

DAL DARE LE CURE AL “PRENDERSI CURA”

UNA SOCIETA’ PER TUTTE LE ETA’:

Relazione di Brigida Modesti

“La medicina è una scienza sociale e la politica non è niente di più di una medicina su larga scale”(R.Virchow)¹

Sono Brigida Modesti, sono psicologa e lavoro presso la Federazione Nazionale Pensionati della Cisl dove mi occupo di politiche socio-sanitarie.

Innanzitutto voglio ringraziare il dott. Putignano presidente di AGE e in particolare la Dott.ssa Immacolata Pavese che mi ha contattata personalmente e senza la quale oggi non sarei a fare “rete”.

Infatti sono qui a rappresentare un “sociale” per eccellenza qual è il sindacato e dunque a costruire insieme a voi quella integrazione – comunicazione tra il sociale e il sanitario che ci sta molto a cuore.

Nel mio intervento cercherò di ri-percorrere a grandi linee le pratiche del “prendersi cura” portate avanti dalla mia organizzazione sia con le Istituzioni, sia nella verticalità territoriale che ho suddivise in 5 punti:

1

SOSTENERE LA PARTECIPAZIONE DELLE PERSONE ANZIANE ALLA “VITA ATTIVA”: PIENA CITTADINANZA – POLITICA DI INCLUSIONE: LE POLITICHE PER ANZIANI DEVONO TRADURSI NON SOLO IN TUTELA ASSISTENZIALE, MA RESTITUIRE ALLE PERSONE LA DIMENSIONE DEL PROGETTO.

E’ una dimensione da promuovere sempre: nell’anziano autosufficiente fino a quelle situazioni gravissime, di stadi terminali. Anche lì occorre tenere aperta la possibilità di un senso del futuro, che non sia il futuro oltre la morte.

Secondo l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), *l’invecchiamento attivo è il processo volto a ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza allo scopo di migliorare la qualità della vita durante l’invecchiamento.*

In questa ottica le politiche, i servizi, l’ambiente e le strutture sostengono e permettono che le persone invecchino attivamente con le seguenti modalità:

- riconoscere la vasta gamma di capacità e di risorse delle persone anziane;
- anticipare e rispondere in modo flessibile alle necessità e alle preferenze connesse con l’invecchiamento;
- rispettare le decisioni e le scelte relative allo stile di vita degli anziani;
- proteggere coloro che sono più vulnerabili;
- promuovere il loro inserimento in tutte le aree della vita della comunità, nonché il loro contributo.

L’invecchiamento attivo dipende da numerose influenze o fattori determinanti che circondano gli individui, le famiglie e le nazioni. Tali fattori comprendono condizioni materiali e sociali che influenzano in maniera individuale i comportamenti e i sentimenti e il modo in cui una persona invecchia

¹ R: Virchow (1821-1902), scienziato, medico e naturalista tedesco. Studioso di malattie infettive e sostenitore dell’importanza delle cause socio-economiche delle malattie. Virchow osteggiò per lungo tempo Koch, scopritore del bacillo della tubercolosi nonché uno dei padri della ricerca orientata verso le ragioni biologiche delle malattie.

2

L'INVECCHIAMENTO, L'AMBIENTE, L'INTERGENERAZIONALITÀ, LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Le proposte emerse dalla seconda Conferenza mondiale dell'ONU sull'invecchiamento della popolazione (Madrid 2002), dalla Conferenza dei Ministri sull'invecchiamento a Berlino (ECE/ONU - settembre 2002), dal Libro Verde della Comunità Europea Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici (marzo 2005), traducono in termini nuovi, la sfida che il progressivo invecchiamento della popolazione pone: opportunità di sviluppo, ampliamento dei margini di libertà di scelta e di autodeterminazione delle persone, rispetto dei diritti di cittadinanza lungo tutto l'arco della vita senza differenza di età e di genere, centralità del rapporto tra le generazioni attuali e quelle future.

L'invecchiamento della popolazione mette in evidenza come uno sviluppo sostenibile non può che poggiare sulla "capacità di garantire condizioni di benessere umano e accesso alle opportunità (sicurezza, salute, istruzione, ma anche divertimento, serenità, socialità), distribuite in modo equo tra strati sociali, età e generi, ed in particolare tra le comunità attuali e quelle future" ed è incompatibile non solo con la povertà e il declino economico, con la violazione della dignità e libertà umana, ma oggi più che mai con il degrado delle risorse naturali. "Assicurare la sostenibilità ambientale", recita così l'obiettivo 7 del MDG, Millennium development goal, (Obiettivi di sviluppo del millennio) 2005-2015 dell'ONU. Serve, dunque, promuovere l'Ambiente a risorsa per lo sviluppo che a sua volta è legato ad un obiettivo fondamentale: la qualità della vita come diritto di tutti. ²

A partire dalla "Carta di Ottawa degli anni '80" e successivamente nei documenti della Conferenza mondiale sull'invecchiamento della popolazione (Madrid 2002), della Conferenza di Berlino (settembre 2002), l'OMS ha cercato di rendere operative due strategie che vanno sotto il nome di "strategia della salute per tutti" e di "promozione della salute", entrambe adottate via, via da tutte le Nazioni, compresa l'Italia.

La promozione della salute, percepita come risorsa della vita quotidiana che mira al benessere, deve portare a condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti, alla protezione degli ambienti naturali e artificiali, alla conservazione delle risorse naturali, essa deve consentire una valutazione sistematica degli effetti dell'ambiente sul benessere delle persone. E' oramai noto come l'inquinamento atmosferico, nelle sue varie forme, produca molti e svariati danni alla salute. soprattutto a carico di anziani e bambini

Pertanto le politiche socio-sanitarie che si occupano di anziani:

- a) non possono viaggiare separatamente da un miglioramento della vita dei cittadini di tutte le età;
- b) occorre non solo sinergia tra il sociale e il sanitario, ma tra i vari settori politici, sociali ed economici del paese. Senza una politica di sistema, intersettoriale e interministeriale (Ministero della salute, Ministero del Welfare, Ministero dell'Ambiente, Ministero dei Trasporti, Ministero dell'Agricoltura, etc.) ben coordinate a livello centrale, regionale e locale, non cambia nulla.

² E' oramai noto come l'aumento precipitoso delle patologie legate all'apparato respiratorio e acustico, sono la diretta conseguenza dell'aumento dell'inquinamento atmosferico, nelle sue varie declinazioni. La Commissione Nazionale Emergenza Inquinamento Atmosferico, afferma che il 49% dell'inquinamento dipende dal traffico, dai trasporti. E' aumentata la mortalità infantile da malattie respiratorie e il tumore polmonare, dovuto alla presenza di polveri sottili.

L'OMS dice che le morti premature in Italia per polveri sottili, prodotte principalmente dal traffico, sono al livello nazionale, 39.000 l'anno. Ma siccome queste morti sono invisibili, nessuno se ne accorge, la percezione del danno è inesistente. A ciò si aggiungono i dati della mortalità stradale e quelli dei pedoni. Le patologie oramai si allargano anche ad altri distretti del corpo umano: vescica, tiroide, etc., scatenando effetti potenzialmente cancerogeni e infiammatori.

INTERGENERAZIONALITA'

I problemi ambientali che sembrano prefigurare una lenta agonia del pianeta e dei suoi abitanti, si ripercuoteranno soprattutto sulle generazioni future, le quali concretamente sono incarnate nei figli, nei nipoti e nei discendenti cui lasceremo in eredità il mondo.

Gli anziani/e non sono solo una fascia bisognosa di tutela e aliena dai problemi concreti del futuro, ma devono concepire un'interazione partecipativa tra le diverse generazioni e tra i diversi modi di abitare la Terra.

Infine l'ambiente, può rappresentare una notevole opportunità di occupazione per gli anziani e i giovani (ad esempio come custodi nei parchi, nella coltura degli orti, come operatori della mobilità sostenibile, cioè di tutte quelle attività e iniziative che in generale contribuiscono alla sicurezza della vita quotidiana e alla fruibilità dell'habitat urbano,

RAPPORTO TRA SALUTE E HABITAT URBANO

Le concezioni architettoniche dei quartieri moderni, l'assenza di verde, le dimensioni dello spazio, il tipo di materiali usati e infine la mancanza di infrastrutture di servizio adeguate, ledono quel primario bisogno di "appartenenza" e di "identità" di luogo e di immagine di chi vi abita, e crea in questi ultimi non poche difficoltà a riconoscersi nel proprio ambiente di vita. Il disagio e lo stress ambientali indeboliscono anche il grado di socialità degli individui, la naturale e vitale esigenza di ciascuno ad esistere e coesistere insieme. Questa dimensione esistenziale deprivata dei suoi contenuti sostanziali, si ripercuote negativamente sulla salute fisica e mentale dei cittadini inducendo disagio e fragilità: gravi forme di devianza sociale nei giovani, depressione e decadimento psico-fisico negli anziani, forte limitazione all'autonomia dei bambini. L'habitat urbano, ossia "la realtà fisica del sistema sociale e culturale", concepito e ideato a prescindere dalle reali esigenze dei suoi abitanti, crea di per sé nuove barriere architettoniche che espongono a gravi limitazioni non solamente le persone dichiarate fragili dalla società, ma anche il resto dei cittadini. i cosiddetti "handicap indiretti": inquinamento acustico, paralisi del traffico, degradazione ambientale e vandalismo generalizzato.

Al contrario di quanto comunemente e superficialmente si pensi, DUNQUE gli interventi ambientali, rappresentano per la persona anziana e i loro familiari una risorsa terapeutica preziosa, ma purtroppo ancora del tutto sottovalutata dagli addetti ai lavori: architetti, ingegneri, nonché dai responsabili della sanità e dell'assistenza

Un buon miglioramento dell'ambiente URBANO E DOMESTICO della persona "può compensare (assumendo la valenza di protesi) o al contrario accentuare i deficit motori cognitivi e condizionare perciò lo stato funzionale e il comportamento".

Il discorso vale anche e soprattutto per le RA e le RSA, dovrebbero evocare nella persona una sensazione di "casa", in quanto gli arredi e la loro disposizione sono quanto di più possibile decontestualizzati dalle schema di tipo sanitario, ma assomigliare nella forma, nei materiali, nella disposizione a quelli di una abitazione.

L'accessibilità dei prodotti e degli ambienti per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale di raggiungere l'edificio e le sue unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia". Il concetto di accessibilità, supera la logica degli interventi di tipo assistenziale, volti a risolvere situazioni di emergenza o salvaguardare specifiche categorie di cittadini svantaggiati", riconoscendo all'accessibilità il ruolo di requisito base della progettazione ed integrandolo definitivamente a quello della sicurezza.

AZIONI:

UN AMBIENTE URBANO ACCOGLIENTE, SICURO, ACCESSIBILE, SALUBRE, FRUIBILE. UNA CITTÀ VIVIBILE PER TUTTE LE ETÀ;

GARANTIRE LA POSSIBILITÀ DI VIAGGIARE IN MODO AUTONOMO E CON SERVIZI ACCESSIBILI ED ADEGUATI;
E' indispensabile lo sviluppo di percorsi protetti per pedoni e biciclette e di sistemi di trasporto pubblico più accessibili nei costi (oggi spesso eccessivi per i redditi da pensione) ed il superamento delle barriere architettoniche e di accesso a bus e treni.

GARANTIRE IL DIRITTO AGLI SPOSTAMENTI ANCHE PER LA POPOLAZIONE IN CONDIZIONE DI AUTONOMIA LIMITATA;

FAVORIRE LA VITA INDIPENDENTE E SOSTENERE LA DOMICILIARITÀ CON SCELTE ABITATIVE ADEGUATE;

RIDURRE L'INSICUREZZA E LIMITARE GLI EFFETTI NEGATIVI CONSEGUENTI AGLI EPISODI DI CRIMINALITÀ.
Il diffuso senso di insicurezza (che va dai rischi presenti nelle abitazioni, che generano una gran quantità di infortuni, alle le difficoltà a muoversi con sicurezza nell'ambiente urbano, fino ad arrivare agli episodi di criminalità: furti, truffe, etc.), suggerisce a tante persone anziane di chiudersi nella propria abitazione. Così aumentano i rischi derivanti dalla solitudine, dalla perdita di relazioni umane, dall'impoverimento culturale e dalla dipendenza.

3.

POLITICHE DI GENERE

“Le donne anziane sono più numerose degli uomini in proporzione al crescere dell'età. La situazione delle donne anziane in ogni caso deve essere una priorità di ogni piano di azione. Riconoscere il diverso impatto dell'invecchiamento sulle donne e sugli uomini è essenziale per assicurare una piena eguaglianza tra uomini e donne e lo sviluppo di efficaci ed efficienti misure per raggiungere gli obiettivi (Piano di azione, 1,8- Conferenza Mondiale sull'Invecchiamento dell'ONU, Madrid, 2002).

Si invecchia, dunque, soprattutto al femminile, e quindi pensare alle politiche e ai servizi per anziani, significa capire e conoscere questa maggioranza per sapere cosa è meglio fare. Se esiste una differenza di genere, proprio questa differenza non viene annullata con la vecchiaia. Ad esempio, considerare le persone anziane come lavoratori in pensione, significa ignorare che molte donne, oggi non rientrano in questa categoria. Le differenze tra uomini e donne in vecchiaia, forse accentuano quelle tra uomini e donne nel mercato del lavoro. La cosiddetta “femminilizzazione della povertà”, sta ad indicare che la gran parte delle vedove attuali o donne sole, hanno un reddito insufficiente e che il 72% dei poveri sono donne.

Anche nel campo medico, esiste una ricerca indifferenza dove i saperi del corpo e della salute delle donne sono stati costruiti sul modello universale maschile e proprio le attuali ricerche in geriatria, recentemente hanno fatto notevoli passi avanti, nell'individuare le diverse tipologie di malattie che insorgono nei due sessi.³

AZIONI:

- *UNA PROSPETTIVA DI GENERE IN TUTTE LE POLITICHE, PROGRAMMI E LEGISLAZIONI*
- *LA RICERCA SCIENTIFICA DIFFERENZIATA A TUTTI I LIVELLI, PER RENDERE SPECIFICHE LE CARATTERISTICHE TRA DONNE E UOMINI.*
- *SERVIZI SOCIO-SANITARI ADEGUATI (vedi anche consultori familiari)*

³ Alcuni esempi: le donne sviluppano rispetto agli uomini patologie meno letali, ma che nel corso degli anni degenerano in patologie invalidanti: l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa e il diabete. Gli uomini, al contrario, sviluppano con maggiore frequenza patologie croniche a maggiore letalità, come i tumori maligni e le malattie del sistema cardiocircolatorio. E' dimostrato che se le donne vivono più a lungo, gli uomini possono contare su un maggior numero di anni da trascorrere in “buona salute”, etc.

4

DE-SANITARIZZARE I BISOGNI DEGLI ANZIANI / DIRITTO ALLE CURE

Recentissime indagini, rilevano che l'80% degli anziani/e vive in buone condizioni di salute e di questi le donne sono le più numerose. Sono in aumento però i disturbi di natura psichica, in particolare la depressione.

Il 12-13 giugno 2008 è stato presentato e firmato a Bruxelles il “*Patto europeo per la salute e il benessere mentale*” in occasione della Conferenza europea ad alto livello sulla salute mentale (*Together for Mental Health and a Well-being*), che per la prima volta ha riunito ministri, esperti, pazienti, operatori della sanità, ricercatori e personalità ad alto livello per concordare future azioni comuni finalizzate a migliorare la salute mentale in Europa. La conferenza e il patto costituiscono il passo successivo alla consultazione in merito alla *Carta verde sulla salute mentale* presentata dalla Commissione nell'autunno del 2005.

Il trattato, varato dalla Commissione europea con l'Oms, suggerisce di mettere in comune le esperienze maturate in tutta l'Unione europea in cinque gli ambiti chiave di intervento:

- prevenzione del suicidio e della depressione
- salute mentale tra i giovani e nel mondo della scuola
- salute mentale sul lavoro
- salute mentale tra gli anziani
- lotta contro la stigmatizzazione e l'esclusione sociale.

In Europa i disturbi mentali sono in aumento: si calcola che 50 milioni di persone (l'11% della popolazione) soffra di un qualche disagio psichico. La depressione è uno dei disturbi mentali più diffusi e gravi, che colpisce in modo trasversale giovani, adulti e anziani.

Questi disturbi possono indurre al suicidio ed in effetti nell'UE ogni 9 minuti una persona si toglie la vita. una prevalenza nell'arco della vita di forti depressioni nel 9% degli uomini adulti e nel 17% delle donne adulte. Il suicidio è una delle principali cause di morte prematura in Europa e nel 2006 è stato all'origine di 58 mila decessi nell'Ue: più degli incidenti stradali, che hanno provocato 50 mila decessi nello stesso anno. Il 90% dei suicidi è legato a disturbi mentali.

Gli anziani, da sempre, sono il gruppo con un alto rischio di suicidio in Europa, la depressione è una delle maggiori cause di suicidio nell'età anziana (si calcola il 10-15% delle persone over 65).

Il costo economico della depressione nell'UE è stato stimato a 235 euro per abitante nel 2004, pari a 118 miliardi di euro nell'Ue a 25 e nei Paesi dell'Efta. I costi diretti a carico dei sistemi sanitari negli Stati membri sono elevati e sono sempre più problematici, ma la quota maggiore dei costi, pari al 65%, ricade sui settori al di fuori di quello sanitario (in particolare a causa di assenze dal lavoro, inabilità lavorativa e prepensionamenti).

Nella nostra società che invecchia è urgente l'esigenza di far fronte in modo pianificato alla crescente prevalenza delle malattie mentali nella popolazione anziana causata sia da un invecchiamento patologico riscontrabile nelle varie forme più o meno gravi di demenza senile e depressione sia all'indebolimento della rete di sostegno sociale, infatti la perdita di memoria è collegata a stati depressivi, ansiogeni e all'isolamento. Si calcola che oltre 5 milioni di persone in UE soffrono di demenza (circa l'1.1 - 1.3% della popolazione) di vario tipo.

In Italia circa il 5% degli uomini e il 7% delle donne con più di 65 anni. L'Alzheimer rappresenta il 60% dei casi di demenza. Il rischio è del 2% nelle persone di 65-69 anni, e del 22% tra gli 85 e 89. Nicolas Sarkozy, Presidente di turno del Consiglio Europeo, ha dichiarato che farà della lotta all'Alzheimer una priorità per tutta l'Europa. Un primo passo

sarà organizzare la Prima Conferenza Europea sull'Alzheimer in programma a Parigi il 30 e 31 ottobre prossimo.

Ci SI AMMALA – DUNQUE – E si muore anche per motivi contestuali: la solitudine può portare anche alla morte e al suicidio. Occorre dunque ascoltare e interpretare questa solitudine, farsi carico delle cause che la provocano, modificare i meccanismi strutturali e permanenti che producono il disagio. Bisogna cioè De-sanitarizzare i disturbi degli anziani cioè prendere consapevolezza che molto spesso la malattia fisica del corpo esprime un bisogno affettivo, relazionale, psicologico e sociale che la società non soddisfa, ma anzi reprime e maschera; in altri termini riportare il disagio individuale alla consapevolezza delle sue cause reali e battersi collettivamente per rimuovere queste cause.

5

EDUCAZIONE ALLA VECCHIAIA – LAVORO SUGLI STILI DI VITA – CORSI DI PRE-PENSIONAMENTO ORIENTATI AL PENSIONAMENTO – SERVIZIO CIVILE – ATTIVITA' SOCIALMENTE UTILI

EDUCAZIONE E FORMAZIONE PER TUTTA LA VITA

Le politiche per gli anziani devono dunque riguardare sia la promozione di una moderna rete di servizi umanizzata e umanizzante, sia una cultura dell'anziano non residuale, dove prendersi cura della sua vita quotidiana significa farsi carico in modo creativo e coraggioso, di una "domanda di senso", "di progetto", "di ruolo" senza la quale ogni politica, anche quelle che il sindacato porta avanti, rischia di essere insufficienti.

Investire nell'apprendimento degli adulti, promuovendo sia le UTE, sia azioni formative per gli anziani diffuse sul territorio, sono iniziative finalizzate a potenziare le competenze chiave per l'apprendimento permanente e sono richiamate dal Parlamento europeo e dal *Consiglio del 18 dicembre 2006*, con particolare riferimento alle competenze sociali e civiche, di base in campo scientifico e tecnologico, digitali e linguistiche.

L'attuazione di programmi di apprendimento, hanno il compito di allenare le persone ad adottare stili di vita idonei, che consentono di vivere una vecchiaia vitale e attiva. L'educazione e la formazione nell'età serotina della vita è anche un validissimo strumento di prevenzione di diverse patologie che insorgono in questa età, quali la depressione, l'ansia, i disturbi di comportamento e cognitivi, il ricorso ossessivo ai farmaci, etc..

In tal senso le Università per la Terza Età rappresentano uno strumento prezioso di promozione culturale, di mantenimento e di sviluppo delle capacità fisiche e mentali degli anziani.

ISTITUIRE E DIFFONDERE CORSI DI GINNASTICA MENTALE - RIABILITAZIONE COGNITIVA – PSICOTERAPIE

Le neuro scienze hanno ampiamente dimostrato le capacità del nostro cervello di sviluppare meccanismi riparativi e compensativi che intervengono sugli assetti (cellule e collegamenti) danneggiati, ed è proprio su tali proprietà del sistema nervoso note "plasticità" e "ridondanza" neuronali, che si basano le tecniche di riabilitazione cognitiva che vanno da quelle utilizzabili con anziani e adulti senza particolari patologie, a quelle con pazienti affetti da decadimento cognitivo lieve, fino alle tecniche per i pazienti affetti da decadimento cognitivo grave o moderato.

In questo senso si parla di "strategia di intervento "small gains" che si fondano sulla possibilità di correzione di tutto ciò che è possibile correggere al fine di migliorare la qualità della vita del paziente e del caregiver".

Come FNP sarebbe nostro compito non solo aumentare la nostra sensibilità e quella degli enti locali verso questi aspetti della vita e della salute dell'anziano da rappresentare e tutelare nella verticalità territoriale; sono pochissime e del tutto insufficienti le Regioni d'Italia dove sono realizzati

6

RIAFFERMARE LA VALIDITA' DELLA 328 CHE GARANTISCE L' UNIVERSALITA', L' INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIO, LA SUSSIDIARIETA' VERTICALE E ORIZZONTALE

Nel corso degli ultimi decenni, la crisi del sistema di welfare state in Italia, ma anche nel resto d'Europa, ha posto le basi per la nascita ed il consolidamento di nuovi assetti di welfare capaci di dare risposte efficaci ai bisogni sociali della cittadinanza. Il principio di sussidiarietà sembra essere la nuova leva verso la trasformazione del welfare fondato sul decentramento, sul pluralismo delle istituzioni. Da qui la nuova definizione di welfare mix, cioè un assetto organizzativo e sistemi di gestione dei servizi sociali "mista", cioè gli attori coinvolti sono pubblici e privati, for profit e non profit, etc. Al welfare mix si affianca la "comunità solidale" o welfare community ossia un modello di politica sociale che, modifica profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile e garantisce a quest'ultima una maggiore soggettività e protagonismo e di autodeterminazione fondato sui valori comunitari della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune. E fuor di dubbio infatti che, qualsiasi sviluppo avrà il welfare, non potrà comunque più fare a meno della presenza determinante del "terzo settore". Il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale hanno dimostrato, infatti, in questi ultimi anni di essere in grado di rispondere in maniera qualificata alla domanda di partecipazione e di relazionalità che rappresenta la nuova dimensione dei bisogni sociali.

APPROVAZIONE DEI LIVEAS - LIVELLI DI ASSISTENZA SOCIALE

Il nuovo titolo V della Costituzione stabilisce una esclusiva competenza delle Regioni in materia di assistenza e mantiene in capo allo Stato una funzione strategica per la governance del sistema di welfare nazionale. Allo Stato spetta, infatti, la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), concernenti i diritti civili e sociali. I Liveas rappresentano, il principale strumento per il governo delle politiche sociali nazionali, in un sistema integrato dei servizi che si articola, da un lato, su piani istituzionali differenti: **sussidiarietà verticale**; dall'altro, in una rete di soggetti pubblici e privati che concorrono alla erogazione dei servizi e degli interventi: **sussidiarietà orizzontale**. I Liveas rivestono una importante funzione di coesione del sistema poiché consentono, a fronte di un sistema di protezione sociale fortemente differenziato sul territorio, e che presenta marcati elementi di sperequazione territoriale (specie in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate), uno strumento di garanzia per il diritto al soddisfacimento dei bisogni di natura assistenziale e sociale. Dopo 30 anni di distanza dall'introduzione del servizio sanitario nazionale (L. 833/78), la definizione dei contenuti del diritto alla salute può contare su prestazioni codificate e protocolli diagnostico-terapeutici consolidati. Non è così per i servizi e gli interventi sociali - fatto salvo l'insieme, peraltro prevalente, delle erogazioni monetarie centrali. La differenziazione territoriale della cittadinanza (o non cittadinanza) sociale è un tradizionale nodo critico delle politiche sociali in Italia (cfr. Saraceno 2005), la cui soluzione rappresentava uno degli obiettivi di fondo della legge quadro

La Legge quadro di riforma dell'assistenza del 2000 (L:328) ha, per prima, introdotto un riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni sociali. Successivamente, la riforma costituzionale del 2001 ha modificato il quadro di riferimento attribuendo ai livelli essenziali una posizione cruciale, in parte diversa rispetto a quella prefigurata dalla 328/00.

Ciò che la legge elenca è un insieme di bisogni e di aree di intervento delle politiche sociali, ed in particolare: misure di contrasto della povertà; misure economiche per le persone dipendenti; interventi, inserimenti familiari e comunitari a favore di minori in difficoltà; misure a sostegno delle responsabilità familiari; misure di sostegno alle donne in difficoltà; servizi per i disabili; servizi per gli anziani non autosufficienti; servizi per i tossicodipendenti; servizi di informazione e consulenza. Inoltre, la legge quadro identifica alcuni servizi come parte dei livelli essenziali che devono essere garantiti in ogni ambito territoriale: il segretariato sociale, il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare, il servizio di pronto intervento sociale, strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili, centri di accoglienza residenziali e diurni a carattere comunitario.

A oggi, i LIVEAS non sono stati ancora approvati e ci troviamo ad affrontare una grande eterogeneità territoriale esistente, che nella fase recente è persino cresciuta. A fronte di una spesa media nazionale per i servizi sociali comunali di 92 euro pro-capite, il valore del Sud è 38,1 e quello del Centro 103,6, mentre Nord ovest e Nord est si attestano rispettivamente a 111,9 e 135,2 euro. Poiché negli ultimi anni, 2002-2005, la spesa pro-capite per servizi sociali nelle regioni del Sud è diminuita percentualmente più che al Nord, la distanza tra le aree del paese risulta oggi ancora più marcata che in passato.

IMPORTANZA DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

Il segretariato sociale che è un Liveas, rappresenta per la FNP, sia un grande strumento di conoscenza degli svariati problemi delle persone, sia un servizio fondamentale di informazione e orientamento per il cittadino-utente.

FAR DECOLLARE LA RETE DEI SERVIZI E L' ASSISTENZA TERRITORIALE

Per ciò che concerne l'integrazione; socio-sanitaria, la sua effettiva realizzazione è ancora lontani da un livello soddisfacente, specialmente per ciò che concerne la attuazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata. La rete di residenzialità assistita sia sanitarie che sociale, non decolla e, a fronte di cospicui investimenti, viene rinviato nelle economie addirittura il 70% delle risorse, con liste di attesa lunghissime (L. Colombini FNP/CISL, 2008).

Per quanto riguarda la 328/00, solo undici Regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli V.G., Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana) e la provincia di Trento, hanno recepito la Legge, riconoscendone il valore di norma-quadro. Tale situazione, peraltro, in assenza della definizione dei LIVEAS a livello statale, ha indotto le Regioni ad operare per introdurre propri livelli essenziali, e inoltre non tutte le Regioni hanno in ogni caso adottato specifici Piani regionali sociali.

Per ciò che concerne la spesa sociale, inoltre, questa varia in maniera drammatica dal Nord al Sud, e fra Regioni a Statuto ordinario e Regioni a Statuto speciale.

Nel 2005 la spesa sociale dei Comuni rappresenta lo 0,4% del PIL.

La spesa pro-capite a livello nazionale è di 98 € l'anno, ma si passa a 146 € l'anno per abitante al Nord- est a un valore di 40 € al Sud. I maggiori destinatari sono le famiglie con figli 38,5%, 23,4% la spesa sociale per anziani.

La spesa sociale pro-capite x anziani varia: 48 € al Sud – 192 € nel nord-est. (Istat, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni 2008; periodo di riferimento: Anno 2005*).

Per ciò che concerne il fondo sociale, “secondo una analisi condotta dalla FNP nelle economie (risorse né impegnate e né spese₁ e quindi inutilizzate confluisce il 25% delle previsioni di spesa, con preoccupanti dimostrazioni di non capacità di spesa della Calabria (72%), Campania (60%), Sicilia (55%)”, (L. Colombini, FNP/CISL, 2008).

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

I Sindacati chiedono già da diversi anni al Parlamento e al Governo di discutere ed approvare la proposta di legge di iniziativa popolare per la non autosufficienza che prevede la determinazione dei livelli essenziali, la istituzione di un Fondo nazionale alimentato dalla fiscalità generale.

La Finanziaria 2007 nelle more della definizione di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale, istituisce il “ Fondo per le non autosufficienze” al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l’anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.

Il Fondo è affidato al Ministero della solidarietà che ripartisce gli stanziamenti con proprio decreto. Le risorse del Fondo devono essere destinate e vincolate alla domiciliarità, come richiesto dall’articolo 15 della legge n. 328/2000

Alle risorse del Fondo dovranno aggiungersi quote riservate del Fondo Sociale Nazionale, così come stabilito dallo stesso articolo 15 e quote delle Regioni e degli Enti locali.

Infine, l’istituzione del Fondo nel capitolo della spesa sociale richiede che la sanità destini proprie risorse alla realizzazione del piano sanitario territoriale per la non autosufficienza in base all’articolo 3-octies della legge n. 229/’99, in modo che esso possa integrarsi con quello sociale così da dar vita in tutti i distretti sociosanitari all’Assistenza domiciliare integrata (Adi), uno dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

DIRITTO ALL’INTERVENTO RIABILITATIVO

L'intervento riabilitativo, attivabile all'interno dei livelli essenziali di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), adotta quale riferimento, un modello di percorso integrato socio-sanitario (Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione in GU 30 maggio 1998, n. 124), prevedendo interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale.

Di conseguenza, il processo riabilitativo deve riguardare, oltre che aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici e sociali. Si definiscono "attività di riabilitazione sociale" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di handicap.

La Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti della persone handicappate (L. 104/92), nonché la moderna Geriatria, hanno inserito le attività di riabilitazione fra le priorità nella ridefinizione della rete dei servizi socio-sanitari.