donne rappresentano il 65.8% dell'utenza complessiva, mentre la popolazione di persone che hanno più di 65 anni è il 67.2%.

Nella figura 6 si può vedere la ripartizione delle diverse fasce d'età all'interno dell'utenza della LACD, come pure la proporzione di uomini e di donne che beneficiano dei servizi.

| | % donne | % uomini | % 0-3 anni | % 4-18 anni | % 19-64 anni | % 65+ anni | Eta media, in anni |
|----------------------------------------------|------------|-------------|---------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------------|
| % rispetto utenti effettivi | 65.8% | 34.2% | 14.1% | 1.2% | 17.4% | 67.2% | 64.1 |
| % rispetto utenti inchiesta | 72.8% | 27.2% | 3.4% | 1.0% | 21.2% | 74.4% | 69.2 |
| <i>Donne</i> % rispetto utenti effettivi | | | 11.2% | 0.7% | 14.4% | 73.7% | 68.0 |
| Donne % rispetto utenti inchiesta | | | 1.3 % | 0.9 % | 23.0 % | 74.7 % | 70.8 |
| <i>Uomini</i> % rispetto utenti effettivi | | | 19.7% | 2.2% | 23.3% | 54.8% | 56.6 |
| Uomini % rispetto utenti inchiesta | | | 8.6 % | 1.2 % | 16.0 % | 74.1 % | 64.8 |

Figura 6: Descrizione anagrafica dell'utenza beneficiaria dell'assistenza e la cura a domicilio⁸²

Questi dati del 2004 rappresentano unicamente le persone che usufruiscono dei servizi e delle prestazioni della LACD. Ma se si prende in considerazione anche l'utenza dei servizi privati, la situazione non fa che accentuarsi. Infatti, durante il Simposio intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero" del 4 ottobre 2006, Carlo Denti (direttore del SSEAS) ha affermato che l'80% di tutte le prestazioni a domicilio presenti sul territorio ticinese sono rivolte ad anziani.

Il rapporto di valutazione dell'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio durante il 1° quadriennio, rileva un'altra importante conclusione. Gli utenti dei tre fornitori di prestazioni risultano parte di una **popolazione fragile**, sia dal punto di vista emotivo che da quello economico. Quasi tutti gli utenti sono invalidi, malati e dipendenti da terzi. Inoltre, il 56% vive solo, ciò che può essere sinonimo di una mancanza di contatti sociali. Come detto, l'utenza è fragile anche dal profilo economico. I dati statistici dicono che l'89% guadagna meno di 4'000.- franchi al mese, di cui il 49% riceve tra 2'000.- e 4'000.- franchi al mese e il 40% riceve meno di 2'000.- franchi al mese.⁸³

4.4.3 Esempi concreti d'applicazione della legge

Al fine di riorientare il discorso sulla persona anziana e illustrare cosa significa realmente per lei poter usufruire dei diversi servizi sostenuti dalla legge, espongo qui di seguito alcuni casi che ho incontrato durante le mie esperienze professionali a Pro Senectute.

Ho potuto incontrare una signora di ottant'anni che vive da sola in un appartamento in centro città. La signora Sara⁸⁴ soffre di una grave forma di diabete che l'ha portata a una quasi totale cecità. Per il resto è una persona molto lucida e interessata all'attualità. La sua cecità la rende però fortemente dipendente da terze persone.

⁸² MARIOLINI, N.; WERNLI, B. (2004), Benessere e salute degli utenti dell'assistenza e cura a domicilio - Valutazione d'impatto della LACD - Seconda parte. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS. P. 11.

⁸³ CRIVELLI, R. ; GREPPI, S. (2005), *Rapporto di valutazione dell'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio durante il 1° quadriennio*. Manno: SUPSI/Dipartimento di scienze aziendali e sociali. P. 15.

⁸⁴ Nome fittizio.

La sua giornata inizia con l'arrivo dell'infermiera che provvede alla sua pulizia personale e le somministra le medicine di cui ha bisogno. A mezzogiorno riceve i pasti a domicilio, mentre il pomeriggio arriva una persona stipendiata che si occupa di tenere in ordine e pulita la casa, di fare la spesa, di stirare, di preparare la cena e di tenerle compagnia. Se Sara deve uscire, per recarsi dal medico per esempio, contatta il servizio di trasporti, mentre dell'amministrazione mensile e delle questioni finanziarie, si occupa l'AS, con visite regolari. Inoltre, in seguito a varie cadute, Sara ha deciso di installare il Telesoccorso, anche perché di notte è sola.

L'infermiera che va ogni mattina è dipendente dei SACD. I pasti a domicilio, come pure l'AS sono servizi della Pro Senectute, mentre il servizio di trasporto e il Telesoccorso sono gestiti da organizzazioni private e fanno parte dei servizi d'appoggio della LACD. La signora che va quotidianamente ad aiutarla è stipendiata grazie al sussidio cantonale per il mantenimento a domicilio, a cui Sara ha diritto.

È chiaro che senza tutti questi aiuti la signora Sara non sarebbe in grado di rimanere a casa. Anche perché è divorziata e non può contare su un sostegno pratico dei figli, poiché alcuni abitano lontano e altri lavorano a tempo pieno e hanno dei figli piccoli da accudire. Da parte della famiglia c'è comunque un sostegno morale e affettivo molto importanti e difficilmente sostituibile da persone esterne.

Questo è un esempio abbastanza raro, in cui la famiglia dell'utente è poco presente e la persona è grande invalida, ma nonostante ciò, grazie alla sollecitazione di tutti questi servizi, il mantenimento a domicilio risulta possibile.

Un'altra situazione di cui mi sono occupata a Pro Senectute è quella di una coppia di anziani che vivono in una vecchia casa, assieme alla sorella del marito. I coniugi non hanno figli. La moglie è molto in forma, sotto tutti gli aspetti, mentre il marito è gravemente malato di Alzheimer. Il suo stato di salute è molto precario, non è più in grado di fare niente da solo (vestirsi, lavarsi, mangiare, andare in bagno, spostarsi). La demenza senile gli ha anche tolto la ragione. Per quanto riguarda la pulizia della casa, la preparazione dei pasti e la cura alla persona, se ne occupano la moglie e la cognata. Arriva solo l'infermiera dei SACD ogni mattina per la pulizia personale, per somministrare le medicine e fare le iniezioni.

L'ostacolo principale al mantenimento a domicilio è di tipo architettonico: dalla camera da letto (1° piano) al bagno, alla cucina e alla sala (piano terra), bisogna fare delle ripide scale. La soluzione precaria che è stata adottata per un periodo, è quella di portare l'utente in braccio ogni mattina e ogni sera, con l'aiuto dell'infermiera a inizio giornata e del nipote prima di coricarsi. Essendo una situazione insostenibile a lungo termine, hanno deciso di chiedere a un architetto specializzato di fare un sopralluogo e di consigliar loro un mezzo ausiliario appropriato alle scale. In seguito, è stato fatto un preventivo sul costo totale (attorno a Fr. 30'000.00) che è stato sottoposto al Cantone, per valutare se esisteva il diritto al sussidio per l'acquisto di mezzi ausiliari e per l'esecuzione dei lavori per l'eliminazione di barriere architettoniche. Dopo un'analisi della loro situazione finanziaria e della reale necessità di questo montascale, è stato concesso il sussidio di quasi la totalità dell'importo e i lavori di installazioni hanno potuto essere eseguiti.

Sia l'acquisto del mezzo ausiliario che il costo per l'esecuzione dei lavori per l'eliminazione di barriere architettoniche, sono prestazioni fornite dagli aiuti diretti previsti dalla LACD.

Grazie al sussidio ricevuto per l'acquisto di questo mezzo ausiliario, senza il quale non avrebbero potuto permetterselo, i coniugi possono vivere a casa ancora per parecchi anni, come da loro fortemente desiderato.

Il riscontro concreto dei servizi e degli aiuti previsti dalla LACD è tangibile ed evidente. Sono molte le situazioni di questo tipo, dove gli interventi previsti dai tre tasselli della LACD sono primordiali per garantire il mantenimento a domicilio. Ben inteso esistono anche aspetti della nuova legge meno chiari e più difficili da mettere in atto. Nel prossimo capitolo questi elementi emergeranno.

4.5 Servizi e organizzazioni private a favore del mantenimento a domicilio

Dopo una parte dedicata all'organizzazione e alla definizione dei servizi di assistenza e cura a domicilio cantonali, trovo importante allargare il discorso descrivendo altri enti e servizi attivi a favore del mantenimento a domicilio presenti sul territorio ticinese. Inizialmente pensavo che in questo punto avrei potuto dare un elenco completo degli attori privati che intervengono a sostegno del mantenimento a

domicilio degli anziani, ma avanzando con la mia ricerca mi sono resa conto che ciò non era possibile, soprattutto per il gran numero di enti privati presenti sul territorio non facilmente reperibili. Il mio intento sarà quindi quello di marcare la presenza e il ruolo di tutti questi attori istituzionali e non di diffondere una lista completa delle diverse organizzazioni. Si potranno così vedere alcune differenze fra i servizi privati e quelli sostenuti dal Dipartimento della sanità e della socialità. Tutti questi servizi e associazioni hanno un ruolo importante per le persone anziane che vivono a domicilio a diversi livelli: per quanto concerne la prevenzione, la socializzazione, il volontariato, l'informazione, gli aiuti di tipo legale e l'assistenza medico-infermieristica. Certi intervengono direttamente a domicilio (come le infermiere private e i servizi di volontariato), altri offrono prestazioni e attività all'esterno (come i corsi sportivi di Pro Senectute e quelli culturali dell'ATTE). In un primo momento parlerò delle associazioni partner del DSS inserite nel settore anziani, descrivendo brevemente il loro ruolo e la loro missione, poi mi soffermerò sui compiti di alcune organizzazioni private attive in ambito socio-sanitario non partner del DSS.

4.5.1 I partner del DSS del settore anziani

Nei servizi partner del DSS sono raggruppate alcune **organizzazioni sociali private senza scopo di lucro**. Una parte è sussidiata dal Cantone, altri sono riconosciuti e sostenuti attraverso la consulenza e la supervisione.

I servizi partner del DSS possono essere catalogati secondo i settori d'intervento che sono sei: la famiglia, il lavoro, gli anziani, l'handicap e la sanità, la tossicodipendenza e l'alcolismo, le vittime e i reati. Qui di seguito ho scelto di esporre una breve descrizione delle associazioni partner del DSS raggruppate sotto il settore d'intervento "anziani", in quanto agiscono a favore del mantenimento a domicilio ed è laddove gli anziani sono maggiormente coinvolti. Si tratta delle seguenti sei associazioni: l'associazione anziani-pensionati-invalidi OCST, l'associazione PIPA, l'ATTE, la Conferenza del volontariato sociale, Pro Senectute Ticino e Moesano e i Centri diurni. Non mi soffermerò però sulla descrizione dei centri diurni, in quanto ne ho parlato ampiamente in precedenza e non farei che ripetermi. Si può notare che alcune di queste associazioni offrono dei servizi che sono racchiusi nelle nove famiglie dei SAPP, come per esempio è il caso dell'ATTE per quanto concerne le attività ricreative e la gestione del Telesoccorso e di Pro Senectute Ticino e Moesano per il servizio pasti, il servizio pédicure, i centri diurni e il servizio sociale. È quindi chiara la complessità della rete sociale attiva sul territorio ticinese e soprattutto la difficoltà di strutturarla. Queste associazioni sono denominate partner del DSS, ma allo stesso tempo certe di loro fanno anche parte della LACD e quindi dipendono dal DSS, in quanto, come detto, alcune delle prestazioni che offrono sottostanno alle nove famiglie dei SAPP. Questa grande eterogeneità di servizi presenti in Ticino, difficilmente catalogabili, offre però un grande ventaglio di scelta per l'anziano stesso, il quale ha la possibilità di partecipare al gruppo nel quale si riconosce meglio.

Una prima associazione a favore delle persone anziane è l'**Associazione anziani-pensionati-invalidi (AAPI) dell'Organizzazione cristiano sociale ticinese (OCST)**. L'AAPI è stata fondata nel 1980 ed ha cinque sezioni regionali: nel mendrisiotto, nel luganese, nel locarnese, nel bellinzonese e nella regione Tre Valli, per un totale di circa 6'000 associati. L'AAPI propone delle attività a favore delle persone anziane e invalide offrendo le seguenti prestazioni. In primo luogo un'assistenza sociale gratuita nei diversi ambiti delle pratiche amministrative e legali inerenti la condizione della persona anziana, quali l'AVS, l'AI, le PC, la dichiarazione d'imposta e le questioni locative. Un'altra importante prestazione riguarda le attività culturali e ricreative, promosse da ogni sezione, come gli incontri a carattere formativo e culturale, le gite e le visite a luoghi di interesse. Infine vengono proposti diversi soggiorni marini e montani. Le prestazioni AAPI spaziano quindi da quelle legali a quelle ricreative.⁸⁵

L'**Associazione PIPA** offre invece un intervento più mirato. PIPA sta per "prevenzione infortuni per anziano" ed è stata creata nel 1995, in seguito a uno studio che dimostrava la gravità delle conseguenze degli incidenti domestici. PIPA è attiva a livello cantonale ed è composta da un'équipe multidisciplinare, dove è presente la figura dell'ergoterapista, dell'infermiera e del fisioterapista. Lo scopo dell'associazione PIPA, come lo dice il nome stesso, è la prevenzione mirante sia a ridurre i rischi di caduta delle persone anziane, sia a limitare la gravità delle loro conseguenze. Gli obiettivi che l'associazione si prefigge sono

⁸⁵ Le informazioni sono state prese dai siti: <http://www.ocst.com/pagine/anziani.htm> e <http://www.aapi.ch/> consultati il 23 aprile 2007.

molto precisi: da una parte la riduzione delle fratture del collo del femore, attraverso l'aiuto al miglioramento della qualità di vita dell'anziano; d'altra parte la sensibilizzazione all'adozione di misure preventive attraverso il cambiamento degli atteggiamenti e delle abitudini. Si tratta quindi di azioni preventive di tipo strettamente sanitario.⁸⁶

L'**Associazione ticinese della terza età (ATTE)** è invece un'associazione a carattere sociale, apartitica e aconfessionale. È stata creata nel 1980 e fino al 2006 il presidente era un ottantatreenne, anche presidente del Consiglio degli anziani.⁸⁷ Il suo scopo è quello di promuovere, anche in collaborazione con altri enti pubblici e privati, iniziative intese a prevenire e vincere la possibile tendenza dell'anziano al disimpegno e all'isolamento. Intende quindi mantenere l'anziano attivo, soprattutto attraverso la socializzazione. La particolarità dell'ATTE è che, diversamente alle altre organizzazioni, è stata istituita da persone anziane che provvedono tutt'oggi anche alla sua gestione e alla programmazione delle attività. Si tratta pertanto di un'associazione di anziani per gli anziani, composta in gran parte da volontari. È aperta a persone di qualsiasi età e provenienza, proponendo occasioni di incontri socio-ricreativi mirati ad un pubblico anziano. Offre attività e prestazioni di varia natura: si occupa della distribuzione gratuita di sedie a rotelle agli anziani che vivono a domicilio, installa e gestisce il Telesoccorso, organizza soggiorni e viaggi di vacanza, gestisce centri diurni (13 in tutto), organizza pasti in comune, propone corsi all'UNI3,⁸⁸ organizza conferenze, si interessa alla ricerca in campo sociale (raccolge documentazione sugli anziani e gestisce una rivista bimestrale chiamata "Terza età"), organizza manifestazioni socio-ricreative e culturali, ha un servizio di volontariato e propone attività di vario genere (scacchi, carte, corsi di computer, ginnastica, nuoto,...). L'ATTE è attiva a livello cantonale ed ha 5 sezioni regionali sparse in tutto il Ticino, con un totale di 18 gruppi locali.⁸⁹ Il segretario dell'ATTE, Stefano Motta, durante il Simposio del 4 ottobre 2006, ha ricordato che c'è un grande riscontro di partecipazione da parte degli anziani: su 61'000 beneficiari di AVS nel 2005 in Ticino, 10'050 sono soci dell'ATTE.

La **Conferenza del volontariato sociale (CVS)** è nata nel 1994, ma è nel 2001 che ha consolidato la propria struttura trasformandosi formalmente in associazione. È attiva a livello ticinese ed è a disposizione delle organizzazioni e dei volontari facenti parte di enti privati o pubblici. Lo scopo dell'associazione è quello di valorizzare il volontariato in campo sociale, moltiplicare l'informazione, creare occasioni di confronto e di collaborazione tra le diverse persone ed i diversi enti attivi nel settore. Riunisce organizzazioni di volontariato attive nel campo sociale nella Svizzera italiana, come per esempio quelle attive a favore dell'aiuto ai malati, dell'accompagnamento di anziani, dell'animazione per disabili, e il cui scopo primario è quello di favorire l'integrazione sociale. Alcune delle attività di cui si occupa la CVS sono: proporre dei corsi di formazione per i volontari, informare sulle attività del volontariato attive in Ticino, offrire consulenza per coloro che intendono attivarsi come volontari per la prima volta, fare delle pubblicazioni su temi riguardanti il volontariato, promuovere il volontariato e collaborare con diversi enti, privati e cantonali. È da notare che il CVS è in stretta collaborazione con il DSS e i rispettivi SACD per fare in modo di integrare il volontariato nel sistema delle cure a domicilio, come previsto dall'art. 23 cpv. 1 della LACD.⁹⁰

Pro Senectute Ticino e Moesano è l'unica organizzazione, fra quelle qui descritte, attiva a livello svizzero, ed è quella che offre il ventaglio più vasto di prestazioni. La fondazione Pro Senectute ha le sue origini nel 1917 e si indirizza a una popolazione anziana (ultra 60enni) perseguendo scopi multipli:

⁸⁶ Alcune informazioni le ho prese dal loro sito: <http://www.lnrg.ch/pipa/> il 23 aprile 2007; altre dall'intervento del presidente PIPA Juan José Sanchez in occasione del congresso "Gli anziani e il sistema sociosanitario svizzero" del 4 ottobre 2006.

⁸⁷ Istituito nel 2004, il consiglio degli anziani ticinese è attivo a livello politico a favore dei diritti degli anziani. È un organo pubblico con funzione consultiva, ed è costituito da diversi enti (tra cui Pro Senectute e l'ATTE). Il suo scopo è quello di proporre nuove vie per una solidarietà attiva fra gli anziani e le diverse generazioni. L'ex presidente, Alberto Gianetta, in occasione del Simposio del 4 ottobre 2006, ha ricordato che si stanno battendo per evitare che l'età possa diventare un fattore di limitazione alle prestazioni socio-sanitarie. Ho parlato poco della rappresentanza politica degli anziani perché ho dato la priorità agli aspetti più legati al mantenimento a domicilio, ma ciò non toglie che sia una questione molto importante e ancora troppo poco presente.

⁸⁸ L' "Università della Terza Età" del Ticino fa parte della Federazione svizzera delle UNI3, la quale gode di un riconoscimento nazionale e internazionale. I corsi UNI3 hanno lo scopo di rendere partecipi dei progressi della cultura umanistica e scientifica, persone anziane e non, dalla formazione scolastica molto diversa, offrendo così anche momenti di socializzazione.

⁸⁹ Le informazioni sono state prese dal sito: <http://www.atte.ch> il 23 aprile 2007.

⁹⁰ Le informazioni sono state prese, sia dal sito <http://www.volontariato-sociale.ch/> il 23 aprile 2007, sia dalla presentazione della presidente Zanella in occasione del Simposio del 20 marzo 2007 "Torno a casa! E poi? I problemi dell'inserimento sociale e lavorativo per le persone con difficoltà psichiche e sociali."

mantenere e migliorare la qualità di vita degli anziani, rafforzare l'indipendenza e incoraggiare la loro autonomia; contribuire al mantenimento ed allo sviluppo delle facoltà fisiche, psichiche ed intellettuali; garantire la sicurezza materiale (tramite richieste di sussidi cantonali, federali, di organizzazioni private e interne all'associazione) e permettere all'anziano di rimanere in casa propria. I principali servizi offerti sono: consulenza sociale, prestazioni finanziarie uniche o periodiche, sussidi per mezzi ausiliari, distribuzione di pasti a domicilio, pedicure medicale, centri diurni terapeutici e attività sportive e ricreative. Alcune delle attività sportive organizzate da Pro Senectute Ticino e Moesano e adattate a un pubblico anziano sono le seguenti: ginnastica, acqua-fitness, sci di fondo e alpino, escursionismo, danza, walking, tennis, Yoga e Tai Chi Chuan. I centri di consulenza, ripartiti in sei sedi regionali, sono il luogo dove si svolge la consulenza sociale, gestita dagli assistenti sociali. Tra i diversi compiti degli assistenti sociali, c'è quello di informare le persone anziane ed i loro familiari sui loro diritti, aiutarli nel disbrigo di pratiche burocratiche e offrire sostegno morale e economico. La consulenza è gratuita, mentre gli altri servizi sono a pagamento, con tariffe proporzionali al reddito dell'anziano. In modo approssimativo, la maggior parte dell'utenza che fa capo al servizio di consulenza sociale di PS ha dai 65 agli 80 anni. Per quanto concerne le prestazioni specifiche al mantenimento a domicilio, quali per esempio la creazione della rete d'aiuto per anziani dipendenti, l'utenza si sposta dai 75 agli 85 anni circa. Questi dati confermano quanto detto nel 1° capitolo: oggi gli anziani fino a 80-85 anni sono spesso ancora in grado di rimanere a casa senza grossi problemi. Inoltre, la maggior parte ha una rete familiare molto povera, per due ragioni principalmente. La prima è che i figli ci sono ma sono molto occupati con il loro lavoro e la loro famiglia (coniuge e i rispettivi figli). La seconda è che ci sono molti anziani stranieri o svizzero tedeschi e che hanno pertanto la famiglia lontana. È quindi emersa una situazione molto diffusa di isolamento sociale e questa è una delle ragioni per cui l'intervento dei professionisti di Pro Senectute è indispensabile.⁹¹

Dopo questa breve presentazione degli scopi e delle attività svolte da queste cinque organizzazioni, si è visto un grande numero di proposte offerte, a volte specifiche e differenziate, a volte simili, ma tutte legate dal fatto di essere al servizio delle persone anziane e di promuovere una migliore qualità di vita a coloro che hanno scelto di rimanere a casa propria.

4.5.2 Alcune organizzazioni private non partner del DSS

Per poter avere una visione il più completa possibile dei servizi di cui può beneficiare una persona anziana residente presso il proprio domicilio, bisogna tenere presente anche del ruolo del privato. A complemento delle informazioni precedenti, concernenti organizzazioni sostenute o coordinate dal DSS, elenco qui di seguito alcune **organizzazioni non statali a scopo di lucro** a favore della persona anziana, e che ne favoriscono il mantenimento a domicilio. Come detto in precedenza, cito solamente due grandi gruppi di organizzazioni private che intervengono a domicilio in quanto un elenco aggiornato ed esaustivo sarebbe difficilmente reperibile.

Nel 2007, sul territorio ticinese sono presenti 98 **infermiere** indipendenti e sette organizzazioni private che offrono cure infermieristiche, tra cui l'Abeca di Muralto, l'associazione a domicilio per città e campagna SA di Savosa, il centro cure infermieristiche SA di Manno, l'Internursing SA di Lugano e l'Unity Care di Ascona. Queste infermiere sono indispensabili per una copertura completa sul territorio. Un problema esistente in Ticino, che rileverò più dettagliatamente in seguito, è quello della copertura serale e festiva dei SACD. Le organizzazioni private infermieristiche, indipendenti e atte a gestire il tempo a loro scelta, sono così complementari all'intervento del personale SACD, coprendo laddove altri servizi non riescono ad arrivare. Inoltre, ci possono essere anche altri motivi che inducono gli utenti a contattare le infermiere private, come le conoscenze personali o la regolarità dell'intervento della stessa professionista (nella maggior parte dei SACD esiste un sistema di rotazione). Dati del 2002 presi dal Rapporto complementare sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, affermano che la presa a carico a domicilio per l'attività infermieristica è svolta nella misura del 55% dalle strutture pubbliche e del 45% da quelle private. Questa è una conferma che il ruolo del privato è molto importante.

⁹¹ Alcune informazioni le ho prese dal loro sito: <http://www.pro-senectute.ch/i/> il 2 novembre 2006; altre dall'intervista fatta a Paolo Nodari il 13 aprile 2007.

Per le stesse ragioni esposte nel paragrafo precedente, la presenza di organizzazione private di **aiuto domiciliare** è importante. Stando a quanto affermato dal direttore dello ScuDo in occasione del Simposio del 4 ottobre 2006, sul territorio ticinese sono presenti 13 servizi privati, tra cui l'aiuto domiciliare di Minusio, Pro Alvad di Locarno, il gruppo Salute Sagl Spitex di Vacallo, lo Spitex Aidomed SA di Lugano, lo spitex assistenza a domicilio Savosa e lo spitex tiCure Sagl di Massagno. Inoltre diverse organizzazioni infermieristiche hanno al loro interno anche servizi di aiuto domiciliare.

È interessante notare che la fondazione privata Pro Alvad è nata con lo scopo di intervenire in modo sussidiario e complementare all'attività dell'ALVAD (SACD del locarnese). Il suo obiettivo è quello di promuovere (organizzando o finanziando) iniziative, che non beneficiano di sussidi pubblici, nell'ambito dell'assistenza e della cura a domicilio. Le attività organizzate sono le seguenti: manifestazioni culturali e ricreative; aiuto per la presa a carico di casi complessi, per i quali le risorse previste dalla LACD sono insufficienti; sostegno finanziario ad altri enti e alle organizzazioni di volontariato; prestiti e borse di studio per la formazione del personale ALVAD (in seguito alla carenza di aiuto familiari diplomate).

Come risulta da quest'ultima descrizione, a complemento dell'intervento dei SACD si sono create delle organizzazioni private, che, fra gli altri obiettivi, hanno quello di coprire i bisogni laddove l'intervento dei SACD è lacunoso.

4.6 Le strutture stazionarie in Ticino

4.6.1 Introduzione

Non è possibile parlare di mantenimento a domicilio delle persone anziane e dei servizi di cura e assistenza senza parlare del collocamento in case per anziani. Come è emerso quando ho parlato della storia recente del mantenimento a domicilio e nel punto che riguardava le strutture semistazionarie e stazionarie nel mantenimento a domicilio, una pratica ha bisogno dell'altra per poter coprire tutti i bisogni della popolazione anziana. Per questo motivo all'interno della nuova legge ticinese emerge la stretta connessione fra mantenimento a domicilio e istituzionalizzazione. Uno degli obiettivi della LACD consiste infatti nella "funzione di coordinamento dell'intervento dei SACD e delle strutture d'appoggio con le strutture stazionarie e semistazionarie". Per strutture stazionarie la LACD intende ospedali, cliniche, case per anziani, appartamenti protetti e istituti per invalidi; le strutture semistazionarie sono invece i centri diurni e i letti disponibili per soggiorni temporanei in case per anziani. Durante il simposio del 4 ottobre 2006 anche Carlo Denti, direttore del SSEAS, ha ricordato la complementarità esistente fra questi diversi tipi di presa a carico: si occupano della stessa casistica e hanno lo stesso scopo, cioè il benessere psicofisico e sociale dell'anziano. In Ticino ci sono delle case per anziani riconosciute dalla "Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività a favore delle persone anziane" del 1974, tra cui alcune a beneficio del sussidio dell'esercizio da parte dello stato, e altre private. Per quanto concerne le strutture riconosciute dalla legge, nel Locarnese ne esistono 19, nel Bellinzonese 10, nel Luganese 24 e nel Mendrisiotto 12, per un totale di 65 su tutto il territorio. Il 75% dei residenti sono donne e il 25% uomini: ciò conferma quanto già detto, cioè che la vecchiaia è donna.

4.6.2 Storia delle case per anziani

Come ha ricordato il Dr. Sergio Macchi (primario delle Case di Cura di Lugano) durante il Simposio "Invecchiamento, demenze e ricerca" del 21 settembre 2006, le case per anziani in Ticino hanno passato tre fasi diverse durante la seconda metà del secolo scorso.

Le prime strutture per anziani erano di tipo **caritatevole**, assistenziale e gestite da suore. Esse erano infatti rette da congregazioni religiose e private. Negli anni sessanta erano presenti poche infrastrutture sul territorio ticinese e il Dr. Macchi ricorda che il personale curante era molto impegnato ma scarso, e l'équipe era quasi interamente costituita da volontari. In seguito si sono create delle strutture laiche con la presenza sempre più importante di personale formato, in special modo con una formazione di tipo sanitario. La creazione di nuove case per anziani è stata resa possibile grazie ai mezzi finanziari messi a disposizione dal Cantone e dalla Confederazione, in special modo grazie all'entrata in vigore della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività a favore delle persone anziane nel 1974 e dell'articolo 101bis della LAVS nel 1979.

Le nuove strutture erano vere e proprie istituzioni **medicalizzate**, con un numero elevato di apparecchiature e di personale medico e con una sempre maggiore attenzione ai bisogni fisiologici del paziente. Con il passare degli anni non si è fatto altro che andare in questa direzione. Oggi le case per anziani sono strutture **sempre più medicalizzate**, dove la presenza di infermiere, medici e personale socio-sanitario è elevata. Tra le varie ragioni di questa trasformazione, c'è il fatto che sono soprattutto persone della quarta età che si trasferiscono in case per anziani quando il loro stato di salute è molto precario. Per esempio, nelle case di cura riconosciute dal canton Ticino, la media d'età si aggira attorno agli 85 anni.⁹² I casi da seguire dal profilo medico sono quindi sempre più numerosi e impegnativi. Dal profilo finanziario la conseguenza di questo tipo di presa a carico è un aumento dei costi, mentre d'altro canto per il personale curante l'assistenza e la cura diventano sempre più difficili. In un contesto altamente incentrato sul potere delle cure farmacologiche, è importante non tralasciare l'aspetto più umano dell'intervento. Come ha ricordato Patrizia Pesenti (direttrice del DSS) durante il Simposio intitolato "L'invecchiamento, le demenze e la ricerca" del 21 settembre 2006, "la vecchiaia non è una malattia". Il contatto umano, una relazione empatica e autentica sono elementi importanti e necessari per una presa a carico completa della persona anziana nelle case di cura. Il Dr. neurologo Alberto Spagnoli, anch'esso ospite dello stesso Congresso, riassume il concetto in altre parole: sostiene che bisogna creare una sinergia fra la medicina scientifica e la medicina della relazione. Ha affermato che la medicina della relazione è ancora poco presente in molte case di riposo, incentrate soprattutto sull'aspetto medico e meno su quello sociale-umano. Anche Joseph Troisi (vicedirettore dell'International Institute on Ageing delle Nazioni Unite) è intervenuto in merito ed ha ricordato che la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e che quindi è necessario un approccio olistico da parte dei professionisti.

In una società altamente medicalizzata, caratterizzata dalla convinzione che le cure mediche siano l'antidoto a tutti i mali, è quindi necessario mantenere e incentivare la relazione umana con il paziente, in special modo nelle case per anziani.

4.6.3 Costi elevati e liste d'attesa

Come accennato in precedenza, con l'aumento della speranza di vita, e quindi della quarta età, i pazienti delle case per anziani necessitano di cure mediche importanti. Joseph Troisi ricorda che gli ultra 75enni in Svizzera sono aumentati del 270% fra il 1950 e il 2000. Come conseguenza di questa realtà, si può constatare la presenza di un **sistema socio-sanitario** svizzero di ottima qualità, ma il 3° più **caro** al mondo (dopo gli Stati Uniti e la Germania). Il simposio del 4 ottobre 2006 intitolato "Gli anziani e il sistema socio-sanitario svizzero", che aveva lo scopo di fare il punto della situazione sul sistema socio-sanitario Svizzero, conclude che è insostenibile dal profilo finanziario mantenere questo stesso sistema nel futuro prossimo. Le previsioni parlano di un ulteriore aumento degli anziani vicini alla quarta età del 65% fino al 2025 e Carlo Denti afferma che, per questa ragione, in Ticino sarà necessario creare 1'000 posti letto nelle case per anziani. Sembra quindi inconfutabile la prospettiva di una presa a carico sempre maggiore di anziani "grandi invalidi" negli anni a venire, con un conseguente aumento dei costi. Davanti a questa evidenza, come è possibile rispondere all'elevata richiesta di presa a carico e allo stesso tempo diminuire le spese, mantenendo una buona qualità dell'intervento? Si tratta di una difficile questione alla quale i politici svizzeri e ticinesi saranno sollecitati a rispondere. Per ora il Cantone si limita a risparmiare riducendo i trasferimenti in case per anziani al minimo indispensabile, in modo da evitare spese per creare nuovi posti letto o nuove case di riposo. La conseguenza di queste scelte politiche è la formazione di **liste d'attesa**, che seleziona le entrate secondo il criterio dell'iscrizione. Ciò può comportare delle situazioni di mantenimento a domicilio "forzato". Sono quei casi di persone fortemente dipendenti da terzi, dove la rete informale (familiari, vicini e amici) è scarsa. Per questi casi estremi, i servizi di cura a domicilio e i servizi d'appoggio spesso non sono sufficienti o almeno non per un lungo periodo. Dovendo aspettare mesi per andare in case per anziani, l'integrità psico-fisica degli anziani che si trovano in questa situazione è esposta a molti rischi. Paradossalmente, si può ipotizzare che questi casi necessitano di cure ed assistenza a domicilio frequenti, al punto di toccare o di superare le spese giornaliere di un istituto.

⁹² AUTORI DIVERSI (2006), "Cooperazione" n.41 *L'alternativa al ricovero*, 10 ottobre 2006, p.13

4.6.4 Ospedali e dimissioni

Per le strutture ospedaliere la situazione non è molto diversa da quella delle case per anziani. Ragioni di carattere economico ed i progressi tecnici della medicina hanno **diminuito** la durata media di **degenza** nelle strutture ospedaliere. Questa tendenza, di per sé auspicabile e ricercata, si accompagna tuttavia da un rischio aumentato di ri-ospedalizzazione e in alcuni casi anche da un'aumentata incidenza di mortalità post-dimissione. D'altra parte, una serie di lavori ha messo in evidenza come un puntuale processo di individuazione della fragilità prima della dimissione e l'attivazione di meccanismi di presa a carico territoriale, anche temporanea, dopo la dimissione dall'ospedale del paziente fragile permettano di contenere una serie di esiti nefasti. In Ticino però, il coordinamento tra ospedali e SACD (come avremo modo di vedere nel prossimo capitolo) è difficoltoso, a scapito del benessere dell'utente. In altri cantoni è stata creata la figura dell'infermiera di "liaison" che si occupa del passaggio dei pazienti dall'ospedale al domicilio. In Ticino questo ruolo è a carico dell'AS dell'ente ospedaliero, il quale però è sollecitato da molti altri compiti, non ha le nozioni mediche di cui dispone l'infermiera e soprattutto non segue a domicilio il paziente.

4.6.5 Conclusione

In questo breve scenario che percorre la storia e la situazione attuale delle strutture stazionare per gli anziani, emergono alcuni aspetti problematici. Le liste d'attesa nelle case per anziani e le dimissioni precoci dagli ospedali sono le conseguenze di scelte politiche basate su criteri economici. Come abbiamo detto, un contenimento delle spese nel settore socio-sanitario deve essere fatto, ma è questo il modo o ce ne sono altri? Nel prossimo capitolo vedremo come è possibile migliorare alcuni aspetti dei servizi attivi a favore del mantenimento a domicilio. Potrebbe essere questa una possibile alternativa, economica e umana?

4.7 Conclusione

In questo importante capitolo ho cercato di descrivere tutti gli attori istituzionali presenti in Ticino che intervengono a favore del mantenimento a domicilio, come quelli cantonali (SACD, SAPP e aiuti diretti), le associazioni partner del DSS e quelle private non riconosciute. È emersa la ricchezza delle strutture, ma allo stesso tempo la complessità di gestire e conoscere tutti gli attori: difficoltà di strutturare la rete istituzionale per il Cantone, difficoltà nello scambio d'informazione fra servizio e servizio e difficoltà per l'utente di sapere chi contattare nel caso di bisogno. La politica del canton Ticino nel mantenimento a domicilio è quindi molto articolata e complessa, funzionante per certi aspetti e lacunosa per altri. Nel prossimo capitolo vedremo che direzione sta prendendo e cosa è possibile migliorare.

5 Valutazione della situazione ticinese e prospettive per il futuro

5.1 Introduzione

Dopo una parte sulla nuova legge e sui servizi a favore del mantenimento a domicilio ticinese, nella quale ho esposto come funziona e come è organizzata questa grande macchina, ora voglio mettere in evidenza le fragilità che esistono al suo interno. Se fin'ora ho deciso di basarmi su dati oggettivi, in questo capitolo propongo un'analisi della realtà del mantenimento a domicilio ticinese fondata su dati delle valutazioni cantonali, come pure su opinioni e commenti personali. Trovo infatti importante dedicare l'ultimo capitolo a una valutazione della situazione ticinese perché, da una parte ci permette di capire quali difficoltà si possono riscontrare nell'attuazione del mantenimento a domicilio, d'altra parte quali miglioramenti è possibile mettere in atto.

Per redigere questo capitolo ed alimentare la riflessione, prenderò spunto dai diversi lavori di analisi e di valutazione della LACD sottoscritti dal DSS e effettuati da Crivelli e Greppi, come pure dalle interviste fatte a Paolo Nodari, Nunzia Orlando⁹³ e Rosalba Canova. Sulle basi di questi elementi elencherò quindi una quindicina di punti deboli del mantenimento a domicilio ticinese, ai quali aggiungerò delle riflessioni personali, elaborate dalla mia esperienza e dalle letture fatte in merito. Alcuni aspetti che analizzerò sono già emersi nel corso dei capitoli precedenti e cercherò quindi di fare il legame, mentre altri saranno nuovi. Infine parlerò delle prospettive per il futuro della politica ticinese nel mantenimento a domicilio, sulla base delle informazioni raccolte e sulle interviste fatte.

5.2 Valutazione della LACD e riflessioni personali

Espongo qui di seguito un riassunto degli aspetti critici emersi dai diversi rapporti di valutazione della LACD, effettuati su commissione del DSS nel primo quadriennio (2000-2003). In particolare, farò riferimento al "Rapporto di valutazione dell'applicazione della LACD durante il primo quadriennio" del maggio 2005, essendo il più completo e il più recente.

Intendo aprire questa parte con alcuni dati che possono far riflettere. Nel 2000 in Ticino, 8100 anziani necessitano di una presa a carico, tra cui 800 in istituto e 2300 a domicilio. Per le restanti 5000 persone anziane sono aperti i due scenari.⁹⁴ Nei seguenti punti vediamo cosa può essere migliorato nel mantenimento a domicilio ticinese al fine di permettere ai 5000 anziani restanti di poter scegliere di rimanere a casa...

5.2.1 Poca informazione

La promozione dell'informazione alla popolazione e all'utenza è uno degli obiettivi della pianificazione della LACD, ma dal rapporto del maggio 2005 risulta esserci una situazione di carenza generale d'informazione riguardo ai **servizi presenti sul territorio**. Il 29% degli utenti si dichiara insoddisfatto dell'informazione sulle **prestazioni offerte** dai servizi, mentre il 66% è insoddisfatto dell'informazione sul contributo cantonale per il mantenimento a domicilio (una delle prestazioni degli aiuti diretti previsti dalla LACD). Nella valutazione finale la capo équipe di un SACD afferma che anche il sussidio per l'eliminazione delle barriere architettoniche (un'altra prestazione degli aiuti diretti) è poco conosciuto dalla popolazione: sostiene che spesso le persone chiedono di poter beneficiare di questo sussidio quando il lavoro è già stato fatto, e purtroppo non sono al corrente che per averne diritto bisogna inoltrare la domanda al Cantone prima di far eseguire i lavori. Inoltre, per l'utente è spesso poco chiara la distinzione fra **servizi pubblici e privati**.

⁹³ Nunzia Orlando si è diplomata come aiuto familiare nel 1976 a Friburgo, e durante i dieci anni successivi ha esercitato la sua professione in Ticino. Nel 1986 è diventata responsabile del gruppo di aiuto familiare e ausiliarie, e nel 2000 ha assunto la carica di capo équipe dell'Associazione per l'assistenza e la cura a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio. L'intervista è stata fatta il 28 novembre 2006.

⁹⁴ AUTORI DIVERSI (2004), Rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS. P. 3.

Durante la mia esperienza professionale presso Pro Senectute ho avuto modo di confrontarmi con questo problema. In diverse occasioni mi è capitato di avere dei colloqui con persone anziane che non erano al corrente delle prestazioni offerte da Pro Senectute, come pure della presenza di molti altri servizi attivi sul territorio. In diversi casi si trattava di persone che avevano un reale bisogno di presa a carico (per esempio nelle questioni amministrative, finanziarie, riguardo la pulizia della casa e la preparazione dei pasti) già da parecchio tempo, ma non sapevano a chi poter chiedere un aiuto. Ho anche visto dei casi nei quali interagivano diverse figure professionali, ma l'anziano non sapeva dirmi a che organizzazione appartenevano e se si trattava di strutture pubbliche o private. A volte mi sapevano dire solo il nome, l'aspetto fisico della persona e alcune prestazioni che erogava.

È quindi importante informare di più la popolazione anziana sui servizi presenti sul territorio. Mi auguro che il fatto che vi sia una grande percentuale di persone insoddisfatte dell'informazione sugli aiuti diretti non risulti da una strategia del Cantone in un'ottica di risparmi, perché è insensato mettere in atto una legge e non promuovere le prestazioni offerte. A mio avviso, un'informazione capillare tramite i medici (generici e specialisti), i farmacisti e i Comuni potrebbe aiutare a migliorare la situazione.

5.2.2 Il ruolo ambiguo del Comune

Nel rapporto finale emerge che, ad esclusione della partecipazione finanziaria, il Comune **non è direttamente implicato** nell'attuazione della LACD. Per quanto riguarda l'informazione sui SAPP, sui SACD e sugli aiuti diretti, il suo ruolo è quasi inesistente. Questa situazione è ancora più ambigua se si fa riferimento al grande investimento finanziario dei Comuni a favore dei servizi cantonali. Ricordo che questi servizi vengono finanziati per ben l'80% dai Comuni e per il 20% dal Cantone. Come accennato in precedenza, i Comuni dovrebbero rappresentare un vettore importante anche per quanto concerne la trasmissione dell'informazione verso la loro popolazione, ma purtroppo ciò avviene ancora troppo poco. Nella mia esperienza professionale mi è successo molto raramente che gli utenti mi dicessero di aver saputo dell'esistenza di un certo tipo di servizio da parte del Comune.

Visto che non si sono investiti in maniera sufficientemente attiva, una possibile soluzione sarebbe che il Cantone definisca più nel dettaglio il ruolo e i compiti che devono essere assunti dai Comuni. La raccomandazione di Boris Wernli, in conclusione del suo rapporto del 2002, è la seguente: "Sarebbe dunque essenziale che il Cantone, come coordinatore dell'applicazione della LACD, stabilisca direttamente con i Comuni una strategia d'informazione e di comunicazione."⁹⁵

5.2.3 Coordinamento difficoltoso

Il rapporto finale conclude che l'obiettivo del coordinamento, previsto dal rapporto di pianificazione, è quello più critico. Per quanto sia uno dei due scopi previsti dalla LACD (art.1 cpv.1 lett. b) è ancora molto problematico. S'intende coordinamento tra i servizi pubblici, ma anche fra quelli pubblici e quelli privati. Dal rapporto del maggio 2005 si possono rilevare tre casi nei quali il coordinamento è particolarmente difficoltoso. Il primo è quello con i servizi **privati**. Probabilmente è quello che pone più difficoltà perché i privati non sono integrati nel disegno legislativo. Per questo le attività dei privati e la loro presenza sul territorio non è sempre conosciuta, ciò che non ne facilita il coordinamento. Il secondo aspetto che dovrebbe essere migliorato è il **coordinamento tra ospedali e SACD**, essenziale per la salute e il benessere dell'utente, come rilevato dallo studio dell'interfaccia ospedale-SACD. La commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio ricorda che in altri cantoni è stata creata la figura dell'infermiera di "liaison" che garantisce il coordinamento e il passaggio dei pazienti dall'ospedale al domicilio, come abbiamo detto nel capitolo precedente. La creazione di questa nuova figura professionale potrebbe essere una possibile soluzione anche in Ticino. Infine, anche con le **case per anziani** risulta che i "passaggi operativi"⁹⁶ dovrebbero essere perfezionati. Bisogna però dire che ci sono anche buone collaborazioni, come quelle con i SAPP e gli altri enti: 32 servizi su 45 hanno affermato che collaborano regolarmente con altri enti per definire progetti comuni.

⁹⁵ WERNLI, B. (2001), *Le prestazioni dei servizi d'appoggio nell'ambito della LACD: una prima valutazione della copertura dei bisogni*. Massagno: DOS. P. 38.

⁹⁶ CRIVELLI, R. ; GREPPI, S. (2005). Ob. cit. P. 74.

Dai diversi testi che ho letto è emerso che molto spesso nel mantenimento a domicilio è presente una mancanza di coordinamento dell'offerta dei servizi e un problema di collaborazione efficace fra i professionisti. Una delle ragioni è che il numero di attori è molto elevato, rispetto al personale di un istituto per esempio, e ciò non facilita la gestione. Ne può derivare una mancanza della visione globale della situazione e una conseguente inefficienza dell'intervento. A Pro Senectute mi è capitato spesso di non essere al corrente di tutti gli attori che si occupavano dell'anziano. Ma una visione globale carente può impedire ai professionisti di mettere in atto un intervento coerente. Faccio un esempio. Ammettiamo che un AS valuti la situazione e decida che è necessario mettere un montascale in casa di una coppia di anziani in quanto la moglie è in sedia a rotelle ed è gravemente malata. I coniugi condividono pienamente la proposta in quanto il loro desiderio è di rimanere a casa il più a lungo possibile. L'AS investe molta energia e tempo nel contattare l'architetto, raggruppare tutta la documentazione e il preventivo dei lavori per poi inoltrare la domanda di sussidio per la rimozione di barriere architettoniche al Cantone. Dopo un paio di mesi, quando tutta la procedura è avviata, il sussidio accettato e i lavori stanno per cominciare, l'utente telefona all'AS dicendo che la moglie è in ospedale in fin di vita, e che pertanto non necessitano più del montascale. Contattando in un secondo tempo il medico, si scopre che lui sapeva che la speranza di vita della paziente era di poche settimane, in quanto la malattia era in fase molto avanzata. Se l'AS avesse preso contatto con il medico prima di iniziare tutto, avrebbe concluso che era inutile apportare delle modifiche importanti all'abitazione dei coniugi. Avrebbe investito energia e tempo in altro modo, per esempio attivando immediatamente del personale che aiutasse quotidianamente la signora a fare le scale. In questo esempio all'AS manca una visione completa della situazione. Io penso che ogni professionista debba prendersi il tempo di contattare ed incontrare regolarmente gli altri attori della rete, in modo da costruire un progetto comune, che porta una maggiore efficienza dell'intervento.

5.2.4 Servizi privati e pubblici in competizione

Dati del 2002, come già accennato, mostrano che in Ticino l'attività infermieristica pubblica prende a carico il 55% degli utenti, mentre quella privata il 45%. Il ruolo del **privato** è quindi molto **importante**. Un motivo per il quale diversi utenti fanno richiesta di un servizio privato è che hanno più probabilità di avere sempre la stessa persona che interviene. Molti anziani non amano vedere facce nuove in casa propria, fanno fatica ad abituarsi ai cambiamenti e si affezionano volentieri a qualcuno. Avere sempre la stessa professionista però non permette un controllo del lavoro svolto e può portare "dipendenza" da parte dell'utente. I SACD hanno deciso di mettere in atto un sistema di rotazione: sono previste tre aiuti familiari per ogni utente che si intercalano in modo regolare. Lo scopo è di avere un controllo di quello che è stato fatto e di non creare dipendenza. Un'altra differenza rispetto ai SACD, è che spesso i servizi privati rispondono alla richiesta dell'utente senza fare un'analisi del bisogno, in quanto a loro basta accontentare gli utenti e più lavorano meglio è. Invece i SACD devono intervenire in funzione delle risorse umane a disposizione (e quindi ai soldi che hanno), ciò che porta spesso a non fare più del necessario e a sostenere le risorse primarie. Anche i direttori dei SACD intervistati per la stesura dei diversi rapporti cantonali manifestano un certo disagio nei confronti dei servizi privati. Affermano di avere una mancanza di conoscenza delle offerte socio-sanitarie erogate da questi servizi e un sentimento di competizione nei loro confronti. I servizi privati vengono definiti dei veri e propri concorrenti che sottraggono gli utenti ai SACD. Un auspicio dei direttori è che il Cantone si occupi più da vicino di questo aspetto.

La Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, nel suo rapporto conclude proprio dicendo che i privati dovrebbero essere controllati maggiormente dal Consiglio di Stato, consigliando cioè di andare nella direzione di una **pianificazione che consideri anche i servizi privati**, al fine di ottimizzare gli interventi e l'uso delle risorse. Forse potrebbe essere una buona soluzione.

5.2.5 Mancanza di una copertura completa

Gli interventi dei SACD durante il sabato, la domenica, i giorni festivi e durante la notte, sono aspetti che richiedono un miglioramento sia in termini di organizzazione, che in termini di risorse. Il 36% degli utenti esprime infatti la propria insoddisfazione a riguardo. In alcuni casi il personale SACD è intervenuto la sera, ma fa spesso riferimento a servizi privati perché mancano risorse umane per potere mettere in atto

questo obiettivo. Nel rapporto finale si conclude che la **copertura dei giorni festivi** risulta soddisfacente, mentre la copertura della **fascia serale** risulta critica. Anche i servizi d'appoggio operano spesso durante gli "orari d'ufficio" e sono poche le prestazioni erogate in fasce "fuori orario".

Bisogna anche dire che il Cantone ha chiesto ai servizi d'assistenza e cura a domicilio pubblici di seguire l'indicatore di economicità. In una logica di risparmio non è quindi possibile aumentare le ore di prestazioni allungando la fascia oraria. Pertanto, quando l'utenza ha questo tipo di esigenza la indirizzano ai servizi privati. Nella mia esperienza professionale presso Pro Senectute ho avuto modo di confrontarmi con la mancanza di copertura completa dei SADC, e nelle situazioni estreme, dove era necessaria la presenza di qualcuno 24h su 24, ho fatto ricorso alle organizzazioni private.

Il giornalista Hug, nel suo libro "Les vieux débarquent" del 1994, constata una discontinuità nella presa a carico 24 ore su 24 da parte dei servizi d'aiuto pubblici e dei familiari. Secondo lui questo problema può essere una ragione che porta al trasferimento in istituto, e non è da sottovalutare. Conclude che è importante che i servizi riescano a offrire questa copertura, anche per alleggerire i familiari.

Riassumendo, in Ticino i SADC non offrono una copertura completa per una ragione principale: il cantone non investe soldi per assumere più personale al fine di allargare la fascia oraria. Una valida alternativa, oltre al ricorso alle organizzazioni private, sono le strutture semi-stazionarie come i centri diurni e quelli notturni. Purtroppo però anche queste strutture sono carenti in Ticino. In conclusione, a mio avviso è necessario che il Cantone e i Comuni (essendo coloro che finanziano l'80% dei costi) prendano coscienza di questa problematica e intervengano concretamente (per esempio aumentando i finanziamenti). In alcuni casi, come sostiene Hug, la mancata copertura totale dei SADC impedisce il mantenimento a domicilio, e perciò è necessario trovare delle soluzioni.

5.2.6 Accompagnamento non globale

Un altro aspetto problematico, che si collega con quello appena trattato, è il bisogno di accompagnamento dell'utenza. Ogni servizio interviene in modo individuale e specifico e la presa a carico completa dell'utente è difficoltosa. Il Cantone ha il ruolo di coordinamento dei vari servizi, ma questo non basta a dare ai vari attori una visione d'insieme della rete che si crea attorno all'utente. Nella valutazione finale viene rilevato che in Ticino manca una vera e propria cultura dell'accompagnamento; in particolar modo è carente un accompagnamento costante dei **malati in fase avanzata**. Questa constatazione non corrisponde a uno dei principi della LACD, cioè "garantire l'assistenza continua nel soggetto fragile". A mio avviso, questa problematica è la conseguenza di più fattori messi assieme. Da una parte un cattivo coordinamento dei servizi (SADC, SAPP e servizi privati) sul territorio che porta a una dispersione delle risorse e a una difficile visione d'insieme. D'altra parte, una carenza dell'intervento continuo e globale da parte dei SADC (come spiegato prima). Inoltre, dalla mia esperienza presso Pro Senectute, in Ticino è difficile trovare una persona disposta ad accudire, sorvegliare ed aiutare una persona anziana 24 ore su 24. In Italia, per esempio, sono presenti le figure delle "badanti",⁹⁷ mentre in Ticino è difficile trovare delle persone che sono propense ad assumere questo ruolo. Viene spesso impiegato personale italiano e dell'Est d'Europa, perché nel canton Ticino non si trova e costerebbe di più. A mio avviso, anche maggiore attivazione del volontariato potrebbe essere d'aiuto per le situazioni meno impegnative, ma comunque non una soluzione al problema. Bisogna anche dire che, per quanto sia previsto dalla LACD, il volontariato è ancora poco presente sul territorio ticinese.

5.2.7 Sentimento di solitudine

Per un terzo di coloro che beneficiano regolarmente dei vari servizi previsti dalla LACD, permane un sentimento di solitudine. Ciò può essere collegato solo in parte all'intervento dei servizi, in quanto la solitudine è un sentimento non direttamente proporzionale alla quantità degli incontri di socializzazione. Questo dato forse è più legato al tipo di utenza che fa capo ai servizi. Si tratta di un'**utenza fragile** sotto diversi aspetti (emotivo, funzionale e cognitivo). Ciononostante il caposegretario del SSEAS Carlo Denti, in occasione del Simposio "Anziani e il sistema socio-sanitario svizzero" del 4 ottobre 2006, ha ricordato un

⁹⁷ La badante è una persona, non necessariamente diplomata nel settore socio-sanitario, che è assunta dalla persona anziana e si occupa della cura e dell'assistenza della persona e della casa. Vive presso il domicilio dell'anziano e viene retribuita con salario, cibo e alloggio.

aspetto positivo risultato dall'inchiesta effettuata presso gli utenti SADC: l'80% degli intervistati hanno affermato di sentirsi meglio da quando ricevono le cure a domicilio. Denti ha sottolineato l'importanza di questo sentimento, che, anche se soggettivo, mette in rilievo un effetto positivo della presa a carico a domicilio. Inoltre, il rapporto finale constata che il 95% degli utenti si dichiara soddisfatto rispetto alla qualità dei contatti con il personale dei servizi. Da questi dati emerge un bacino d'utenza particolarmente fragile, per la quale è importante l'aspetto relazionale e umano dell'intervento a domicilio. Ancora una volta emerge come la "medicina della relazione" può essere benefica. In questo senso trovo fondamentale che i professionisti cerchino il più possibile un approccio empatico con l'utente, perché a volte gratifica e fa star bene l'utente più di altri tipi di aiuti.

5.2.8 Maggior sviluppo dei SAPP e delle strutture semi-stazionarie

I risultati di una prima valutazione della copertura dei bisogni da parte dei SAPP, effettuata nel 2001, lasciano trasparire che è auspicabile sviluppare i servizi d'appoggio e aumentare l'offerta in quest'ambito. Tutte le prestazioni dovrebbero essere sviluppate, ma soprattutto le **attività di natura sociale** (come le prestazioni di socializzazione, i trasporti per la vita sociale e i centri diurni). Esse risultano un po' trascurate a favore di altre prestazioni molto sviluppate, come quelle relative alle terapie e ai pasti a domicilio. In riferimento a quanto esposto sul sentimento di solitudine degli anziani, trovo ancor più necessaria una maggiore diffusione delle attività a favore della socializzazione. Per quanto non sia il fattore dominante, può sicuramente influenzare positivamente il sentimento di solitudine di molti anziani. Inoltre, un altro aspetto da migliorare riguarda i **servizi di trasposto** per gli anziani. Esistono diversi enti previsti per il trasporto, ma tutti prevedono diverse limitazioni e gli anziani che non sottostanno a certi criteri non sono coperti. Per esempio il taxi della solidarietà offre trasporto a un basso costo ma solo a coloro in possesso di PC, oppure il servizio Rete Due Uno di Pro Infirmis solo agli anziani che si spostano in sedia a rotelle. Per molti altri, che non sono in grado di utilizzare i mezzi pubblici, e non hanno neanche abbastanza soldi per chiamare un taxi, può diventare un problema. Inoltre, in generale, c'è anche un **insufficienza delle strutture intermedie**: quali i centri diurni e quelli notturni, gli appartamenti protetti e i posti d'accoglienza temporanea negli ospedali e nelle case per anziani. Queste strutture sono dei veri e propri partner del mantenimento a domicilio e un loro maggiore sviluppo aiuterebbe le persone che decidono di rimanere a casa, alleggerendo i familiari e la rete informale. Bisogna dire però che in Ticino c'è una carenza di appartamenti protetti: ne esistono solamente due. Anche i posti per soggiorni temporanei sono limitati in Ticino e troppo spesso pieni. Infatti, nelle case per anziani o negli ospedali spesso è previsto uno spazio per soggiorni temporanei, in molti casi però viene occupato dai degenti stessi per una questione di carenza di posti.

Il rapporto del 2001 conclude che "I servizi d'appoggio, favorendo il mantenimento a domicilio, permettono di evitare delle istituzionalizzazioni spesso dolorose dal punto di vista umano e inducono anche importanti economie in termini di soldi: investire in questo settore permette dunque in fin dei conti di risparmiare delle risorse."⁹⁸ Inoltre, a mio avviso questo tipo di discorso vale sia per i SAPP, sia per i SADC che per le strutture semi-stazionarie, al fine di permettere al maggior numero di anziani di avere la scelta di rimanere a casa propria o trasferirsi in casa per anziani.

5.2.9 Costi delle prestazioni dei SAPP troppo elevati

Il 26% degli utenti individua nelle tariffe dei SAPP una fonte di insoddisfazione. Esistono dei servizi che necessitano un approfondimento a riguardo, quali i **centri diurni terapeutici, il servizio di pédicure medica e il servizio pasti a domicilio** in presenza di menù personalizzati. Gli utenti hanno attribuito a questi tre servizi un grado di ostacolo finanziario mediamente elevato. Per quanto l'importo giornaliero dei centri diurni terapeutici venga rimborsato quasi interamente dalle PC, e i servizi di pédicure medica e quello dei pasti a domicilio si basino su tabelle proporzionali al reddito e alla sostanza dell'utente, due persone e mezzo su dieci reputano queste prestazioni ancora troppo care. Ciò riflette la situazione economica del 40% della popolazione beneficiaria dei servizi, le cui entrate mensili sono al di sotto dei 2'000.- franchi.⁹⁹ A Pro Senectute mi occupavo della consulenza sociale che è una delle rare prestazioni

⁹⁸ WERNLI, B. (2001). Ob. cit. P. 42.

⁹⁹ CRIVELLI, R. ; GREPPI, S. (2005). Ob. Cit. P. 15.

gratuite dei SAPP, e gli utenti che seguivo non si lamentavano riguardo alle tariffe troppo elevate degli altri servizi. Posso però immaginare che, vista la difficile situazione finanziaria nella quale si trovano la maggior parte degli utenti, ogni piccola spesa risulta onerosa. Secondo me il problema si trova nelle rendite troppo basse delle assicurazioni sociali come l'AVS, l'AI e le PC, e non nelle tariffe elevate dei SAPP.

5.2.10 Presenza di diversità locali

Nel rapporto finale, si constata il bisogno di **tener conto delle differenze territoriali** per i SACD e per i SAPP, in termini di risorse necessarie a una realtà rispetto a un'altra. Alcune zone del Cantone devono poter disporre di più personale dei SACD, per esempio a causa del tempo utilizzato per i lunghi tragitti per recarsi a domicilio. Mentre, come abbiamo visto per quanto riguarda l'utenza dei SACD, alcune zone del Ticino hanno molti meno utenti anziani di altre (come è il caso del locarnese e del luganese). Anche il tipo e la quantità dell'utenza sono fattori specifici delle varie zone che devono essere tenuti in conto, per offrire i mezzi necessari per mettere in atto un intervento di qualità. Anche i direttori dei SACD chiedono più ascolto e una maggior flessibilità da parte del Cantone, nel senso di essere più sensibile alle diverse caratteristiche territoriali.

5.2.11 Carenza di risorse umane

All'interno dei SACD c'è una mancanza di risorse umane, soprattutto della professione di **aiuto familiare**. La carenza di questo mestiere in particolare, si è vista nel capitolo precedente, quando ho spiegato le prestazioni offerte dalla fondazione Pro Alvad. Ricordo che l'associazione Pro Alvad offre, tra le altre cose, sussidi per la formazione di aiuto familiare, in quanto è poco frequentata. Probabilmente esiste un problema di fondo legato al riconoscimento del loro statuto e alla valutazione corretta del costo delle loro prestazioni. Nel rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, del settembre 2004, risulta che in Ticino c'è una presenza minore dei servizi di aiuto domiciliare rispetto agli altri cantoni. Anche i costi globali e quelli del personale risultano inferiori alla media nazionale. È probabile che il sovraccarico di lavoro, legato alla carenza di operatori, porta alla mancanza di tempo per la formazione e i salari bassi non invogliano a intraprendere questa professione. Anche l'immagine sociale del ruolo assunto dalle aiuto familiari è discriminatoria, in quanto ancora troppo spesso paragonata a quello delle casalinghe. Inoltre, nel rapporto finale si constata la situazione di privilegio degli operatori SACD (aiuto familiare, infermiere,...) e SAPP (personale del servizio pasti, autisti dei servizi di trasporto,...) in qualità di osservatori della realtà sociale e potrebbero fungere da antenna, per segnalare, identificare e prevenire l'insorgere di problemi sociali e sanitari. Essi però non hanno il tempo da dedicare a questo in quanto non è previsto nei loro compiti. Un maggior riconoscimento di questo aspetto fungerebbe da azione preventiva.

Nei diversi libri è emerso che, oltre che nei servizi a domicilio, anche nelle case per anziani c'è una rarefazione del personale. Principalmente per il fatto che ci sono sempre più persone anziane dipendenti sul piano fisico e psichico, e quindi il lavoro di cura è sempre più duro e manca l'attrattività del lavoro. Ci sono studi che affermano un alto tasso di malattie psico-fisiche all'interno del personale delle case medicalizzate, proprio per il grande stress al quale è sottoposto. Inoltre, gli orari irregolari, come pure il basso stipendio e il debole riconoscimento, accentuano la bassa attrattività. Diversi istituti sono così obbligati a assumere del personale non qualificato, che non è preparato a far fronte a certe situazioni particolarmente difficili. La conseguenza è un'immagine negativa della casa per anziani e una scontentezza dell'utenza. Riassumendo, i fattori che portano a una carenza del personale di aiuto familiare sono: una bassa attrattività del mestiere, un'immagine sociale negativa, poco riconoscimento del lavoro svolto, un salario basso, situazioni di stress frequente e un sovraccarico di lavoro. Un maggior finanziamento da parte del Cantone e del Comune per aumentare il personale degli aiuti familiari non risolverebbe il problema interamente. Altri accorgimenti (quali l'aumento del salario) dovrebbero essere fatti per rendere il mestiere più attrattivo e invogliare i giovani a sceglierlo.

5.2.12 Situazione di complessità

Nella valutazione finale risulta esserci una situazione di complessità a due livelli. Il primo riguarda il **quadro istituzionale**. All'interno delle disposizioni della nuova legge si fa fatica ad individuare con chiarezza il ruolo dei diversi attori: Cantone, Comuni e servizi pubblici e privati. Come rilevato in precedenza, i Comuni non intervengono sufficientemente, forse proprio per una mancanza di chiarezza. Il secondo livello concerne le **prestazioni** e l'elevato numero di **attori che interagiscono** fra loro erogando le prestazioni. I servizi, offrono contemporaneamente più prestazioni, parte delle quali vengono proposte anche da altri servizi. Ne risulta una fitta rete di interventi, poco chiara e conosciuta, e ciò può creare confusione all'utente e all'operatore stesso. Questa caratteristica emerge anche dal primo esempio che ho esposto riguardo ai casi che ho seguito a Pro Senectute. Si trattava della signora anziana ipovedente che beneficiava dell'intervento dell'infermiera due volte al giorno, di un aiuto familiare privata, del servizio pasti e dell'AS. Posso immaginare che le diverse associazioni che intervengono creano confusione nell'anziano, che non sa più chi contattare se ha bisogno di spiegazioni riguardo a un servizio specifico. Anche perché spesso sono persone diverse che si intercalano all'interno dello stesso servizio. Penso che un quadro istituzionale più preciso in merito ai compiti ed ai ruoli specifici dei diversi attori potrebbe aiutare. Allo stesso modo, una pianificazione che consideri anche i servizi privati chiarirebbe alcuni aspetti.

5.2.13 Maggior sostegno ai familiari

Come esposto già in altre occasioni, l'aiuto della famiglia e delle persone cosiddette "di fiducia" è essenziale e decisivo per garantire il mantenimento a domicilio. Si osserva che il principio di sussidiarietà con i parenti, aspetto cruciale per il funzionamento del mantenimento a domicilio, funziona: la presenza dei professionisti non si traduce in un disimpegno o una diminuzione del coinvolgimento dei familiari. L'impegno della rete informale è evidente. L'analisi del rapporto finale del 2005 di Greppi e Crivelli, dimostra che il 30% delle persone di fiducia dedica ogni settimana fino a 4 ore di sostegno al loro parente. Il 20% gliene dedica da 4 a 8, il 13% da 8 a 12, il 16% da 12 a 24, e il 22% più di 24 ore alla settimana. Tuttavia, i risultati mettono in luce anche l'esistenza di una certa fragilità delle persone di fiducia. Molte di esse esprimono infatti un sentimento di saturazione, ammettendo di essere arrivate al massimo dei loro sforzi. Come detto nei capitoli precedenti, sono soprattutto le donne della generazione sandwich quelle più toccate da questa difficile situazione. Josette Coenen-Huther (sociologa e insegnante all'Università di Ginevra) afferma che i responsabili della politica del mantenimento a domicilio dovrebbero prendere delle misure a favore delle donne che aiutano, per evitare che lavorino troppo o che debbano lasciare l'attività lucrativa per occuparsi gratuitamente dei genitori.¹⁰⁰ Sarà quindi importante valutare l'opportunità di un intervento di **maggior sostegno a favore delle persone della rete familiare**, risorse essenziali per garantire la continuità dell'intervento a domicilio. Infatti, se la fragilità si dovesse tramutare in impossibilità di poter fornire aiuto, verrebbero a mancare i presupposti per un mantenimento a domicilio adeguato.

Dalle diverse letture che ho fatto risulta che gli aiuti dei familiari sono ancora poco riconosciuti a livello federale e cantonale. Molte famiglie sono ancora troppo caricate, sia sul piano delle prestazioni finanziarie che su quello degli aiuti nelle mansioni quotidiane. Hagmann, nel libro del 1997 "Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation" afferma che bisogna aiutare coloro che aiutano, e dice di fare attenzione a domandare troppo alle famiglie perché si rischia di scoraggiarle. È vero che il sussidio cantonale per il mantenimento a domicilio, previsto dagli aiuti diretti, è un sussidio che spesso va a favore del familiare che si prende cura dell'anziano, ma non è sufficiente. Oltre ai riconoscimenti finanziari, esistono delle proposte di formazione specifica per i familiari (sanitaria e sociale), come pure dei gruppi di auto aiuto, per poter affrontare nel migliore dei modi questo loro compito; sono però poco conosciute e richiedono tempo, ciò che spesso manca a coloro che si occupano di un anziano malato.

¹⁰⁰ FRAGNIERE, J-P.; HAGMANN, H-M. (1997). Ob. cit. P. 159.

5.2.14 Maggior sostegno a livello politico

Nell'intervista ai direttori dei SACD e ai capi équipe, svolta all'interno del Rapporto d'insieme di valutazione della sperimentazione del primo anno e mezzo di attuazione della LACD, sono emersi due aspetti: il **bisogno di ascolto** da parte del Cantone riguardo alle problematiche dei servizi e l'esigenza di un **segnale incisivo** sul piano politico. Da queste constatazioni traspare una sensazione di non essere sufficientemente sostenuti dal Cantone.

Hagmann, nel libro del 1997, dice che manca una vera presa di coscienza del potenziale racchiuso nel mantenimento a domicilio; secondo lui infatti, i politici del nostro paese affermano che l'essenziale è già stato fatto. Manca quindi una vera volontà politica a favore dell'innovazione che permette di mettere in piedi delle nuove formule di aiuto. Spesso però è più facile ripiegare sui servizi già esistenti, senza domandarsi se sono ancora idonei. Con l'evoluzione velocissima della società e degli stili di vita, i bisogni delle persone cambiano con maggiore frequenza rispetto al passato, e i servizi presenti sul territorio dovrebbero tenerne conto. A suo avviso, una maggior presa di coscienza del potenziale racchiuso nel mantenimento a domicilio, permetterebbe di gestire le risorse in altro modo, e migliorare così la situazione.

5.2.15 Conclusione

Nei punti precedenti sono emersi diversi aspetti del mantenimento a domicilio ticinese che possono essere migliorati. Li dividerei in due gruppi.

Ci sono **difficoltà** di vario tipo che ostacolano l'**attuazione di un vero lavoro di rete** e impediscono la formazione di una presa a carico globale. Lo dimostrano i problemi di comunicazione e di passaggio delle informazioni, sia dagli enti pubblici agli utenti e potenziali utenti, sia fra i servizi stessi. Il coordinamento fra i servizi della LACD, le strutture stazionarie e semi stazionarie, come pure quello con i servizi privati, è un altro grande aspetto difficoltoso che impedisce una concezione comune di presa a carico. Il delicato ruolo del privato, vissuto come un avversario da parte dei servizi cantonali e non come un partner, è un ulteriore ostacolo alla collaborazione. Anche il Comune, importante attore del mantenimento a domicilio, risulta "emarginato" e poco attivo nella trasmissione di informazioni e quindi nel lavoro di rete. Questo scenario provoca a molti professionisti un sentimento di confusione e di complessità. Se da una parte questa complessità è una caratteristica del mantenimento a domicilio ed è inevitabile che sia presente, nella situazione ticinese è particolarmente problematica in quanto non permette di avere una politica d'insieme. Ma come è possibile che il Ticino sia ancora così lontano da una presa a carico globale, se è uno dei principi più importanti previsti dalla LACD? È veramente così difficile mettere in atto un lavoro di rete coordinato, oppure ci sono altre ragioni che ne impediscono l'attuazione? Nel 1997 è forse passato il controprogetto LACD in quanto meno caro dell'altra proposta di legge? Si tratta quindi di una ragione di risparmi?

Un secondo gruppo di aspetti problematici, a mio avviso verrebbe risolto da un **finanziamento maggiore dei SACD e dei SAPP**. Faccio riferimento all'insufficienza della copertura serale e festiva dei SACD, alla mancanza delle risorse umane (in special modo della professione di aiuto familiare), allo scarso sviluppo di alcuni servizi d'appoggio e un accompagnamento non globale (soprattutto per i malati in fase avanzata). A mio avviso i soldi investiti nei servizi attivi nel mantenimento a domicilio ticinese non sono sufficienti a mettere in atto un intervento di qualità. Un sostanziale miglioramento è possibile, ma è necessario finanziare maggiormente il mantenimento a domicilio. Una piccola valutazione finanziaria dei servizi LACD ci fa capire quanto sia più conveniente investire nel mantenimento a domicilio, rispetto alle strutture stazionarie. Nel 2001 il costo complessivo, comprendente i SACD e i servizi d'appoggio, per caso e a carico dell'ente pubblico, è di Fr. 3'000, mentre per l'utente di Fr. 7'000. Per quanto riguarda gli aiuti diretti il costo ammonta a Fr. 15'000 per caso all'anno. Supponendo che un utente faccia capo a tutti e tre i servizi (ciò che è raro, visto il numero limitato di persone che fanno richiesta degli aiuti diretti), il costo complessivo annuo per persona a carico dell'ente pubblico sarebbe di Fr. 18'000. In casa per anziani il costo giornaliero è di Fr. 217.00 (media della retta delle case per anziani riconosciute dal Cantone), per un totale di Fr. 80'000 all'anno, di cui a carico dell'ente pubblico è il 60%, cioè Fr. 48'000. In altri termini, come ha ricordato Carlo Denti durante il Simposio del 4 ottobre 2006, il Cantone spende 50 milioni di franchi annui per il finanziamento delle cure a domicilio e 300 milioni per le case per anziani. Nel lavoro

della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio del 2004, si conclude che "Al di là delle ragioni umane e della indubbia migliore qualità di vita del mantenimento a domicilio della persona anziana o invalida (...) appare evidente l'interesse finanziario per l'ente pubblico di evitare per quanto possibile il trasferimento in istituto".¹⁰¹Ma se le cifre parlano chiaro, perché il Cantone e la Confederazione stanno andando nella direzione più cara? Una possibile risposta è la seguente. Per i politici una struttura stazionaria, come può essere una casa di cura, è qualcosa di fisico, concreto, chiaro. È più facile da quantificare e da dimostrare, i calcoli e i bilanci sono immediati (entrate, dimissioni, inizio, fine) e l'impressione è quella di qualcosa che funziona bene, di trasparente. Invece nei servizi attivi a favore del mantenimento a domicilio la situazione è diversa, come esposto ampiamente in precedenza. C'è una sensazione di confusione, per l'utente ma anche per altre persone esterne (medici, politici). Mancando questo senso di appartenenza e questa chiarezza, si privilegiano le strutture dove tutto è quantificabile e sotto controllo. È una possibile spiegazione, ma a mio avviso la ragione principale è un'altra: il Cantone e la Confederazione non hanno la volontà di sostenere e favorire il mantenimento a domicilio. Questa è una conseguenza di una **mancata presa di coscienza a livello politico dell'importanza** finanziaria, sociale ed etica **del mantenimento a domicilio**. Io penso che solamente cambiando orientamento politico sia possibile mettere in atto un radicale miglioramento del mantenimento a domicilio.

5.3 Prospettive per il futuro

Alla fine di un'intervista ho posto la seguente domanda: "In che direzione sta andando la politica ticinese nel mantenimento a domicilio?". La risposta è stata che è difficile prevederlo, perché dipende da molti fattori variabili di tipo socio-economico e politico. Questa affermazione è vera: non è possibile conoscere le decisioni politiche che verranno prese nei prossimi anni e quindi la sorte dei servizi e delle prestazioni a favore del mantenimento a domicilio. Ciononostante, io penso che analizzando la situazione presente, con la coscienza di quanto successo nel passato recente, sia possibile intravedere le prospettive per il futuro. Quanto ho esposto in questo capitolo racchiude già le due grandi tendenze che stanno prendendo sempre più piede.

La prima constatazione è che gli enti pubblici (Cantone, Confederazione e Comuni) non intendono investire più molti soldi nel settore sociale. I principi del liberismo stanno prendendo il sopravvento anche nella gestione degli enti pubblici, che si basano sempre più su criteri aziendali, delegando un numero sempre maggiore di servizi al privato. Una prima importante tendenza politica è pertanto quella caratterizzata da una serie di **risparmi nel sociale**. Se negli anni settanta c'è stato un grande investimento di soldi e di risorse umane a favore dello sviluppo del mantenimento a domicilio, con l'entrata in vigore della LACD nel 2000 il canton Ticino ha voluto mettere un freno. Oltre alle limitazioni finanziarie erogate ai SAPP ed ai SACD, di cui ho parlato in precedenza, è presente un'ulteriore misura di risparmio. Mi riferisco al finanziamento da parte degli enti pubblici per il tramite del "contratto di prestazione", in quanto è stato pensato in una logica di contenimento dei costi. Il contratto di prestazione sancisce una regola di finanziamento basata su dei budget annui. Il Comune, il Cantone e la Confederazione erogano una somma annua ai servizi cantonali, che secondo i loro calcoli deve bastare. Prima invece i servizi erano più liberi e spendevano quanto era necessario, e alla fine dell'anno il deficit era coperto dal Comune e dal Cantone. Dalla data dell'entrata in vigore della LACD, altre misure restrittive sono state prese. Per esempio una maggiore severità dei criteri per poter avere diritto agli aiuti diretti (che sono le prestazioni più care per il Cantone).

È quindi prevedibile che in futuro si continui a **contenere** e probabilmente anche a restringere i **finanziamenti a favore del mantenimento a domicilio**, soprattutto per quanto concerne le prestazioni e le professioni sociali, e a gestirle secondo criteri aziendali.

Una seconda tendenza, meno eclatante ma altrettanto importante è quella di privilegiare l'aspetto sanitario a svantaggio di quello sociale. Quest'orientamento è percettibile anche nella LACD: l'unità operativa dei SACD è formata da un'équipe strettamente sanitaria. Un altro esempio è l'indirizzo che ha preso recentemente la formazione di aiuto domiciliare. Dalla professione di "aiuto familiare" si è passati a quella attuale di "operatore sociosanitario". La **"sanitarizzazione" dell'intervento a domicilio** è la

¹⁰¹AUTORI DIVERSI (2004). Ob. cit. P. 4.

conseguenza di una politica di contenimento dei costi. Il sanitario rende di più, perché l'intervento delle infermiere o di attività infermieristiche è misurabile, non necessita di molti momenti di scambio e di lavoro di rete ed è in parte riconosciuto dalle Casse Malati. D'altra parte c'è anche la necessità di avere sempre più interventi di tipo infermieristico a domicilio, in quanto le dimissioni precoci dagli ospedali e le situazioni di mantenimento a domicilio forzato sono sempre più presenti. Un altro fattore che incentiva questa tendenza è il processo di "medicalizzazione" di cui ho parlato nel 2° capitolo. La nostra società dà sempre più importanza al medico, all'infermiera e alle medicine. A confronto, gli interventi a carattere sociale appaiono meno efficaci, perché i benefici sono meno misurabili e immediati di quelli farmacologici.

Risparmi nel sociale, sanitarizzazione e privatizzazione crescente sono le tendenze future della politica ticinese. Non è certamente una prospettiva rosea per il mantenimento a domicilio, così come per le professioni sociali, come quella di assistente sociale. Io penso che questo scenario poco positivo deve essere una ragione in più per lottare a favore di una politica che prenda in considerazione i bisogni delle persone anziane presenti e futuri, permettendo loro di scegliere se rimanere a casa oppure no.

6 Conclusioni generali

La politica svizzera e ticinese nel mantenimento a domicilio, ha attraversato tre fasi durante gli ultimi 40 anni.

Attorno agli **anni settanta** le autorità politiche sono state rese attente delle cattive condizioni delle case per anziani e delle cure a domicilio. Negli stessi anni le ricerche sull'invecchiamento demografico davano i primi importanti risultati, alimentando il dibattito sulla necessità di sviluppare e migliorare le strutture stazionarie, semi-stazionarie e i servizi a domicilio. Anche le ideologie sessantottine hanno incrementato questo fermento sociale, sostenendo l'importanza di una presa a carico globale della persona a domicilio nel rispetto dei suoi valori. È quindi a partire dagli anni settanta che la Confederazione e i cantoni hanno deciso di investire molti soldi nell'ambito socio-sanitario a domicilio e in casa per anziani. Tra i diversi finanziamenti, uno importante riguarda lo sviluppo di scuole che formavano professionisti in ambito sociale. Per esempio in Ticino nel 1971 c'è stato il primo corso riconosciuto per la professione di aiuto familiare della durata di quattro mesi, nel 1972 è stato aumentato a sei, nel 1978 era di un anno, e nel 1981 la scuola ha iniziato ad essere di due anni a tempo pieno.

Questo importante sviluppo sociale si è però attenuato negli **anni novanta**, quando la Svizzera è stata toccata da un'importante crisi economica. Il tasso di disoccupazione ha subito un incremento vertiginoso e si è incominciato a parlare di povertà in termini nuovi. Il processo di medicalizzazione della società aveva già preso piede, mettendo ancor più in crisi le finanze. Gli enti pubblici hanno pertanto deciso di contenere l'erogazione di sussidi in diversi ambiti, tra cui anche i servizi e le prestazioni a favore del mantenimento a domicilio.

Oggi e nel futuro prossimo il contenimento dei costi e i risparmi nel sociale sono sempre più evidenti, al punto da destabilizzare e fare regredire alcuni degli sviluppi messi in atto nel secolo scorso. Nel contempo, la sanitarizzazione delle professioni e la medicalizzazione della società sono fenomeni in crescita, che portano ad un'esplosione dei costi della salute. Questi fenomeni sono una conseguenza della società occidentale basata sul materialismo e sul liberismo, che portano a una visione delle cure fortemente incentrata sul lato fisico. I risparmi ad oltranza nel sociale portano ad una diminuzione del personale e la conseguenza è che il personale curante deve occuparsi di un numero sempre maggiore di utenti, limitando il suo intervento al benessere fisico dell'utente. Il malato e l'anziano diventano degli oggetti di cura e non vengono considerati come soggetti, tralasciando quindi tutto l'aspetto emotivo, spirituale e sociale, che è essenziale per il benessere e la guarigione della persona.

A mio avviso lo scenario esposto, che ha caratterizzato questi ultimi decenni, racchiude una grande **contraddizione**. L'invecchiamento demografico è ormai una certezza: l'aumento delle persone anziane è già presente e continuerà almeno fino al 2025. Inoltre, il Ticino è uno dei cantoni dove la percentuale di persone della Terza e Quarta età è più alta. Parallelamente, siamo di fronte a un sistema socio-sanitario troppo caro e insostenibile per il futuro. Da parte dell'ente pubblico c'è quindi una visibile necessità di risparmi. È però evidente che di fronte all'invecchiamento della popolazione presente e futuro, c'è e ci sarà sempre più bisogno di prendere a carico molte persone anziane. L'incoerenza delle decisioni politiche sta nel fatto che non finanziando i servizi e le prestazioni a favore del mantenimento a domicilio, il Cantone e la Confederazione saranno obbligati a finanziare le case per anziani e gli istituti, ciò che risulta nettamente più caro. Se lo stato vuole risparmiare, perché sta andando nella direzione più cara? Forse perché coloro che prendono queste decisioni hanno una visione "miope", dove gli investimenti a lungo termine non vengono presi in considerazione, ma unicamente ciò che porta dei benefici immediati e contabili.

Io penso che favorire il mantenimento a domicilio sia una soluzione sostenibile e che porti molti vantaggi sia all'ente pubblico che alla persona anziana. Pertanto, in conclusione di questo lavoro espongo tre valide ragioni a sostegno di una politica a favore del mantenimento a domicilio, evidenziandone l'importanza a livello economico, sociale, umano e etico.

6.1 L'importanza del mantenimento a domicilio a livello economico

Nel rapporto della Commissione Federale del 1995 risulta che diversi studi degli anni novanta hanno dimostrato che il mantenimento a domicilio è **più economico** in maniera globale. In questi studi si è tenuto conto del costo totale delle prestazioni mediche e sociali, di quello legato all'alimentazione, all'affitto, all'abbigliamento, alle cure e ai divertimenti. Inoltre, in molti casi le cure e l'assistenza a domicilio impediscono o rinviando l'entrata in casa per anziani (il 25-30% dei casi secondo uno studio sul canton Vaud) e parallelamente si è potuto constatare che molte istituzionalizzazioni si sarebbero potute evitare se la persona avesse beneficiato delle cure a domicilio (addirittura il 40% dei casi). Anche Hagmann afferma, nel libro del 1997, che secondo gli studi scientifici disponibili il mantenimento a domicilio è decisamente molto più economico della degenza in casa per anziani. Ecco le due principali ragioni, elencate dalla Commissione Federale, per le quali **costa meno vivere a domicilio che in casa per anziani**. La prima è sicuramente la cerchia familiare che da un aiuto gratuito, ciò che non è il caso nelle istituzioni. Patrizia Pesenti afferma quanto segue: "Alla domanda "quanto costa restare a casa?" possiamo rispondere: costerebbe troppo se non ci fosse la solidarietà familiare".¹⁰² Un'altra ragione è che in casa le cure non sono a portata di mano e sono quindi fornite in minor numero. Il giornalista Heiner Hug afferma nel suo libro del 1994 che i ricoveri sono più cari perché ci si basa sul principio che gli utenti hanno sempre bisogno d'aiuto, e quindi si spendono molti soldi a pagare i tempi morti nei quali i dipendenti socio-sanitari aspettano d'intervenire. Conclude che invece si chiamano i servizi ambulatoriali solo se c'è la necessità.

Soprattutto in vista del cambiamento demografico, caratterizzato dall'aumento del numero di persone anziane e molto anziane, la soluzione del mantenimento a domicilio permetterebbe di risparmiare in ulteriori costruzioni di case per anziani e posti letto. Carla Invernizzi, nel rapporto commissionato dal DSS sul costo del mantenimento a domicilio ticinese, afferma: "Il grande coinvolgimento fisico e psichico richiesto ai familiari che assistono persone anziane e invalide dipendenti è un dato di fatto inconfutabile, che da solo dovrebbe bastare a contestare l'insinuazione che si possano trarre vantaggi economici mantenendo a domicilio, piuttosto che ricoverare in istituto, una persona dipendente."¹⁰³

6.2 L'importanza del mantenimento a domicilio a livello sociale

Come conclude la Commissione Federale, citando Hagmann, "Una valutazione corretta [del mantenimento a domicilio] richiede che si considerino non soltanto i costi monetari (...), ma anche i benefici non monetari che ne derivano".¹⁰⁴ Hagmann afferma che il mantenimento a domicilio ha l'immenso vantaggio di favorire l'integrazione sociale e rafforzare le solidarietà intergenerazionali. Basti pensare alle diverse persone che un anziano a domicilio può incontrare (figlia, nipote, aiuto familiare, fisioterapista, signora del servizio pasti, volontario, vicino di casa,...) e alla ricchezza di questi contatti sociali. Inoltre, come lo dimostra Cummings nel suo libro "Cost effectiveness of home care" citato in "Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation",¹⁰⁵ la percezione che la persona ha della sua qualità di vita è decisamente maggiore a casa propria. Elenco qui di seguito tre punti che evidenziano i benefici di tipo sociale che la persona anziana ha vivendo a casa.

Un primo aspetto è che il mantenimento a domicilio **mette la persona anziana al centro** della rete d'aiuto. La persona è al centro dell'organizzazione e dell'azione che è messa in atto per lei. Heiner Hug sostiene che il principale fattore che mantiene le persone a casa propria, a costo di fare grandi sforzi e sacrifici, è il desiderio di essere autonomi. Dice che chi vive a casa è responsabile di se stesso e sia il suo corpo che il suo spirito sono stimolati. Il professore Jean-Pierre Fragnière afferma però che bisogna saper pagare il prezzo dell'autonomia. Non la si raggiunge una volta per tutte, e mantenerla durante tutta la vita è un grande impegno che vale la pena affrontare. Inoltre, una persona a domicilio ha più potere decisionale. La sua posizione è più forte per poter discutere e negoziare; i professionisti ascoltano i suoi bisogni e nel limite del possibile vanno nella direzione scelta dalla persona. Anche a livello della salute è

¹⁰² INVERNIZZI, C. ; GIANOCCA, C. (1999), Ob. cit. P. 6.

¹⁰³ Ibidem. P. 34.

¹⁰⁴ LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995). Ob. cit. P. 466.

¹⁰⁵ FRAGNIERE, J-P.; HAGMANN, H-M. (1997). Ob. cit. P. 36.

lei al centro, responsabile del suo stato di salute e quindi molto più stimolata a mantenersi in forma e a reagire di fronte all'insorgere di problemi.

Un altro aspetto è che la vita a domicilio **permette di creare dei legami**, di mantenere l'integrazione nella comunità e lo scambio intergenerazionale. Favorisce quindi l'inserimento sociale di molti anziani.

Un mantenimento a domicilio articolato costruisce attorno alla persona in questione una rete di contatti e di conoscenze che spesso fungono da **prevenzione alla solitudine e all'isolamento**. Per esempio, per una persona di 80 anni che ha appena perso il marito con il quale viveva, la presenza dei vicini di casa, quella quotidiana dell'aiuto familiare e quella mensile dell'AS, possono dare un grande conforto e aiutare, anche in modo indiretto, a combattere il sentimento di solitudine.

6.3 L'importanza del mantenimento a domicilio a livello umano e etico

Quella del mantenimento a domicilio è una soluzione "**più umana**" rispetto alle altre. La qualità di vita è definita dalle persone anziane stesse, nettamente migliore a domicilio che in casa per anziani. Statistiche mostrano infatti che la stragrande maggioranza delle persone anziane desidera passare tutta la vecchiaia a casa. È una politica della salute vicina alla gente, porta i valori di prossimità, di scambio e di responsabilità. Vivere a domicilio garantisce anche la propria intimità, permette di mantenere il proprio ritmo quotidiano e le proprie abitudini. Il desiderio di vivere la parte della vita che c'è davanti a noi nel miglior modo possibile è universale. Sul piano etico, il **rispetto delle scelte personali** è primordiale e il mantenimento a domicilio lo sostiene. Per il futuro è importante capire chi saranno i pensionati, quali bisogni e quali valori avranno, di modo da orientare gli aiuti nella loro direzione. Per esempio il voler conservare la propria autonomia il più a lungo possibile è un valore importante per la generazione dei futuri pensionati e dovrebbe essere preso in considerazione nella politica della vecchiaia dei prossimi anni.

In conclusione, cito una celebre frase che racchiude tutto quello che una politica a favore del mantenimento a domicilio può offrire:

"Piuttosto che aggiungere anni alla vita, bisogna dare vita agli anni".¹⁰⁶

¹⁰⁶ FRAGNIERE, J-P.; HAGMANN, H-M. (1997). Ob. cit. P. 183.

Bibliografia

- **Libri**

AUTORI DIVERSI (2006), *Penser le social. Hommage à Jean-Pierre Fragnière*. Lausanne : Les Cahiers de l'éesp.

CARDINET, A.; WUST, J-M.; CHÂTELAIN, J-P. (1999), *Quels projets pour la vieillesse? Commentaire du rapport fédéral "Vieillir en Suisse"*. Lausanne: Réalités sociales.

CARLEVARO, T. (1999), *Ottant'anni ed oltre: uno studio epidemiologico medico e assistenziale riguardante il Cantone Ticino: sintesi del rapporto di ricerca*. Lugano: Pro Senectute Ticino e Moesano.

CAVALLI, S.; FRAGNIERE, J-P. (2003), *L'avenir. Hommage à C. Lalive*. Lausanne: Réalités sociales.

CAVALLI, S. (2002), *Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison*. Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P.; CRETZAZ, Y. (2005), *Le Furet*. Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P. (2004), *Les relations entre les générations*. Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P.(2003), *Politiques sociales pour le XXIe siècle*. Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P.; HÖPFLINGER, F.; HUGENTOBLER, V. (2002), *La question des générations. Dimensions, enjeux et débats*. Sion: INAG.

FRAGNIERE, J-P.(2000), *Comment faire un mémoire?* Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P.; DOMENIGHETTI, G.; MARAZZI, C.; BRODER, L. (1998), *Fare politica sociale oggi*. Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P.; HAGMANN, H-M. (1997), *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*. Lausanne: Réalités sociales.

FRAGNIERE, J-P.; PUENZIEUX, D.; BADEN, P.; MEYER, S. (1996), *Retraités en action*. Lausanne: Réalités sociales.

GAULLIER, X. (1988), *La deuxième carrière*. Evreux : Seuil.

HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1999), *Alter Anziani Viellesse. Principali risultati e prospettive del Programma Nazionale di Ricerca PN32*. Berna: Fondo nazionale della ricerca scientifica.

HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1996), *Viellissement différentiel: hommes et femmes*. Zurich: Seismo.

HÖPFLINGER, F.; STUCKELBERGER, A. (1992), *Viellissement et recherche sur la vieillesse en Suisse*. Lausanne: Réalités sociales.

HUG, H. (1994), *Les vieux débarquent*. Lausanne: Réalités sociales.

- LALIVE D'EPINAY, C. et al., (2000), *Vieillesse au fil du temps*. Lausanne: Réalités sociales.
- LALIVE D'EPINAY, C. ; BRUNNER, M. ; ALBANO, G. (1998), *Atlas suisse de la population âgée*. Lausanne: Réalités sociales.
- LALIVE D'EPINAY, C. (1996), *Entre retraite et vieillesse*. Lausanne: Réalités sociales.
- LALIVE D'EPINAY, C. (Presidente) (1995), *Anziani in Svizzera. Bilancio e prospettive*. Rapporto della Commissione Federale. Berna: UFSM.
- LALIVE D'EPINAY, C. (1991), *Vieillir ou la vie à inventer*. Paris: L'Harmattan.
- LALIVE D'EPINAY, C (e al). (1984), *Vieillesse*. Lavaux : Georgi.
- MORETTI-VARILE, T. (1996), *L'implication des personnes âgées dans la recherche*. Lausanne: Réalités sociales.
- MORETTI-VARILE, T. (1996), *Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove*. Giubiasco: ATTE.
- SIMEONE, I. (1988), *Le maintien à domicile: quel avenir?* Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- TADDEI GHEILER, F. (2005), *La lingua degli anziani*. Osservatorio linguistico della Svizzera italiana. Locarno : Armando Dadò.
- TARAMARCAZ, O. (2005), *Le savoir silencieux des générations*. Lausanne: Réalités sociales.
- UFAS (2002), *Società longeva – nuovi orizzonti sociali e culturali*. Madrid: Contributo svizzero ai dibattiti del Secondo congresso mondiale sull'invecchiamento.

- **Pubblicazioni del DSS e della SUPSI**

- AUTORI DIVERSI (2004), *Rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.
- AUTORI DIVERSI (2002), *Rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio. Rapporto complementare*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.
- AUTORI DIVERSI (2001), *Concezione comune di presa a carico - Principi, contenuti, modalità d'applicazione - Linee guida per i SACD*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.
- AUTORI DIVERSI (2001), *Interfaccia Istituto per Anziani – SACD. Principi, contenuti, modalità d'applicazione – Linee guida per la gestione, ammissioni e dimissioni, ricoveri temporanei o definitivi*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.
- AUTORI DIVERSI (2001), *Interfaccia Ospedale - SACD. Principi, contenuti, modalità d'applicazione. Linee guida per la gestione delle dimissioni*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.
- AUTORI DIVERSI (2000), *Sperimentazione - Estensione della fascia oraria per l'intervento serale di fine settimana e festivi - Criteri e tappe operative*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.
- CRIVELLI, R. ; GREPPI, S. (2005), *Rapporto di valutazione dell'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio durante il 1° quadriennio*. Manno: SUPSI/Dipartimento di scienze aziendali e sociali.

CRIVELLI, R. ; LISI, R. (2002), *Rapporto d'insieme di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione + Allegati*. Manno: SUPSI/DLS.

CRIVELLI, R. ; LISI, R. (2002), *Sintesi del rapporto di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione + Allegati*. Manno: SUPSI/DLS.

INVERNIZZI, C. ; GIANOCCA, C. (1999), *Quanto costa restare a casa. Valutazione del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio di anziani e invalidi*. Bellinzona: Ufficio di statistica/SSEAS.

MARIOLINI, N.; WERNLI, B. (2004), *Benessere e salute degli utenti dell'assistenza e cura a domicilio - Valutazione d'impatto della LACD - Seconda parte*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.

MARIOLINI, N. (2001), *Servizi d'appoggio LACD - Prestazioni e mandati. Una prima verifica dell'offerta, della domanda e della copertura dei bisogni*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.

MARIOLINI, N. (2001), *Progetto assistenza e cura a domicilio - Studi sui servizi d'appoggio - Sintesi dei primi risultati*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.

MORGER, P. (2002), *I Centri diurni in Ticino. Studio per la Divisione dell'azione sociale del Dipartimento della sanità e della socialità*. Bellinzona : DOS/DAS/SSEAS.

WERNLI, B. (2001), *Le prestazioni dei servizi d'appoggio nell'ambito della LACD: una prima valutazione della copertura dei bisogni*. Massagno: DOS.

- **Mémoires**

CAPRA, S. (2000), *Le D2, une solution à développer pour les personnes âgées ?* Genève : Ests.

DELLA TORRE, S.(1994), *Anziani in istituto, quali aspettative?* Lausanne: Eésp.

MENGONI, M. (2000), *Proposte per l'introduzione dell'animazione a domicilio per le persone anziane nel canton Ticino sulla base dell'esperienza fatta nel Canton Vaud*. Lausanne: Eésp.

- **Testi**

FELLER, E. (1998), « La construction sociale de la vieillesse (au cours du premier XXe siècle) » *Histoire sociale de l'Europe, industrialisation et société en Europe occidentale*. Paris : Seli Arslan.

PAQUET, G. (1995), « Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort » *Traité des problèmes sociaux*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

- **Articoli di giornale**

AUTORI DIVERSI (2006), "Cooperazione" n.41 *L'alternativa al ricovero*, 10 ottobre 2006, p.13

BANFI, L. (2007), "Corriere del Ticino" *Anziani, nuovo consiglio*, 5 maggio 2007, p.11.

BROGGINI, O. (2006), "Corriere del Ticino" *Alla Carità l'anziano è di casa*, 13 settembre 2006.

- **Simposi e Forum**

“Istituti Sociali Comunali della Città di Lugano” *Invecchiamento, demenze e ricerca*. Lugano: 21 settembre 2006.

“Healthcare Solutions Forum Lugano” *Gli anziani e il sistema socio-sanitario Svizzero*. Lugano: 4 ottobre 2006.

“Organizzazione sociopsichiatrica cantonale” *Torno a casa ! E poi? I problemi dell'inserimento sociale e lavorativo per le persone con difficoltà psichiche e sociali*. Lugano: 20 marzo 2007.

- **Corsi**

CSUPOR, I. (2005), « OASIS » *Liens intergénérationnels: personnes âgées et jeunes dans la cité*. Genève : IES.

FRAGNIERE, J-P. (2003), *Politique sociale en Suisse. Situation et développement*. Lausanne : Eésp.

LIEBERMANN, C. (2005), *Habitat et comportements sociaux*. Lausanne: Eésp.

- **Referenze elettroniche**

Associazione anziani pensionati e invalidi [in rete]. <http://www.aapi.ch/> (pagina consultata il 23 aprile 2007)

Associazione ticinese della terza età [in rete]. <http://www.atte.ch> (pagina consultata il 23 aprile 2007)

Conferenza del volontariato sociale [in rete]. <http://www.volontariato-sociale.ch/>: (pagina consultata il 23 aprile 2007)

Dictionnaire Suisse de politique sociale [in rete]. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=838> (pagina consultata il 12 giugno 2006)

Fragnière Jean-Pierre [in rete]. <http://www.jpfragniere.ch/> (sito consultato regolarmente)

Garzanti linguistica [in rete]. http://www.garzantilinguistica.it/interna_ita.html (pagina consultata il 3 novembre 2006)

Laboratoire de politique sociale [in rete]. <http://www.jpfragniere.ch/dynpages/Vieillesse.cfm> (Pagina consultata il 7 gennaio 2006)

Organizzazione cristiano sociale ticinese [in rete]. <http://www.ocst.com/pagine/anziani.htm> (pagina consultata il 23 aprile 2007)

Prevenzione infortuni per anziani [in rete]. <http://www.lnrg.ch/pipa/> (pagina consultata il 23 aprile 2007)

Pro Senectute Svizzera [in rete]. <http://www.pro-senectute.ch/i/> (pagina consultata il 2 novembre 2006)

Repubblica e Cantone Ticino [in rete]. www.ti.ch (sito consultato regolarmente)

Ufficio federale di statistica [in rete]. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/le_viellissement_en_suisse/blank/structures_par_age.html (pagina consultata il 12 r maggio 2007)

Allegati

Legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD)¹⁰⁷

6.4.5.5

Legge

sull'assistenza e cura a domicilio

(del 16 dicembre 1997)

IL GRAN CONSIGLIO

DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

- vista l'iniziativa popolare generica per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio (iniziativa Spitex) del 28 gennaio 1991,
- visti il messaggio 31 agosto 1994 n. 4287 del Consiglio di Stato e il rapporto 11 novembre 1997 n. 4287 R1 della maggioranza della Commissione speciale in materia sanitaria,
- richiamati la Costituzione cantonale e la legge sull'iniziativa popolare, sul referendum e sulla revoca del Consiglio di Stato del 22 febbraio 1954,

decreta:

TITOLO I

Parte generale

A. Scopo

Art. 1 ¹La presente legge ha lo scopo di:

- a) permettere ad ogni persona domiciliata o dimorante nel Cantone di ricevere cure e assistenza a domicilio;
- b) coordinare le risorse disponibili sul territorio.

²L'offerta di cure e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti.

¹⁰⁷Repubblica e Canton Ticino. Raccolta delle leggi vigenti nel cantn Ticino [in rete] <http://www.ti.ch/CAN/temi/rl/> (pagina consultata il 14 maggio 2007)

B. Beneficiari

Art. 2 ¹La persona singolarmente, o le comunità domestiche per un loro membro, compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio, possono beneficiare dell'assistenza e della cura a domicilio ai sensi di questa legge per malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari.

²Le prestazioni avvengono nel rispetto dei diritti individuali sanciti dagli art. 5 e segg. della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario, del 18 aprile 1989.

C. Definizioni

I. Prestazioni:

1. di assistenza e cura a domicilio

Art. 3 ¹L'assistenza e la cura a domicilio consistono nelle prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenervelo.

²In particolare, sono considerate prestazioni di assistenza e cura a domicilio:

- a) le cure medico-terapeutiche;
- b) le cure di base;
- c) gli aiuti di economia domestica;
- d) la consulenza igienica, sanitaria e sociale;
- e) l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
- f) l'educazione e la prevenzione sanitaria.

2. di supporto all'assistenza e cura a domicilio

Art. 4 Sono considerate prestazioni di supporto dell'assistenza e cura a domicilio (di seguito: prestazioni di supporto) quelle che, pur non essendo eseguite direttamente presso l'abitazione dell'utente, ne favoriscono la permanenza a domicilio.

3. Aiuti diretti

Art. 5 È considerato aiuto diretto il contributo finanziario versato all'utente e destinato all'organizzazione di soluzioni individuali di sostegno o d'abitazione.

II. Fornitori di prestazioni

Art. 6 ¹Sono considerati Servizi di assistenza e cura a domicilio (in seguito: SACD) gli enti che offrono prevalentemente le prestazioni di assistenza e cura a domicilio previste dall'art. 3.

²Sono considerati Servizi d'appoggio gli enti che offrono prevalentemente prestazioni di supporto.

³È considerata volontario ai sensi di questa legge la persona che di propria volontà partecipa, direttamente o per il tramite di un'associazione, all'offerta delle prestazioni previste dagli art. 3 e 4, senza ricavarne alcun profitto.

D. Competenze

I. Cantone

Art. 7¹ ¹Il Gran Consiglio:

- a) discute, ogni 4 anni, i principi generali della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio e li approva oppure li rinvia totalmente o parzialmente al Consiglio di Stato; la presentazione per il voto di emendamenti è esclusa;
- b) in caso di rinvio totale o parziale, il Consiglio di Stato deve modificare la pianificazione degli interventi nel senso indicato dalla discussione parlamentare;
- c) decide sui ricorsi dei Comuni in materia di pianificazione;
- d) concede i sussidi per le spese di investimento per importi superiori ai 500'000 franchi.

²Il Consiglio di Stato, tenuto conto delle specifiche realtà locali:

- a) elabora in collaborazione con i Comuni e gli enti interessati una pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio e la sottopone al Gran Consiglio;
- b) coordina le attività di assistenza e cura a domicilio, comprese quelle erogate da enti costituiti sulla base di altre leggi;
- c) riconosce gli Enti e le prestazioni ai sensi di questa legge e stipula o ratifica le relative convenzioni;
- d) decide, in caso di divergenze tra i Comuni, la forma istituzionale del SACD;
- e) concede i sussidi per le spese di investimento inferiori ai fr. 500'000.--, per le spese d'esercizio e quelle di cui all'art. 39;
- f) concede gli aiuti diretti previsti dagli art. 5 e 40;
- g) può promuovere, subsidiare e partecipare alla gestione di servizi e programmi di assistenza e cura a domicilio sperimentali;
- h) assicura, in collaborazione con gli enti interessati, la formazione del personale necessario e sostiene quella dei volontari;
- i) esegue a intervalli regolari una valutazione dei risultati dell'attività degli enti sussidiati, sia dal profilo sociosanitario che dal profilo economico;
- l) vigila sulla corretta applicazione della presente legge;
- m) esercita qualsiasi altra competenza non espressamente delegata ad altro ente;
- n) presenta al Gran Consiglio, nell'ambito dei rendiconti annuali, un conto dettagliato della spesa "conto spitex".

³Il Consiglio di Stato designa le unità amministrative a lui subordinate, competenti per l'esecuzione e la vigilanza sulla corretta applicazione della presente legge, alle quali può anche delegare propri compiti.

⁴Il compito di coordinamento di cui al cpv. 2 lett. b) può essere delegato ad enti esterni attivi nel settore dell'assistenza e cura a domicilio.

II. Comuni

Art. 8 I Comuni:

- a) partecipano all'elaborazione della pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio al fine di adattarla alla realtà locale;
- b) all'interno del proprio comprensorio garantiscono l'offerta delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio secondo una delle forme istituzionali previste dalla presente legge;
- c) possono definire eventuali progetti specifici o supplementari per il proprio comprensorio, il cui finanziamento avviene in modo distinto;
- d) partecipano alla copertura del fabbisogno finanziario dei SACD e dei servizi d'appoggio nei limiti previsti dalla presente legge.

TITOLO II

Caratteristiche e organizzazione dei servizi

A. Definizione dei comprensori

Art. 9 Il Consiglio di Stato, nell'ambito della pianificazione e in collaborazione con gli enti interessati, per garantire un intervento efficace, efficiente e coordinato, stabilisce i comprensori dei SACD (di seguito comprensori).

B. Requisiti per il riconoscimento dei SACD

I. Forma istituzionale

1. In generale

Art. 10 ¹I SACD possono essere organizzati nella forma:

- dell'associazione ai sensi degli art. 60 e ss. del Codice civile svizzero;
- della convenzione tra un Comune che gestisce direttamente un SACD e altri Comuni;
- del consorzio di Comuni.

²Per ogni comprensorio viene riconosciuto un solo SACD, che deve assumersi il servizio per l'intera zona.

2. Requisiti particolari

a) Associazioni

Art. 11 ¹Per essere riconosciute ai sensi della presente legge, le associazioni gerenti un SACD devono soddisfare i seguenti requisiti:

- a) non avere scopo di lucro;
- b) partecipare al coordinamento delle attività di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio;
- c) assicurare ai Comuni un'adeguata rappresentanza in seno ai propri organi;
- d) avere stipulato una convenzione con la maggioranza dei Comuni del comprensorio.

²L'associazione perde il riconoscimento al momento in cui non sono più soddisfatte le condizioni previste da questo articolo o più della metà dei Comuni del relativo comprensorio hanno disdetto la convenzione.

³La decisione con la quale viene revocato il riconoscimento interviene non appena sia stato riconosciuto un nuovo ente.

b) Comune polo

Art. 12 ¹La stipulazione e la disdetta della convenzione con un Comune polo è retta dalla Legge organica comunale.

²La convenzione e l'eventuale disdetta deve essere ratificata dal Consiglio di Stato, sentito l'avviso del Dipartimento competente per l'applicazione della presente legge.

³In caso di disdetta della convenzione da parte di più della metà dei Comuni del comprensorio, valgono, per analogia, le norme dell'art. 11 cpv. 2 e 3.

c) Consorzi di Comuni

Art. 13 ¹L'istituzione, la gestione e lo scioglimento di un consorzio di Comuni sono regolati dalla Legge sul consorzio dei comuni.

²Per l'approvazione dello Statuto e la ratifica della decisione di scioglimento deve essere sentito anche l'avviso del Dipartimento competente per l'applicazione della presente legge.

3. Rappresentanza del Cantone

Art. 14 Al Cantone deve essere assicurata la possibilità di essere rappresentato nell'organo amministrativo dei SACD.

II. Campo di intervento

1. In generale

Art. 15 ¹Per essere riconosciuto, il SACD deve offrire almeno le prestazioni di cui all'art. 3; esso deve inoltre offrire un numero adeguato di posti di pratica per la formazione del personale.

²Esso rende operativi i progetti specifici e supplementari di cui all'art. 8 lett. c).

³Previa stipulazione della relativa convenzione, il SACD può delegare l'esecuzione di determinati servizi ad enti esterni.

2. Rapporti con altri enti

Art. 16 ¹Nell'ambito della pianificazione cantonale, per ottimare i rapporti con altri enti operanti sul territorio, il SACD conclude le convenzioni necessarie per definire la distribuzione dei compiti e degli oneri finanziari.

²Resta salva la legislazione in materia di assicurazione malattia.

III. Organizzazione

1. Rapporto d'impiego

Art. 17 Nei SACD il rapporto d'impiego con il personale è retto dal diritto privato.

2. Direzione

Art. 18 Ogni SACD nomina un/a responsabile qualificato/a e ne determina i compiti.

3. Zone di intervento

Art. 19 ¹I SACD suddividono il proprio comprensorio in zone di intervento tenendo conto della situazione geografica, demografica e dell'ubicazione di infrastrutture sanitarie. Le eccezioni devono essere approvate dal Consiglio di Stato.

²Ogni zona di intervento è dotata di un'unità operativa.

4. Unità operativa

a) Principio

Art. 20 ¹L'unità operativa è costituita da un'équipe polivalente composta almeno da operatori/trici appartenenti ad ognuna delle seguenti categorie professionali:

- infermiere/a;
- aiuto familiare;
- ausiliario/a dell'assistenza a domicilio.

²Allo scopo di favorire l'impiego ottimale delle risorse e dei servizi sul territorio, il SACD può concludere convenzioni o accordi con altri operatori sanitari, enti o associazioni allo scopo di assicurarsi il loro intervento al domicilio dell'utente e/o l'accesso alle strutture ambulatoriali.

b) Funzionamento

Art. 21 L'unità operativa è diretta da un/a capo-équipe che vigila affinché gli interventi dei vari operatori avvengano in modo coordinato e razionale.

5. Modalità di intervento

Art. 22 ¹Il/La capo-équipe, tenuto conto dei bisogni e delle richieste dell'utenza e delle priorità di intervento, decide sulla presa a carico degli utenti.

²Egli/Ella sovrintende affinché sia concluso un accordo con l'utente, che preveda una presa a carico globale e affinché questa venga costantemente aggiornata.

³L'unità operativa deve garantire le prestazioni essenziali e le possibilità di intervento in caso di complicazioni o di emergenza.

6. Coinvolgimento del volontariato

Art. 23 ¹L'unità operativa associa, dove possibile, il volontariato nella distribuzione delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e di appoggio. Deve essere assicurata la qualità dell'intervento.

²A questo scopo il SACD conclude con il/la volontario/a direttamente o per il tramite di un'organizzazione, un accordo che definisca i compiti, le modalità e la durata dell'intervento e il rimborso delle spese vive sostenute.

C. Requisiti per il riconoscimento dei servizi d'appoggio

Art. 24 ¹I servizi d'appoggio, per essere riconosciuti, non devono avere scopo di lucro e devono partecipare al coordinamento delle attività di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio.

²I servizi d'appoggio possono pure essere gestiti direttamente da uno o più Comuni, rispettivamente da un SACD.

D. Revoca del riconoscimento

Art. 25 Il Consiglio di Stato può revocare il riconoscimento qualora venissero a mancare le condizioni stabilite dalla presente legge, dalla decisione di riconoscimento o dalla convenzione oppure in caso di gravi irregolarità nella gestione.

TITOLO III

Finanziamento e sussidi

Capitolo I

Disposizioni comuni

A. In generale

1. Principio della sussidiarietà

Art. 26 ¹Per il finanziamento delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio, possono essere concessi:

- a) contributi al fabbisogno d'esercizio;²³⁾
- b) sussidi per progetti specifici o supplementari (art 8. lett. c);
- c) sussidi per gli investimenti e per casi particolari;
- d) aiuti diretti.

²Le sovvenzioni possibili secondo la presente legge sono sussidiarie rispetto a quelle previste da altre leggi cantonali e federali. Per lo stesso beneficiario, il totale dei sussidi comunali, cantonali e federali non può superare il limite massimo previsto dalla presente legge.

2. Principi di sussidio

Art. 27 ¹Fatta eccezione per gli aiuti diretti, i sussidi possono essere concessi unicamente a persone giuridiche.

²Per i SACD, prestazioni eccedenti quelle previste dall'art. 3 sono sussidiate solo se conformi alla pianificazione o nell'ambito di quanto statuito dagli art. 8 lett. c) e 36.

³Il Consiglio di Stato stabilisce i requisiti, i criteri determinanti per la commisurazione del sussidio e per l'adeguamento della spesa preventivata all'evoluzione del rincaro.

B. Requisiti per il sussidiamento

Art. 28 ¹I contributi al fabbisogno d'esercizio e i sussidi sono concessi a Comuni, Consorzi, associazioni o altri enti riconosciuti ai sensi della presente legge (in seguito: enti sussidiati).⁴⁵⁾

²Contributi e sussidi sono concessi unicamente se l'ente sussidiato offre prestazioni conformi alla legge e a quanto stabilito dalla pianificazione e collabora alla realizzazione degli scopi della presente legge.

³L'ente sussidiato deve mettere a disposizione del Dipartimento i dati per l'elaborazione della pianificazione e per le verifiche necessarie.

C. Contributi degli utenti

Art. 29 ¹Gli enti sussidiati sono tenuti a prelevare un contributo dall'utente.

²Per le prestazioni di assistenza e cura a domicilio, il contributo è commisurato alle condizioni finanziarie (reddito e sostanza) dell'utente e delle persone viventi nella stessa comunità domestica ed è stabilito da un tariffario elaborato dagli enti sussidiati ed approvato dal Consiglio di Stato.

³Per i redditi e la sostanza più elevati, il contributo può essere pari al costo della prestazione.

⁴Al SACD è riservato il diritto di regresso nei confronti dei parenti tenuti all'obbligo di assistenza ai sensi del CCS.

⁵La consulenza igienica, sanitaria e sociale in materia di maternità e infanzia in età prescolastica è gratuita.

D. Verifica dei bilanci e preventivi

Art. 30 ¹Gli enti sussidiati devono sottoporre ogni anno al Consiglio di Stato, i conti d'esercizio, i bilanci patrimoniali e il preventivo d'esercizio dell'anno successivo.

²Il Consiglio di Stato definisce le modalità e la documentazione richiesta e può ordinare le opportune verifiche e revisioni e dare istruzioni contabili.

E. Restituzione del sussidio

Art. 31 Per la restituzione del sussidio si applicano le norme previste dalla legge sui sussidi cantonali, del 22 giugno 1994.

Capitolo II

Spese per investimenti

Ammontare dei sussidi

Art. 32⁶⁾⁷⁾ Per la costruzione, la ricostruzione, l'ampliamento, la ristrutturazione e l'acquisto di locali necessari per l'offerta delle prestazioni di cui agli art. 3 e 4 il Cantone concede un sussidio fino ad un massimo del 70%.

Capitolo III

Spese d'esercizio e di acquisto di attrezzature⁸⁾

I. SACD

1. Principio

Art. 33⁹⁾¹⁰⁾ ¹Il finanziamento del fabbisogno dei SACD riconosciuti ai sensi della legge è assicurato da tutte le entrate d'esercizio e dal contributo globale composto dalla partecipazione dello Stato da una parte e da quella dei Comuni dall'altra.

²Il contributo globale è calcolato annualmente sulla base dei compiti attribuiti all'ente sussidiato mediante contratto di prestazione e della relativa attività e nel rispetto delle disposizioni legali e degli accordi tariffali vigenti.

³Il contributo globale è fisso e rimane acquisito all'ente sussidiato. Esso viene versato a rate.

⁴La determinazione del contributo globale e la stipulazione del contratto di prestazione è di competenza del Consiglio di Stato.

2. Istanza di compensazione

Art. 33a¹¹⁾¹²⁾ ¹Il Consiglio di Stato, sentito il parere dei SACD, designa un'istanza di compensazione che riceve in pagamento i contributi del Cantone e dei Comuni e versa al SACD l'importo corrispondente al contributo globale stabilito dal Consiglio di Stato.

²Ulteriori modalità di pagamento, in particolare quelle relative al versamento di acconti, sono stabilite dal regolamento.

3. Determinazione del contributo globale¹³⁾

Art. 34¹⁴⁾¹⁵⁾ ¹Nel calcolare il contributo globale il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:

- a) i contributi corrisposti dagli utenti secondo l'art. 29;
- b) le partecipazioni degli assicuratori malattia;
- c) le prestazioni assicurative particolari, quali quelle previste dalle leggi sull'AVS, sull'AI e sulle PC;
- d) eventuali sussidi federali, ivi compreso il sussidio, effettivo o potenziale, in base all'art. 101 bis LAVS;
- e) ogni altro ricavo stabilito dal Regolamento.

²Il sussidio, effettivo o potenziale, in base all'art. 101 bis LAVS viene computato come segue:

- per il SACD che ne beneficia, il sussidio effettivo;
- per il SACD che non ne beneficia, il sussidio potenziale, calcolato secondo i parametri dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

4. Ripartizione del contributo globale¹⁶⁾

Art. 35¹⁷⁾¹⁸⁾ ¹Riservato il cpv. 3, i Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei contributi globali di cui all'art. 34, ripartiti nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

²Il quinto rimanente viene assunto dal Cantone per i SACD al beneficio del sussidio federale di cui all'art. 101 bis LAVS, e dai Comuni del comprensorio per gli altri servizi.

³Il sussidio potenziale non erogato di cui all'art. 34 cpv. 2 viene ripartito tra i Comuni del relativo comprensorio.

⁴Gli importi di cui ai cpv. 2 e 3 a carico dei Comuni vengono ripartiti in base al gettito d'imposta cantonale dei Comuni appartenenti al medesimo comprensorio.

⁵I Comuni del comprensorio si ripartiscono inoltre l'eventuale disavanzo del SACD non coperto dalle riserve, se le spese che lo hanno determinato sono state approvate nell'ambito dei preventivi.

II. Progetti specifici secondo l'art. 8 lett. c)

Art. 36¹⁹⁾²⁰⁾ ¹Il Cantone può partecipare al finanziamento di progetti specifici o supplementari decisi da singoli enti per il proprio comprensorio in base all'art. 8 lett. c) con un contributo fisso stabilito annualmente a preventivo dal Consiglio di Stato.

²Il contributo fisso non può superare il 25% dell'importo stanziato dai Comuni del comprensorio interessato per il progetto specifico; il Cantone sussidia unicamente progetti autorizzati nell'ambito della pianificazione.

³Il finanziamento di questi progetti non può essere accollato ai servizi di altri comprensori senza il loro accordo.

III. Servizi d'appoggio

1. Principio

Art. 37²¹⁾²²⁾ ¹Il finanziamento dei servizi d'appoggio necessari al conseguimento degli scopi della legge e coerenti con gli indirizzi della pianificazione cantonale è assicurato da tutte le entrate d'esercizio e dal contributo fisso composto dalla partecipazione dello Stato da una parte e da quella dei Comuni dall'altra.

²Il contributo fisso è stabilito annualmente a preventivo mediante decisione del Consiglio di Stato.

2. Determinazione e ripartizione²³⁾

Art. 38²⁴⁾²⁵⁾ ¹Alla determinazione del contributo fisso e alla ripartizione dello stesso tra Cantone e Comuni si applicano per analogia gli articoli 34 e 35.

²Nel calcolare il contributo fisso il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:

- a) i contributi corrisposti dagli utenti secondo l'art. 29;
- b) eventuali sussidi federali;

c) ogni altro ricavo stabilito dal Regolamento.

Capitolo IV

Sussidi particolari

Sussidi particolari

Art. 39 ¹Il Cantone può sussidiare, nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio e nei limiti posti dall'art. 26, le attività conformi alla pianificazione distribuite da enti pubblici o privati di interesse generale e senza scopo di lucro.

²È comunque escluso un sussidiamento dell'attività individuale di assistenza e cura prestate direttamente presso l'abitazione dell'utente da parte di membri e operatori/trici di detti enti, oltre a quanto previsto agli art. 15 cpv. 3 e 34 cpv. 3.

³Il sussidio viene erogato nella forma del contributo fisso e stabilito annualmente a preventivo dal Consiglio di Stato. Il contributo fisso non può superare il 75% delle spese preventivate.^{~~26~~27)}

⁴Il regolamento d'applicazione stabilisce i requisiti e la procedura per l'ottenimento del sussidio.

Capitolo V

Aiuti diretti

Aiuti diretti

Art. 40 ¹Il Cantone concede gli aiuti diretti di cui all'art. 5.

²Il sussidio ammonta ad un massimo del 75% delle spese riconosciute e documentabili.

TITOLO IV

Rimedi di diritto

A. In materia di pianificazione

Art. 41 ¹La pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio è adottata dal Consiglio di Stato e intimata a tutti i Comuni del Cantone.

²Contro i contenuti e le modalità di adozione della pianificazione, i Comuni, singolarmente o collettivamente, hanno facoltà di ricorso al Gran Consiglio nel termine di 30 giorni. Le decisioni del Gran Consiglio sono definitive.

³La procedura è regolata dalla Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966.

B. Contro le decisioni del Dipartimento e dei SACD

Art. 42 ¹Contro le decisioni del Dipartimento è dato ricorso al Consiglio di Stato nel termine di 15 giorni. Le decisioni del Consiglio di Stato sono definitive. La procedura è regolata dalla Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966.

²Contro le decisioni del SACD concernenti la presa a carico dell'utente è dato ricorso all'istanza preposta alla vigilanza (art. 7 cpv. 3), che decide rapidamente e in modo definitivo.

TITOLO V

Disposizioni transitorie e finali

A. Disposizioni abrogate

Art. 43 Con l'entrata in vigore di questa legge sono abrogate le seguenti norme:

- gli articoli 12 e 13 della Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza del 15 gennaio 1963;
- gli articoli 7 cpv. 1 lett. e), 7 cpv. 2 e 14 della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979;
- gli art. 2 lett. d) e f), 3 e 7 della Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973.

B. Disposizioni transitorie

Art. 44 ¹Il Consiglio di Stato stabilisce il termine entro il quale i Servizi di aiuto domiciliare attualmente esistenti devono conformarsi alla nuova legge per potere beneficiare del sussidiamento.

²In deroga alla Legge sul consorzio dei Comuni, il Consiglio di Stato può sciogliere con decreto governativo i Consorzi esistenti al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

³In caso di scioglimento del rapporto di impiego per mancata conferma o soppressione della funzione dovuti alla riorganizzazione dei Servizi secondo i comprensori stabiliti in base all'art. 9 della presente legge e di conseguente riassunzione presso uno dei SACD costituiti, decade il diritto del personale a indennità d'uscita o rendite dovute alla mancata conferma o alla soppressione della funzione. Ciò vale anche in caso di ingiustificato rifiuto di un posto di lavoro offerto dai nuovi SACD o di ingiustificata mancata partecipazione al relativo concorso.

C. Valutazione legislativa

Art. 45²⁸⁾ Ogni quattro anni, il Consiglio di Stato sottopone al Gran Consiglio un rapporto di valutazione dei risultati dell'attività degli enti sussidiati e delle conseguenze sulle finanze comunali.

D. Entrata in vigore

Art. 46 ¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge, unitamente al suo allegato, è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino.

²Il Consiglio di Stato ne fissa la data di entrata in vigore.

IL CONSIGLIO DI STATO, visto l'art. 46 della legge che precede,

ordina:

la legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino.

Gli articoli da 1 a 6, 7 cpv. 1 lett. a) e b), 7 cpv. 2 lett. a), b), c), d), h), i), l), m), e n), 7 cpv. 3 e 4, 8 lett. a), da 9 a 19, 24, 25, 41, 42 e da 44 a 46 entrano immediatamente in vigore.²⁹⁾

Gli articoli 7 cpv. 1 lett. c), 7 cpv. 2 lett. e), f), e g), 8 lett. b) e c), da 20 a 23, da 26 a 40 e 43 e l'allegato (modifica di altre leggi) entrano in vigore il 1° gennaio 2000.

Bellinzona, 3 febbraio 1999.

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Pubblicata nel BU **1999**, 25.

Note:

- 1) Art. modificato dalla L 7.11.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 574.
- 2) Lett. modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 3) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.

- 4) Cpv. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 5) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 6) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 7) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 8) Titolo modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 9) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 10) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 11) Art. introdotto dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 12) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 13) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 14) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 15) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 16) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 17) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 18) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 19) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 20) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 21) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 22) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 23) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 24) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 25) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 26) Cpv. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 3.8.2001 - BU 2001, 257.
- 27) Entrata in vigore generalizzata dal 1.1.2006 - BU 2005, 354.
- 28) Errata corrige: BU 2000, 76.
- 29) Entrata in vigore: 5 febbraio 1999 - BU 1999, 25.