INVECCHIAMENTO:

PENSIAMOCI PER TEMPO!

Riflessioni sull'invecchiamento e proposte per affrontarlo con consapevolezza e dignità

Genova, Giugno 2016

INDICE

1. Premessa…… 3
2. La percezione della vecchiaia e gli atteggiamenti nei suoi confronti 3
3. L'arretratezza della cultura contemporanea e alcune possibili direzioni di lavoro …… 4
4. La dimensione psicologica dell'invecchiamento ……..…..5
5. Il versante socio-sanitario …… 6
5.1 Il versante sociale…… 7
5.2 Il versante sanitario……..……... 8
6. Istituto? Così no, grazie !!! 10
7. Soluzioni abitative anche per gli anni della vecchiaia...……..…… 12
8. Città a misura di anziano…….. 14
9. Si può decidere come morire?..... 15
10. Buone pratiche
10.1. L'esperienza del CreamCafe…….……....……. 15
10.2. L'esperienza dell'Associazione Anziani Oggi…….. 16
10.3.L'esperienza del Circolo ARCI-Zenzero……...…… 16
10.4. L'esperienza di UNIAUSER Genova……17
11. Proposte……18
Allegato 1…… 21
Allegato 2…… …. 24

1. Premessa

Gli over 65 in Italia sono il 21,7% sul totale della popolazione; in Liguria questa percentuale sale al 28%. Siamo in presenza di persone a volte fragili per condizione fisica, familiare, economica, ma anche con grandi potenzialità legate alle loro competenze, esperienze di vita e disponibilità. Cittadini portatori di diritti, che spesso le istituzioni non soddisfano in modo adeguato, cosicché le criticità, nella maggior parte dei casi, sono affrontate con soluzioni individuali o con risposte a carico della famiglia, quando c'è. Ma anche soggetti portatori di risorse, che la società non riesce e/o rifiuta di utilizzare e che spesso solo le associazioni di volontariato valorizzano. Persone ignorate da una società che si organizza come se tutti fossero giovani, atletici, ricchi e sani.

Su questi temi per oltre un anno tre associazioni: CreamCafe, Anziani Oggi e Circolo ARCI Zenzero si sono confrontate con la cittadinanza, organizzando quattro cicli di incontri dal titolo "Invecchiamento: pensiamoci per tempo!" (v. programma nell'allegato 1) che ha portato all'elaborazione di questo documento, dove si sintetizzano i contenuti degli incontri organizzati tra il 2015 ed il 2016 riportando oltre alle criticità anche le principali proposte emerse.

2. La percezione della vecchiaia e gli atteggiamenti nei suoi confronti

Negli ultimi 100 anni è significativamente cambiata l'aspettativa di vita degli esseri umani, soprattutto nelle zone con maggior benessere economico. Infatti, nei Paesi sviluppati l'incremento medio dell'aspettativa di vita alla nascita è stato del 66% per gli uomini e del 71% per le donne.

Ancora più accentuata la situazione nel nostro paese; dove l'aspettativa di vita alla nascita delle donne è aumentata di oltre il 90%[1]: dai 43 anni dei primi del '900 agli 82 anni ed oltre nel 2000. Molto interessante è poi il gap che esiste tra donne e uomini, le prime mediamente vivono circa 7 anni in più.

Oltre a vivere di più si nasce anche di meno. Oggi oltre 13 milioni di italiani (21,7%) ha un'età uguale o superiore ai 65 anni, mentre i giovani fino a 14 anni sono il 14% e la popolazione ufficialmente in età attiva (tra i 15 e i 64 anni) è pari a meno dei due terzi del totale.

Non si tratta tanto di "sconfiggere" la vecchiaia quanto, piuttosto, di accettare questa

[1] Gli ultimi dati evidenziano un'inversione di tendenza per entrambi i sessi, attribuibile probabilmente alle conseguenze della crisi economica sulla vita delle persone.

fase della vita e la sua inevitabile fine. Si tratta di viverla al meglio, cercando, per quanto possibile, di contrastare le inevitabili debolezze che il tempo regala agli esseri umani. Se infatti, possiamo con misure di prevenzione contrastare alcune classiche patologie della vecchiaia (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, cardiopatie, diabete, etc) non sappiamo, ad oggi, contrastare quelle patologie degenerative cerebrali (Alzheimer, Parkinson), che dopo anni di silenzioso danneggiamento del cervello, danno origine ad un insieme di sintomi che costituiscono le demenze. Inoltre, l'allungamento della vita ha determinato un notevole incremento dell'incidenza di queste patologie.

Si presenta oggi una sfida impegnativa per chi è nato dopo la seconda guerra mondiale e quindi cresciuto durante gli anni del boom economico, acquisendo abitudini e stili di vita inediti per le generazioni precedenti. La sfida consiste nell'inventarsi un nuovo modo di concepire e vivere la vecchiaia, realizzando le aspettative maturate negli anni e superando le paure indotte dal pensiero dominante, che ha della vecchiaia l'immagine di fase residuale dell'esistenza e vede gli anziani come decrepiti invalidi e quindi fardello per la famiglia e la collettività. In ciò non tenendo conto dei dati di realtà che descrivono un consistente prolungarsi della vita media, migliori condizioni complessive di salute e in generale di vita di chi ha superato l'età adulta. Il compito è arduo, poiché si tratta di andare contro corrente rispetto al comune sentire, né può essere rimandato a quando si avvertono chiaramente i segni dell'inevitabile declino. Per questa ragione abbiamo proposto una riflessione collettiva sui vari temi che riguardano l'invecchiamento, per mettere in comune le difficoltà, ma anche le strategie che risultano vincenti per superarle o quantomeno per contenerle, così da vivere al meglio gli anni della nostra vecchiaia.

3. L'arretratezza della cultura contemporanea e alcune possibili direzioni di lavoro

L'inedita situazione demografica che ci troviamo oggi ad affrontare fa sì che non si abbia alcuna esperienza storica delle popolazioni che invecchiano; al contempo prevale nell'opinione comune un'immagine di vecchiaia lontanissima dalla realtà di chi oggi sta vivendo questa fase della vita (si pensi alle inedite caratteristiche delle generazioni dei baby boomers a confronto con gli stereotipi dominanti). L'atteggiamento più diffuso a

livello individuale e collettivo è la rimozione, mentre a livello dell'organizzazione della vita sociale perdurano inadeguatezze di ogni genere: dall'urbanistica ai mezzi di trasporto sino ai prodotti in commercio. La società contemporanea sembra ignorare che un terzo dei suoi membri è già anziano o si sta avvicinando alla vecchiaia.

In particolare l'emergere della così detta "terza età" come fenomeno demografico di massa trova del tutto impreparata la collettività, che non sembra aver nulla da proporre a chi ha concluso la fase lavorativa, nonostante per molti con il pensionamento si apra una fase dell'esistenza che potrà ricoprire quasi un terzo dell'intero percorso di vita. Da queste considerazioni nasce la proposta di modifiche culturali ed organizzative, che tengano conto di questa nuova composizione della società.

4. La dimensione psicologica dell'invecchiamento

L'invecchiamento si svolge con modalità, ritmi e conseguenze, variabili da individuo a individuo. Gli studi condotti negli ultimi decenni hanno evidenziato che l'invecchiamento non comporta un declino progressivo e irreversibile di tutti gli aspetti comportamentali, accompagnato da un'incidenza sempre maggiore della disabilità e invalidità, ma al contrario presenta, accanto al decadimento di certe funzioni, il conservarsi di altre e la compensazione da parte di altre ancora.

L'anziano sperimenta perdite o lutti che spesso sono insostituibili (morte del coniuge, riduzione del vigore fisico e dell'autonomia, etc): questi fattori possono produrre marcate conseguenze emotive come la paura, l'isolamento e la depressione.

L'anziano può essere soggetto a riduzioni delle capacità visive e uditive e per compensare questi deficit sensoriali attua varie strategie cognitive. Il linguaggio dell'anziano, integro e non alterato da patologie degenerative, gioca un ruolo minore rispetto all'espressione non verbale che diventa migliore per esprimere uno stato d'animo.

La "resilienza" (cioè la capacità di far fronte a eventi stressanti o traumatici riuscendo a riorganizzare in maniera positiva la propria vita) in età anziana deve essere definita come la capacità di fare esperienza di vissuti depressivi, essere in grado di riprendersi prontamente dopo un evento negativo e sviluppare nuove forme di progettualità o di attività a seguito di tali esperienze critiche.

Negli anziani l'intelligenza non è soggetta a un declino generalizzato e un aspetto dell'intelligenza è la creatività che con l'età riesce a trovare una nuova ispirazione ed è

in grado di migliorare la vita degli anziani suggerendo nuovi interessi.

Per quanto riguarda l'affetto, sicuramente il bisogno di amare e di essere amato, non dipende dall'età: piuttosto nella vecchiaia si può vedere un arricchimento maggiore a livello emotivo.

Le proposte per un invecchiamento positivo devono essere coerenti con gli obiettivi del potenziamento dell'autostima e del benessere e della stimolazione delle funzioni residue

5. Il versante socio-sanitario

La storia recente del nostro sistema assistenziale prende le mosse dalle lotte sociali degli anni '60/'70 contro l'emarginazione e per i diritti di cittadinanza e dalla svolta scientifica, culturale e politica conseguente al '68. Le nuove Regioni e le Amministrazioni locali (Comuni e Provincie) con scelte riformatrici hanno trasformato in molte parti d'Italia le istituzioni totali (manicomi, cronicari, brefotrofi, collegi, scuole speciali, ecc) in servizi territoriali, professionali, partecipati sul modello della rivoluzione culturale di Basaglia e dell'Unità Locale dei Servizi[2]. La Riforma Sanitaria del '78 ha garantito il diritto universale alla cura attraverso le USL; con la Legge 180 si sono chiusi i manicomi ed ha preso avvio un processo di riforma a tappe, con l'abolizione dal '77 degli Enti nazionali di categoria, Ipab, Eca e la ricomposizione delle funzioni di assistenza sociale in capo ai Comuni. Tale processo si è concluso nel 2000.

Tuttavia la grande lotta per la distribuzione di potere e di risorse dalle classi proprietarie a quelle subalterne (ceti medi, lavoratori emarginati) che in quegli anni ha conosciuto alcune vittorie è stata duramente contrastata e i processi di riforma sono stati lenti, contraddittori e incompleti.

Il processo è finito nel doppio senso della parola: si è arrivati alla famosa legge di istituzione del sistema integrato di servizi alla persona (Legge 328 del 2000) nel momento in cui l'ideologia liberista ha frenato il ruolo attivo dello stato nell'ambito socio-sanitario. Inoltre la disapplicazione del principio costituzionale della tassazione progressiva (art.53), la deregulation e il taglio delle risorse del fondo nazionale hanno prevalso negli indirizzi politici dei governi, che si sono succeduti a partire dagli anni 80. Tutto ciò ha portato alla demolizione del sistema disegnato nei 30 anni precedenti.

[2] Il 13 maggio 1978 veniva approvata la legge 180 detta legge Basaglia che impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il trattamento sanitario, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici.

5.1. Il versante sociale

Per invertire la tendenza sopradescritta è necessario salvaguardare e sviluppare il servizio pubblico e le sue prestazioni, un welfare dignitoso infatti non può che essere promosso e realizzato a livello istituzionale. Questo è tanto più necessario se ricordiamo che sia la qualità della vita dell'anziano che l'aspettativa di vita sono correlate alle condizioni economiche e socio culturali[3].

A tale scopo ci sembrano utili le seguenti proposte:

- promuovere tutte le azioni necessarie al mantenimento dell'anziano al proprio domicilio, potenziando il servizio di assistenza domiciliare;
- promuovere forme di accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare, con la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni;
- avviare un sistema che permetta alle famiglie di avere un punto di riferimento a regia pubblica per l'assunzione di personale per l'assistenza domiciliare, ad esempio attraverso l'istituzione di un registro pubblico delle assistenti altrimenti dette badanti, termine che ha assunto una connotazione dispregiativa;
- revisionare le soglie ISEE (ora molto restrittive) di accesso alle misure regionali finalizzate al mantenimento dell'anziano a domicilio (Fondo Regionale Non Autosufficienza);
- evitare ogni inutile passaggio burocratico che obblighi a defatiganti spostamenti tra uffici sia della sanità che di altri enti. Ogni struttura potrebbe adibire al suo interno alcune figure con il compito di individuare e segnalare strozzature, rigidità burocratiche, procedure farraginose etc. e percorsi di semplificazione; garantire un punto di informazione con personale qualificato per la fascia di popolazione anziana, localizzato presso il Municipio,
- prevedere sgravi fiscali per adeguare le case alle necessità degli anziani anche non invalidi (affinché non lo diventino); si potrebbero prevedere iniziative di informazione collegate agli incentivi economici;
- facilitare la nascita di una "consulta" degli anziani che possa raccogliere le istanze degli anziani e delle loro famiglie e che sia interlocutrice delle pubbliche amministrazioni.

[3] G. Costa et al. "L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità". Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, 2014.

Quindi tralasciando le questioni economiche e urbanistiche e limitandoci solo agli aspetti assistenziali, occorre promuovere, con la cultura, la ricerca, le scelte politiche, l'attuazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ossia il diritto pieno a cure per la non autosufficienza e la fragilità, e ribadire il dovere del sistema pubblico alla presa in carico e all'erogazione di servizi. Di conseguenza bisogna realizzare:

- l'integrazione socio-sanitaria e sviluppare il continuum di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- la collaborazione e il coordinamento tra ospedale e servizi territoriali ;
- la collaborazione tra settore pubblico e terzo settore, con la regia dell'istituzione pubblica;
- la domiciliarità degli interventi;
- il coinvolgimento come soggetti delle persone anziane e delle famiglie;
- l'impiego corretto delle assistenti familiari fornendo loro una professionalità attraverso corsi promossi e certificati dalle istituzioni;
- la ricerca di ogni alternativa possibile alla degenza in ospedale o in strutture di ricovero.

5.2 Il versante sanitario

Sicuramente le cure primarie e i medici di famiglia, cosi come sono attualmente, costituiscono una "criticità" perché non rispondono in maniera adeguata alle esigenze della popolazione: continuità assistenziale e gestione delle cronicità. Non sono integrati nelle azioni di prevenzione in tutte le fasce di età e non esiste di fatto una adegyata integrazione tra medici di famiglia e servizi socio-sanitari, siano essi di competenza Comunale, siano di competenza distrettuale (e quindi ASL).

Per questo occorre spingere affinché si realizzi veramente la conversione di risorse (umane ed economiche) dall'ospedale al territorio nel momento in cui si prende atto che in ospedale si deve stare il meno possibile (nella fase di acuzie e post acuzie fino alla stabilizzazione del quadro clinico sia esso di tipo medico sia di tipo chirurgico).

Questo significa che sul territorio devono essere organizzati presidi in grado di garantire una risposta sanitaria e socio-sanitaria 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. In Italia vi sono già numerosi esempi di tali presidi ma, a nostra conoscenza, nessuno è ancora stato messo a sistema; nel linguaggio degli addetti ai lavori tali presidi si chiamano Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (per alcuni corrisponderebbero alle Case della Salute) e dovrebbero essere disseminate nel territorio nella misura di una ogni

60/70.000 abitanti. Le UCCP hanno come obiettivo:

- perseguire il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici convenzionati, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati e altri operatori socio-sanitari;
- rapportarsi, oltre che con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- realizzare un processo organizzativo che garantisca assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello, realizzando la continuità assistenziale 24 ore su 24, e 7 giorni su 7;
- integrarsi con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici;
- utilizzare nelle località logisticamente disagiate gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente;
- dotarsi di supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento;
- sviluppare la medicina d'iniziativa al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria.

Parallelamente vanno realizzate concretamente le nuove aggregazioni monoprofessionali dei medici di famiglia e pediatri definite come Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che garantiscono accanto alla capillarità della diffusione degli studi medici una effettiva omogeneità di organizzazione e di obiettivi .

Per fare tutto ciò occorrono risorse e investimenti non eccessivamente onerosi ma indispensabili a cominciare dalla effettiva operatività del cosiddetto Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che dovrebbe essere condiviso sul web (anche se in diversa misura) da tutti gli attori sanitari e socio sanitari che intervengono nella vita "sanitaria" del cittadino.

Senza UCCP, AFT, FSE appare utopistico pensare a una reale integrazione Ospedale/ Territorio e Sociale/Sanitario. Queste soluzioni potrebbero rispondere anche all'enorme differenza di qualità assistenziale che si riscontra tra i medici di medicina generale: troppo spesso i medici sono semplici compilatori di ricette e non prendono in carico il paziente nella sua globalità.

Per quanto attiene all'assistenza ospedaliera occorre:

- adeguare l'assistenza negli ospedali alle esigenze degli anziani degenti;

- dare piena applicazione alla LR 34/1992[4];
- garantire una formazione adeguata a tutto il personale sanitario e parasanitario operante nelle strutture sanitarie ospedaliere e non riguardo alle esigenze dei pazienti affetti da patologie degenerative celebrali.

6. Istituto? Così no, grazie !!!

Fatte salve le situazioni più gravi (per fortuna relativamente poche) di deterioramento delle condizioni complessive dell'anziano, tali che i famigliari non sono più in grado di gestire a domicilio, la soluzione istituto è oggi assolutamente inadeguata rispetto alle criticità ed aspettative della popolazione in età avanzata.

Il superamento di soluzioni istituzionalizzanti, che di fatto imprigionano l'anziano in situazioni sovente umilianti, segregandolo dal resto della società e non di rado sottoponendolo a svariate forme di maltrattamenti, difficilmente individuabili ed eliminabili, potrebbe essere realizzato in presenza di una cultura politica che in genere non troviamo nelle nostre istituzioni.

Ad esempio, in Danimarca, nel 1986, il *Danish Act on Housing for the Elderly* ha sancito l'impossibilità di costruire nuove Nursing Homes (Case di Riposo) e definito le linee di sviluppo di un sistema di welfare basato su soluzioni abitative adatte o adattabili alla vecchiaia. Nel 1996, un atto ulteriore (*Danish Care Home Reform),* ha completato la riforma.

Le principali caratteristiche del modello danese sono:

- alloggi ben integrati nel tessuto urbano;
- stretta integrazione tra abitare e servizi;
- ampia offerta di servizi di sostegno (logistico, consegne a domicilio, trasporti, servizi alla persona e servizi sanitari, servizi sostitutivi dei famigliari e servizi di sollievo) ad intensità graduabile;
- case-manager che coordina gli interventi;

---

[4] *Al fine di assicurare una particolare assistenza ai degenti con ridotta autonomia nell'espletamento delle proprie funzioni fisiologiche e comunque a quelli di età superiore ai settantacinque anni, negli ospedali, cliniche universitarie o case di cura convenzionate con la Regione è sempre consentito, anche in deroga agli orari ordinari di visita, l'accesso ad un familiare o ad altra persona volontariamente disponibile, anche nel quadro dell'attività delle associazioni di volontariato.* Art. 13 della legge regionale 27/1985 della Regione Liguria come modificato dalla legge regionale 34/1992.

- monitoraggio attivo della popolazione più debole.

Ciò ha comportato un grande cambiamento nella struttura del sistema:

- posti letto in Nursing Homes sono passati da 36.444 (1996) a 8.761 (2010)
- posti letto in soluzioni abitative da 22.791 (1996) a 71.494 (2010)

Le associazioni che hanno prodotto questo documento intendono costituirsi come gruppo di pressione coinvolgendo i cittadini chiamati a prendere consapevolezza delle gravi inadeguatezze delle soluzioni istituzionalizzanti al fine di invertire la rotta delle strategie pubbliche (nonché private, dal momento che l'assistenza agli anziani è divenuta un business molto proficuo per chi dispone di risorse a ciò destinabili) nella direzione di una domiciliarità dignitosa. Al contempo il gruppo di pressione intende promuovere una radicale trasformazione nelle modalità di gestione della maggior parte delle strutture a residenzialità protetta.

Negli incontri realizzati all'interno del ciclo "Invecchiamento: pensiamoci per tempo" abbiamo tuttavia preso in considerazione anche l'ipotesi estrema in cui si renda necessario per la famiglia ricoverare l'anziano in istituto. Consapevoli dell'impreparazione generale ad effettuare una scelta oculata in questa direzione, abbiamo riflettuto su alcuni criteri base che potrebbero venire in aiuto dei famigliari costretti a tale dolorosa e difficile decisione.

Quando l'istituto è inevitabile, bisognerebbe valutare i seguenti criteri di scelta:

- E' presentata la carta dei servizi al momento del primo contatto?
- Come si presentano gli spazi? Accoglienti, confortevoli, puliti o sciatti e banali?
- Si avvertono odori sgradevoli all'interno?
- Sono chiariti i costi dei differenti servizi offerti dalla struttura?
- E' descritto l'organico? Quali figure professionali oltre a quelle sanitarie?
- Come si svolge la vita quotidiana all'interno della struttura? (in quali momenti del giorno è consentito visitare la struttura?)
- Quali sono gli orari previsti per gli ospiti, in particolare la sveglia e la cena?
- Quali sono gli orari di visita per i parenti e amici?
- Come si presentano gli ospiti presenti nell'istituto: cura della persona, isolamento o convivialità, etc.?
- Come sono organizzati gli spazi per attività di gruppo?
- Sono presenti ausili per facilitare l'orientamento: scritte, uso del colore, illuminazione, etc.?

- Sono previsti rapporti con il territorio (trasporto ospiti per attività esterne, coinvolgimento risorse della comunità per iniziative in istituto, etc.)?

Inoltre occorre rendere trasparenti ed accessibili le graduatorie delle domande di ricovero in struttura, e dar vita, all'interno delle strutture residenziali e non (es. centri diurni), a comitati che possano raccogliere suggerimenti, osservazioni, eventuali lamentele o denunce di inadempienze o inadeguatezza.

Il costituendo gruppo di pressione avrà come primo obiettivo l'applicazione di questi criteri.

Nell'allegato 2 è riportata la "Carta dei diritti per chi non ha voce" che evidenzia i diritti dell'anziano nella fase che precede l'ingresso e durante la permanenza in Istituto.

7. Soluzioni abitative anche per gli anni della vecchiaia

Promuovere un invecchiamento sereno e confortevole comporta progettare per tempo le condizioni essenziali che a livello individuale e di contesto possano garantire un adeguato livello di benessere. Così come mantenersi in salute è un obiettivo da mettere in agenda con molto anticipo, anche le soluzioni abitative per gli anni più avanzati vanno previste almeno nell'età adulta.

Tra le principali esigenze abitative di un soggetto che invecchia rientra indubbiamente la sicurezza; pertanto andranno prese per tempo una serie di precauzioni per evitare incidenti domestici, avendo presente che gli ambienti più a rischio sono anche quelli in cui si trascorre la maggior parte del tempo: cucina, bagno, camera da letto. Quando si ha la possibilità di intervenire più radicalmente per ristrutturare un ambiente (solitamente cucina e bagno) andranno evitate fonti di pericolo quali la vasca da bagno e per la cucina sarà importante collocare alcuni arredi con oculatezza (forno, pensili,…).

Avendo però presenti le condizioni generali di inadeguatezza del patrimonio edilizio in cui risiedono le famiglie con anziani (nella nostra regione il patrimonio più vetusto - realizzato prima del 1962 - costituisce il 54 % del totale delle abitazioni di proprietà, percentuale che sale a 61,3 nei capoluoghi) è utile riflettere anche su soluzioni innovative che prevedano il trasferimento in ambienti idonei, garantendo al contempo tutte le esigenze di cui le generazioni attuali sono portatrici.

Tra queste comincia a diffondersi anche in Italia il cohousing, una modalità di abitare condiviso in grado di coniugare l'esigenza di privacy (ogni residente singolo o nucleo

dispone di un alloggio) con la condivisione di spazi comuni e di servizi. Tra i servizi collettivi vi possono essere ampie cucine, lavanderie, spazi per gli ospiti, laboratori per il fai da te, spazi gioco per i bambini, palestra, piscina, internet caffè, biblioteca e altro.

I vantaggi della soluzione cohousing si possono così riassumere :

- utilizzo condiviso delle risorse;
- superamento dell'isolamento e della solitudine, ma contestuale possibilità di privacy;
- alleggerimento dei compiti di cura;
- incremento della fiducia in se stessi (assunzione di responsabilità, apertura di nuove possibilità);
- approccio preventivo rispetto ai problemi dell'invecchiamento;
- possibilità di varie economie (GAS, car sharing, risparmio energetico,…).

Alle pubbliche amministrazioni si chiede che, oltre a promuovere e agevolare queste nuove modalità di abitare condiviso perché possono rappresentare una forma di prevenzione dell'istituzionalizzazione con vantaggio non solo per i singoli ma per la collettività tutta, si facciano carico di:

- ripensare i quartieri, non solo gli alloggi;
- divulgare tra i cittadini la conoscenza di possibili soluzioni abitative alternative all'esistente;
- avviare iniziative pubbliche a sostegno delle nuove soluzioni.

8. Città a misura di anziano

Progettare una città a misura di anziano, e quindi di tutti, significa innanzitutto comprendere le esigenze dei cittadini *senior,* coinvolgendoli nella definizione delle soluzioni possibili ai molti problemi che la vita nell'ambiente urbano comporta. Molte città in giro per il mondo hanno adottato questo approccio partecipativo, mostrando così l'importanza di concentrarsi sull'eliminazione delle barriere architettoniche, che impediscono agli utenti anziani una piena fruizione dell'ambiente urbano, ma anche e soprattutto la possibilità di cambiare la percezione che le persone hanno di esso attraverso il ripensamento di alcuni servizi fondamentali e l'attuazione di strategie volte all'incremento della sensazione di sicurezza e comfort.

Spesso non è l'inaccessibilità di un luogo il problema fondamentale per una persona anziana, ma il vero ostacolo è rappresentato dalla insicurezza generata dall'incertezza e

dalla confusione.

Non sono solo disabilità fisiche a impedire una piena fruizione della vita al di fuori della porta della propria casa, ma a queste si aggiungono difficoltà cognitive e spesso anche solo difficoltà correlate alle percezioni di insicurezza che le persone hanno rispetto alla propria vulnerabilità.

Un ambiente urbano *age-friendly* è in primo luogo un ambiente pulito, piacevole e dotato di spazi verdi per la fruizione della vita all'aria aperta, con sedute confortevoli e spazi per la sosta, pavimentazioni senza ostacoli e in buone condizioni che limitino il rischio di incidenti, così come spazi per un attraversamento sicuro delle vie di traffico veicolare e ciclistico. La presenza di passeggiate urbane in cui non vi sia commistione di mezzi e attività, una piena accessibilità dello spazio pubblico urbano e degli edifici pubblici e non, un'adeguata illuminazione urbana, e, infine, un'adeguata presenza di servizi igienici pubblici, sono prerogative imprescindibili della città *age-friendly*. Fondamentale è la sensazione di sicurezza legata, sia all'effettiva limitazione di crimini e rischio di aggressioni, sia alla possibilità di godere di servizi dedicati per la terza età, in cui i tempi a disposizione sono adatti e commisurati alle effettive possibilità di chi ne fruisce. Una sfida impegnativa per la città amica degli anziani, per cui è necessaria una strategia di coordinamento di più iniziative volte a portare un radicale cambiamento di mentalità, in cui bisognerà ripensare la nostra nozione di tempo –non solo di spazio- e spostare l'attenzione ad un'esperienza positiva dell'ambiente urbano, a come le persone la percepiscono, e a dove rilevano elementi negativi di conflitto.

9. Si può decidere come morire?

La fine della vita, contrariamente al suo inizio, potrebbe essere in qualche modo oggetto delle nostre decisioni. Queste fanno parte della nostra libertà di disporre della nostra esistenza e nessuna autorità deve avere il potere di condizionarla. Tuttavia vi sono in Italia ancora delle carenze normative che limitano questa libertà. Ognuno ha il diritto di rinunciare alle cure che gli sono proposte o che sta subendo; tale diritto è sancito dalla convenzione di Oviedo firmata anche dall'Italia, anche se sussiste un dovere del medico a tutelare la salute. E' necessario che le norme attuative della convenzione, che il Governo deve ancora promulgare, chiariscano che questo dovere non può mai prevalere sul diritto sopramenzionato esercitato da persona competente. Questo può essere espresso anche dal testamento biologico che in queste norme

attuative deve trovare pieno riconoscimento. Un'altra norma auspicabile è la depenalizzazione dell'eutanasia volontaria attiva cioè della possibilità, in corso di malattia mortale che provoca sofferenze non sopportabili, di somministrare farmaci che accelerino il processo del morire che è già in atto. Tuttavia per gravi situazioni personali, famigliari o sociali, in piena salute mentale vi può essere anche chi decide di porre termine alla propria vita mediante un suicidio, in assenza di una malattia mortale. Gli estensori di questo documento pensano che anche questa situazione rientri nella sfera dell'autonomia della persona e che non vi debba essere nessuna legge che, fatto salvo il controllo della piena capacità d'intendere e di volere, possa limitare l'esercizio di questo diritto. La fattispecie a cui ci riferiamo concerne spesso individui colpiti da gravissime patologie neurologiche che li rendono incapaci di attuare questo proposito, aiutarli nell'attuare questa decisione è attualmente gravato da pesantissime condanne che sono da abolire.

10. Buone pratiche

10.1. L'esperienza del CreamCafe

Da un gruppo di volontari e dalla fondazione per la Cultura Palazzo Ducale nasce a Genova circa tre anni fa l'esperienza del CreamCafe o Caffè della Mente Creativa.

Il CreamCafe, sito in Piazza Matteotti, è un punto di aggregazione, di ascolto e di proposta per tutti coloro che, sani o con disturbi cognitivi, vogliono mettersi alla prova nel tentativo di mantenere attivo il proprio cervello ed anche il luogo dove si cerca di far cadere i veli che circondano le malattie dementigene.

Il Cream è aperto quattro mattine e il pomeriggio dalle 15 alle 18 dal lunedì al venerdì e si articola nelle seguenti proposte:

- la prima è orientata ai famigliari e a tutti quelli che assistono persone con disturbi cognitivi; si discute delle malattie che portano alla demenza, di come interagire con il malato e come giungere alla consapevolezza del proprio vissuto rispetto alla malattia;
- la seconda è rivolta a tutti e parte dal presupposto scientifico che un'attività cognitiva sia in grado, spesso, di ritardare la comparsa dei sintomi della demenza nonostante la possibile presenza di una malattia degenerativa cerebrale. Le attività che si svolgono nei laboratori mirano ad attivare il cognitivismo attraverso stimoli somato-sensoriali;
- la terza attività è sempre rivolta a tutti e si prefigge di far circolare le idee e la cultura cercando di non rimanere chiusi ed indifferenti a quanto accade intorno a noi; per

questo vengono invitate nello spazio del Cream persone in grado di raccontare di sé e delle proprie esperienze di lavoro culturale stimolando gli ospiti ad aprirsi agli altri ed ad affrontare temi spesso per loro desueti.

10.2. L'esperienza dell'Associazione Anziani Oggi

L'associazione "Anziani Oggi" è nata come associazione sportiva dilettantistica affiliata UISP e opera da più di trent'anni in villa Piaggio a Genova e nelle palestre gestite dalla stessa. È nata per promuovere uno stile di vita sano, salutare, che dia spazio alla relazione e alla condivisione. Lo scopo dell'Associazione è creare dei poli di interesse comuni e svilupparli collettivamente, relazionandosi e condividendo il piacere dello stare insieme. Il benessere non è dato solo dal movimento, ma anche dalla capacità di avere rapporti sociali per contrastare la solitudine. Inizialmente l'associazione rispondeva ai bisogni degli anziani, in seguito ha coinvolto anche figli e nipoti (adulti e bambini).

Principalmente si propongono attività motorie di ogni genere e tipo, alle quali si aggiungono anche attività manuali creative, attività musicali e comunicative, la biblioteca e attività ricreative.

Molti corsi sono proposti dagli associati stessi che offrono agli altri le proprie competenze.

Particolare attenzione è data all'ascolto: abbiamo uno sportello donna, uno sportello del pavimento pelvico e un corso di pensiero positivo finalizzati alla comunicazione ed al maggior benessere della persona.

Da una ventina d'anni l'AAO programma attività in rete con altre realtà (ASL della Liguria, UISP, ARCI-Zenzero, Auser, Scuole della zona -I.C.Castelletto-, case di riposo –Ist. Brignole, Le Cappuccine, Seniores-, strutture per disabili –Villa Basilea, Istituto Giosuè Signori-) sia del quartiere sia della città con l'obiettivo di costruire percorsi comuni sia culturali che sociali, preventivi al deterioramento motorio e cognitivo.

10.3. L'esperienza del Circolo ARCI-Zenzero

Il "Consorzio Zenzero" è un'Associazione di Promozione Sociale associata all'ARCI, nato nel 2006 dalla fusione di due esperienze, Bagdad Cafè e Città Futura, che già lavoravano insieme su temi di interesse comune e che hanno deciso di unire le forze per creare uno spazio con maggiori potenzialità di operare nel tessuto cittadino.

Lo Zenzero è un'offerta di socialità intesa non come tampone per delle solitudini e degli isolamenti che il modello sociale competitivo ed individualista ci impone, ma

come laboratorio di analisi, di confronto, di ricerca e di sperimentazione per modelli sociali capaci di soddisfare il presente e garantire un futuro. Siamo convinti che socializzare significa mangiare insieme, ascoltare musica insieme, giocare insieme, ma soprattutto progettare insieme.

Con queste premesse sono stati realizzati un Gruppo di Acquisto Solidale (GAS), un gruppo di lavoro sulla decrescita, dei laboratori del saper fare, un'associazione di promozione del cohousing (GeCoh), un doposcuola, il GEL (Gruppo Escursionisti Lenti) oltre che un coro e un gruppo di lettura.

Lo Zenzero è uno spazio aperto: ha giorni e orari di apertura (dal martedì al venerdì dalle 19 alle 23), ma si fanno attività in tutti i giorni della settimana sia al mattino che al pomeriggio; ha delle porte, ma tutti quelli che hanno bisogno di utilizzarlo hanno le chiavi; ha degli assegnatari ufficiali, ma al suo interno operano diverse associazioni locali e nazionali.

Lo Zenzero è una realtà aperta alla conoscenza e alla collaborazione con altre associazioni, comitati e gruppi di interesse affini (Anziani Oggi, Centro Terralba, Comitati della Valbisagno, Auser, CreamCafe …), con i quali organizziamo attività culturali, incontri su temi sociali e politici, attività fisica, manifestazioni, ecc.

Il progetto dello Zenzero non è stato pensato specificatamente per gli anziani, anche se nella pratica è portato avanti da soggetti appartenenti a tale fascia d'età, forse perché hanno scoperto in questo luogo la possibilità di un nuovo protagonismo sociale.

La prossima sfida da affrontare sarà un confronto con realtà che operano con analoghe modalità ma con un bacino generazionale più giovane.

10.4. L'esperienza di UNIAUSER Genova

L'esperienza dell'Università Popolare dell'Età Libera- UniAuser Genova-, è piuttosto breve. Si è costituita infatti nel 2011 e in 5 anni di attività è passata da 207 a 845 iscritti. Ciò testimonia in modo inequivocabile il grande interesse riscosso dalle sue attività culturali e di apprendimento permanente presso un pubblico composto non solo da senior ma da cittadini di tutte le età.

La scelta operata, infatti, sin dalla sua costituzione, è stata quella di non fare una tradizionale "Università della Terza Età", ma un " luogo" di apprendimento non formale aperto a tutti, con un marcato indirizzo intergenerazionale.

I contenuti didattici proposti, di anno in anno, sono così diventati per tante persone concrete opportunità per riprendere percorsi di conoscenza e di studio su tematiche di

grande interesse e di altrettanta utilità per la vita di tutti i giorni.

Parliamo d'informatica e di lingue; di arte, cinema, teatro e fotografia; di salute, benessere, alimentazione; di letteratura, storia e filosofia; di economia, geopolitica, sociologia e psicologia. Il tutto, con l'obiettivo di acquisire strumenti conoscitivi utili e chiavi di lettura adeguate per comprendere i cambiamenti in atto.

In particolare, quest'anno, abbiamo programmato un percorso didattico integrato ed interdisciplinare sul tema dell'invecchiamento della popolazione che abbiamo chiamato: "Il secolo degli Anziani".

L'intento, direi del tutto riuscito, dal momento che hanno partecipato ai dieci corsi proposti sul tema circa 300 persone, è stato quello di offrire ad un pubblico eterogeneo (composto da cittadini, operatori, volontari, studenti) una opportunità, forse inedita, di riflessione culturale e di approfondimento su uno dei fenomeni che maggiormente caratterizzano il profilo del XXI secolo, di cui si conosce e si discute molto poco, nonostante le sue fortissime ripercussioni ed implicanze su tutti gli aspetti della vita sociale, economica e di assetto delle nostre città.

Infine, sembra importante sottolineare come tutta l'esperienza di UniAuser rappresenti una pratica concreta di invecchiamento attivo e di cittadinanza attiva. Infatti, essa vive unicamente grazie all'impegno volontario ed alla disponibilità di tante persone, in grande prevalenza senior, che hanno scelto di mettere a disposizione di altri, all'interno di un progetto educativo e di impegno civile, le proprie competenze e conoscenze, non solo didattiche, ma organizzative e relazionali. Senza questa disponibilità e passione civile non sarebbe stata neppure concepibile un'esperienza di questa natura, che è diventata ormai uno "spazio" irrinunciabile di incontro, conoscenza e socialità per tutta la città.

11. Proposte

Di seguito sono sintetizzate le proposte (riprese dai diversi paragrafi del documento) che a nostro giudizio potrebbero aiutare a vivere l'invecchiamento con consapevolezza e serenità.

Molte delle proposte, se attuate, apporterebbero benefici non solo agli anziani ma all'intera cittadinanza e in particolare ai soggetti "fragili".

- Garantire a tutti condizioni economiche e sociali rispettose della dignità umana.

- Favorire momenti di aggregazione e socializzazione, anche attraverso la promozione di attività di volontariato.
- Promuovere e sostenere progetti che attraverso i "laboratori del sapere" favoriscano la trasmissione delle conoscenze ed il dialogo intergenerazionale.
- Organizzare attività formative rivolte a chi è prossimo alla pensione per stimolare e sostenere la costruzione di un progetto di vita per gli anni post-lavorativi.
- Superare l'enorme differenza di qualità assistenziale dei medici di medicina generale
- Adeguare l'assistenza sanitaria territoriale e superare la separazione ospedale-territorio. Strategie per tali finalità dovrebbero prevedere la realizzazione e/o il rafforzamento di appositi servizi da parte delle ASL, la costituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), le aggregazioni monoprofessionali dei medici di famiglia e pediatri (Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), l'operatività del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).-
- Attuare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ossia il diritto pieno a cure per la non autosufficienza e la fragilità.
- Realizzare l'integrazione socio-sanitaria.
- Sviluppare il continuum interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.
- Dare piena applicazione alla LR 34/1992.
- Promuovere la nascita di una "Consulta" degli anziani.

- Ricercare ogni alternativa possibile alla degenza in ospedale o in strutture di ricovero, relegando la soluzione istituzionalizzante come ultima ratio.
- Attivare forme di controllo, attraverso la costituzione di un gruppo di pressione, sulla qualità dell'assistenza nelle strutture di ricovero (RSA e RP) per promuovere una loro radicale trasformazione.
- Promuovere e agevolare nuove modalità di abitare condiviso (cohousing).
- Divulgare tra i cittadini la conoscenza di possibili soluzioni abitative alternative all'esistente.
- Ripensare i quartieri, avendo come obiettivo finale un ambiente urbano *age-friendly* perché una città a misura di anziano è una città per tutti.

- Promulgare le norme attuative della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina. (Convenzione di Oviedo**).**

- Riconoscere pienamente il testamento biologico.
- Depenalizzare l'eutanasia

Allegato 1

Programma dei cicli d'incontri "Invecchiamento: pensiamoci per tempo!" organizzati dalle Associazioni che hanno elaborato questo documento.

L'aumento medio della speranza di vita impone di inventarsi un nuovo modo di vivere la vecchiaia, superando le paure indotte da un'idea della vecchiaia come peso per la famiglia e per la società e mettendo a frutto le potenzialità dell'esperienza acquisita e delle aspettative maturate negli anni.
Proponiamo una riflessione collettiva e un percorso in 4 tappe per mettere a fuoco le difficoltà e per trovare le strategie vincenti in grado di superarle e almeno contenerle, così da vivere al meglio gli anni della nostra vecchiaia per noi stessi e per l'intera società.

Invecchiamento: pensiamoci per tempo

Riflessioni sull'invecchiamento e proposte per affrontarlo con consapevolezza e dignità

1° Ciclo di incontri

La percezione della vecchiaia e gli atteggiamenti nei suoi confronti

Giovedì 12 Febbraio 2015, ore 17.30
"Gli anziani contemporanei"
a cura di **Carla Costanzi** – sociologa

Giovedì 26 Febbraio 2015, ore 17.30
"La dimensione psicologica dell'invecchiamento"
a cura di **Barbara Dessi** – psicologa

Giovedì 12 Marzo 2015, ore 17.30
"Le rappresentazioni della vecchiaia"
a cura di **Antonio Guerci** – antropologo

Giovedì 19 Marzo 2015, ore 17,30
Parliamo di come il cinema ha affrontato i temi dell'invecchiamento

2° ciclo di incontri

La biologia dell'invecchiamento

Giovedì 9 aprile 2015, ore 17.30
"Biologia dell'invecchiamento e l'esperienza del medico di famiglia"
a cura di **Paolo Degan** – biologo
Pierclaudio Brasesco – medico di medicina generale

Giovedì 23 Aprile 2015, ore 17.30
"Patologie dell'invecchiamento"
a cura di **Ernesto Palummeri** – geriatra
Guido Rodriguez – neurofisiopatologo

Giovedì 7 Maggio 2015, ore 17.30
"La fine della vita"
a cura di **Carla Costanzi** – sociologa
Franco Henriquet - medico

Giovedì 14 Maggio 2015, ore 17.30
Parliamo di come la letteratura ha affrontato i temi dell'invecchiamento

CreamCafè
CreativeMindCafè

Invecchiamento: pensiamoci per tempo

Riflessioni sull'invecchiamento e proposte per affrontarlo con consapevolezza e dignità

III ciclo

Le risposte delle Istituzioni e delle Associazioni ai problemi dell'invecchiamento

martedì 27 ottobre ore 17
"l'evoluzione del concetto e delle pratiche di welfare"
a cura di **Mario Calbi**

mercoledì 25 novembre ore 17
"I servizi offerti dalle Istituzioni sociali"
Maria Neri, direttore del distretto sociale 12 "Bassa Valbisagno"
Orietta Ragni, assistente sociale Municipio 3 "Bassa Valbisagno"
Daniela Mortello, dirigente del Dipartimento Salute e Servizi sociali della Regione Liguria

mercoledì 11 novembre ore 17
"I servizi offerti dalle Istituzioni sanitarie"
Maria Romana Dellepiane, direttore del distretto sanitario 12 Valbisagno e Valtrebbia,
Lorenzo Sampietro, direttore della S.c. Assistenza geriatrica della ASL 3

mercoledì 9 dicembre ore 17
"Le risposte dell'Associazionismo"
Maria Giulia Pastorino, Celivo
Cristina Barbera, Anziani oggi
Umberto Marciasini, Auser
Guido Rodriguez, Cream café

Invecchiamento: pensiamoci per tempo

IV ciclo

Proposte per un invecchiamento consapevole e sereno

Giovedì 4 febbraio ore 17.30
Luciana Castellina
C'è un nuovo modo di vivere la vecchiaia?

Mercoledì 17 febbraio ore 17.30
Carla Costanzi e **Paola Balbi**
Soluzioni abitative anche per gli anni della vecchiaia

Mercoledì 2 marzo ore 17.30
Niccolò Casiddu e **Valia Galdi**
Spazi urbani ed extraurbani a misura di tutti

Mercoledì 16 marzo ore 17.30
Alberto Gottlieb
Si può decidere come morire?

Mercoledì 30 marzo ore 17.30
Paolo Martinelli, Nicoletta Paschetti e **Guido Rodriguez**
Diritti: una proposta per contrastare le violenze sugli anziani

Allegato 2

Si riporta di seguito la CARTA DEI DIRITTI PER CHI NON HA VOCE preparata dall'AUSER nel 2013.

La principale finalità di questo documento consiste nel fornire spunti di riflessione per chi, operando a contatto con gli anziani ospiti di strutture residenziali, è invitato ad interrogarsi sulle modalità del proprio intervento e per coloro che, in qualità di parenti, amici, volontari o comunque portavoce delle istanze degli utenti, possono agire come loro rappresentanti al fine di garantire agli anziani condizioni di vita dignitose e tutelarne il benessere psico-fisico, ovvero garantire l'esigibilità di diritti.

Si tratta infatti di sostenere, anche per questa via, un processo di "acculturazione" su un tema troppo trascurato. La vita in Istituto è infatti un grande rimosso della cultura contemporanea, peraltro come tanti altri aspetti critici che riguardano la condizione anziana, sino al suo epilogo naturale: la morte.

Pertanto la carta non viene declinata in minuziose enunciazioni, bensì in aree tematiche che andranno articolate nei differenti contesti con contenuti variamente dettagliati a seconda dei differenti livelli di qualità già acquisiti. L'aspetto fondamentale di questo percorso consiste nella condivisione di **principi**, la cui applicazione operativa è destinata ad evolvere nel tempo in parallelo all'evoluzione qualitativa dell'assistenza erogata.

Ovviamente i diritti fondamentali non sono inclusi in questo documento, che si riferisce alle specifiche condizioni e relative esigenze di chi vive in una struttura per la residenzialità collettiva. Così ad esempio non si cita il diritto alla libera professione religiosa, come pure alle opinioni politiche, diritti che la nostra Costituzione garantisce a tutti i cittadini indistintamente.

Semmai rispetto a queste istanze dovremmo iniziare ad adeguare il nostro background culturale, in vista dell'invecchiamento della popolazione immigrata che professa religioni diverse da quella cristiana, i cui precetti fondamentali devono essere noti a chi opera a loro contatto per garantire appunto tale libera espressione.

La maggiore consapevolezza raggiunta nel mondo occidentale circa l'estensione dei diritti individuali senza pregiudizi a causa dell'età, del colore della pelle o dell'origine nazionale include anche l'orientamento sessuale dei singoli.

Tra questi diritti umani fondamentali però vanno evidenziati, perché le ricadute sulla condizione anziana sono estremamente rilevanti, il diritto alla salute e alla prevenzione

lungo tutto l'arco della vita. Ciò implica tra l'altro la diffusione di una indiscussa solidarietà intergenerazionale che eviti discriminazioni in base all'età, considerando che le contingenze economiche che stiamo attraversando accentueranno sempre più il rischio di questa odiosa forma di *ageism,* ovvero di ingiustificate discriminazioni in base all'età. Il diritto alla salute implica inoltre il diritto a ricevere l'assistenza sanitaria sino agli ultimi istanti di vita, fatto salvo il diritto ad essere informato, a discutere e ad accettare o meno il trattamento sanitario.

I **DIRITTI** dell'anziano relativi **all'ingresso in Istituto e alla fase che lo precede**:

- diritto ad una corretta e completa informazione sull'offerta di servizi (incluse ovviamente le soluzioni alternative al ricovero), sugli oneri complessivi e le relative competenze, sui trattamenti spettanti all'anziano ospite nonché sulle figure incaricate di fornire tali prestazioni;
- diritto alla libera scelta circa il ricovero le modalità e i tempi dell'ingresso, ovvero autodeterminazione, che si esprimerà anche come:
  - ✓ diritto a non subire ricoveri impropri, sia per quanto riguarda l'ingresso in Istituto, sia rispetto al trasferimento in ospedale del paziente in punto di morte;
  - ✓ autodeterminazione che va applicata a tutte le fasi e gli eventi della vita in Istituto a partire dal diritto ad essere ascoltato circa la decisione relativa al suo ingresso in Istituto sino al rispetto delle sue ultime volontà;
- diritto a ricevere un affiancamento nel primo periodo dopo l'ingresso (es. operatore dedicato) per facilitare l'inserimento nella vita della residenza (nuove conoscenze, nuovi orari, nuove regole di convivenza,…);
- diritto della famiglia a trasmettere tutte le informazioni che ritengono utili per costruire un adeguato piano individualizzato di assistenza.

La vita in Istituto, poi, dovrebbe veder riconosciuti alcuni **PRINCIPI FONDAMENTALI** che si sintetizzano nelle seguenti aree:

- **equità nell'accesso ed appropriata assistenza sociale e sanitaria**
  - ✓ diritto alle cure – incluse cure antalgiche e palliative – a prescindere dall'età avanzata e sino alla morte (fase delicatissima nella quale spesso vengono omesse anche forme minime di assistenza e cura);
  - ✓ diritto ad una corretta e completa informazione sui trattamenti decisi dall'équipe, sui farmaci somministrati e sui valori riscontrati nei controlli sanitari;

- ✓ diritto ad una morte dignitosa con modalità corrispondenti alle volontà dell'anziano all'interno dei limiti posti dalla legislazione vigente;
- ✓ diritto di denunciare gli abusi senza timore di ripercussioni negative e conseguente obbligo per le autorità competenti di rispondere in modo appropriato alla denuncia.

L'intervento rivolto agli anziani richiede anche una specifica attenzione circa la prevenzione di stati depressivi, che ovviamente sono sempre in agguato nei soggetti avanti con gli anni ed in particolare in chi è consapevole delle circostanze in cui si trova a vivere: qui gli specifici diritti si declineranno come diritto a ricevere stimoli, supporti e interventi di monitoraggio per contrastare appunto l'insorgere di tali stati d'animo, nonché ovviamente il successivo trattamento da parte di specialisti.

- ➢ **adeguatezza degli standard assistenziali**

si tratta di un'area molto vasta, rispetto alla quale i fondamentali requisiti che dovrebbero connotare l'erogazione di assistenza consistono in:

- ✓ adeguata considerazione della dimensione psico-sociale della persona anziana
- ✓ personalizzazione del rapporto
- ✓ rispetto delle abitudini di vita pregresse dell'anziano, compatibilmente con le fondate esigenze organizzative della struttura
- ✓ nessuna discriminazione tra ospiti a trattativa privata e pubblica
- ✓ salvaguardia dei principali ritmi di vita dell'ospite, in particolare l'ora di sveglia
- ✓ tempi adeguati per consumare i pasti, favorendo anche la dimensione socializzante di questo momento delle vita quotidiana
- ✓ presenza non episodica di attività di animazione, favorendo anche la socializzazione tra gli ospiti
- ✓ effettuazione ogni qual volta sia opportuno, di interventi riabilitativi come previsto dal Piano Personalizzato di Intervento, periodicamente aggiornato in base alle eventuali mutate esigenze.

- ➢ **tutela della dignità, dell'autonomia e della privacy**

- ✓ rispetto della dignità di ciascuno: il modo e il tono con cui non infrequentemente ci si rivolge agli anziani lascia trasparire una non considerazione dell'altro come persona, peraltro adulta;

- ✓ riconoscimento e rispetto della sofferenza fisica e/o psichica, evitando di paragonare i comportamenti dell'anziano a quelli dei bambini che fanno "capricci";
- ✓ rispetto per il pudore, in tutte le forme in cui può manifestarsi;
- ✓ mirare a ridurre il dislivello di potere tra assistente ed assistito: molta attenzione ad esempio andrà dedicata affinché i comportamenti degli operatori non inducano nell'anziano uno stato di soggezione;
- ✓ garantire non solo un adeguato livello di igiene personale, nonché cura dell'abbigliamento (pulizia degli indumenti e riparazione degli stessi), ma anche le abitudini e le attenzioni alla cura del corpo (cura del viso, delle mani,…) garante della continuità dell'identità personale.

- **sostegno nel mantenimento delle relazioni familiari e amicali**

in particolare nei casi in cui i parenti siano anch'essi anziani e quindi con difficoltà di movimento e/o comunicazione.

La dimensione affettiva dell'anziano ospite deve poter essere vissuta appieno, inclusa l'eventualità di un innamoramento anche a tarda età, evento certo poco frequente, ma che deve trovare preparati gli operatori, ai quali forse competerà anche aiutare i parenti ad accettare questo evento.

La vita affettiva dell'anziano comprende anche la possibilità di espressioni che investono la sfera sessuale. Pertanto deve essere prevista la possibilità per l'anziano di vivere momenti di intimità senza divenire oggetto di scherno o scandalo; si rende altresì indispensabile la formazione degli operatori al fine di garantire al meglio questo tipo di esigenza.

Sempre alla sfera relazionale appartiene il mantenimento di un contatto vivo con la comunità di appartenenza, che si esprimerà attraverso la messa a disposizione di informazioni su quanto accade in città, nel quartiere di residenza prima del ricovero, contatti che potranno prevedere anche l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche.

Anche con riferimento a questo obiettivo, all'anziano va garantito il diritto di uscire ed entrare liberamente dalla struttura, informandone il personale di riferimento. Qualora esistessero limitazioni dovute alle condizioni dell'ospite, la struttura deve creare le condizioni di uscita protetta. Analogamente ai parenti e agli amici degli anziani ospiti va riconosciuto il diritto ad una frequentazione assidua dell'anziano, superando le rigide

limitazioni d'orario.

- **stimolo/sostegno e mantenimento di una vita culturale e dei pregressi interessi personali**
  - ✓ stimolare interessi culturali: seppur lentamente il livello culturale degli anziani è in ascesa rispetto ai decenni precedenti; inoltre la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa ha consentito, se non un vero accrescimento culturale, quantomeno la diffusione di informazioni e curiosità che possono costituire un ottimo spunto. Criterio di partenza sarà riconoscere a tutti una vita culturale, anche se a volte fatta di cose minime, come ad esempio la lettura di quotidiani e riviste;
  - ✓ diritto a partecipare a programmi di educazione permanente.

- **adeguamento degli spazi comuni e privati alle specifiche criticità e impedimenti degli ospiti**
  - ✓ diritto alla sicurezza degli ambienti di vita in primo luogo, ma anche alla creazione di atmosfere serene, arredando gli spazi quanto più è possibile in modo *friendly*, non anonimo, utilizzando opportunamente il colore, i materiali, la disposizione degli arredi, garantendo inoltre la possibilità di trasferire alcuni mobili di proprietà, compatibilmente con le dimensioni degli spazi assegnati;
  - ✓ l'anziano e i suoi famigliari hanno il diritto di essere informati in tempo utile sugli spostamenti di camera (a volte resi indispensabili per rispondere ad esigenze organizzative), avvisando preventivamente sia i compagni di stanza che vengono lasciati, sia i nuovi.

- **tutela degli aspetti patrimoniali e finanziari in genere**
  - ✓ garantire il rispetto della proprietà individuale (denaro, oggetti, vestiti,…);
  - ✓ garantire la disponibilità di una quota minima per le piccole spese personali (a volte sono gli stessi parenti a farsi consegnare i pochi soldi rimasti a disposizione degli anziani ricoverati!!) oltre alla tutela del patrimonio laddove esistente;
  - ✓ promuovere la figura dell'amministratore di sostegno per tutti gli anziani privi o con scarse relazioni familiari.

- **partecipazione degli ospiti e dei famigliari alla definizione della qualità dell'assistenza erogata**
  - ✓ va prevista la possibilità di esprimere bisogni, critiche come pure consigli e scambiare informazioni sull'andamento della vita in Istituto da parte degli ospiti, dei loro famigliari, nonché delle associazioni di rappresentanza degli anziani.

Alcuni importanti **COROLLARI** riguardano l'applicazione di questi enunciati.

Migliorare la qualità della vita degli anziani ricoverati non può prescindere dalla garanzia per gli operatori di migliori condizioni di lavoro, dal carico lavorativo in senso stretto alla possibilità di accedere ad interventi formativi, di aggiornamento e di supervisione. Questo specifico contesto comporta infatti l'esposizione ad alto rischio di *burn-out* ed al corrispondente rischio di trasformare le reazioni difensive in cinismo. Tutto ciò va previsto ed adeguatamente affrontato. Non è sufficiente infatti disporre di personale in possesso dei titoli di studio specificamente richiesti dalla normativa, se tale preparazione di base non viene costantemente aggiornata e supervisionata.