

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

Doc. XXII-bis

n. 1

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLA DIGNITÀ E CONDIZIONE SOCIALE DELL'ANZIANO

(istituita con deliberazione 17 marzo 1988)

(composta dai senatori: *De Giuseppe*, Presidente; *Zanella*, *Ranalli*, Vice Presidenti; *Perricone*, *Sirtori*, Segretari; *Azzaretti*, *Bissi* (1), *Cappelli*, *Cassola*, *Condorelli*, *Ferraguti*, *Iannone*, *Lops*, *Manzini*, *Moro*, *Nespolo*, *Ossicini*, *Parisi*, *Perugini*, *Pinto*, *Signorelli*, *Strik Lievers*, *Tedesco Tatò*, *Toth*, *Visca*)

RELAZIONE CONCLUSIVA

Approvata dalla Commissione nella seduta del 27 luglio 1989

**Comunicata alla Presidenza il 28 luglio 1989
ai sensi dell'articolo 2 della deliberazione 17 marzo 1988**

ROMA 1989

(1) Fino al 26 luglio 1989.

SENATO DELLA REPUBBLICACOMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLA
DIGNITÀ E LA CONDIZIONE SOCIALE DELL'ANZIANO

IL PRESIDENTE

Roma, 28 luglio 1989.-

Prot. 210/ GdG/el

Illustre Presidente,

la Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e la condizione sociale dell'anziano ha terminato i suoi lavori, approvando il documento conclusivo nella seduta di giovedì 27 luglio.

Le trasmetto dunque tale relazione, affinché venga acquisita agli atti del Senato, La Commissione ha deliberato, nella sua ultima seduta, che assieme alla relazione vengano pubblicati, in allegato, le due ricerche compiute dal Servizio Studi - per conto della Commissione stessa - nonché gli studi elaborati dai 6 consulenti nominati dall'ufficio di Presidenza, ai sensi dell'articolo 7 della deliberazione istitutiva.

La Commissione ha altresì deliberato che i resoconti stenografici relativi alle audizioni ed ai sopralluoghi siano stampati ed abbiano la normale pubblicità degli atti parlamentari.

Le rinnovo il più vivo ringraziamento per la fiducia accordatami, chiamandomi a presiedere la Commissione d'inchiesta, e Le porgo i più deferenti saluti.

*Di cuore**Snio*

(Giorgio de Giuseppe)



Onorevole
Sen. Prof. Giovanni Spadolini
Presidente del
Senato della Repubblica
ROMA

INDICE

INTRODUZIONE

I LAVORI DELLA COMMISSIONE

Le audizioni	Pag.	7
I sopralluoghi	»	9
Gli studi promossi dalla Commissione	»	12

CAPITOLO I

LA CONDIZIONE DEGLI ANZIANI E LA POLITICA SOCIALE IN ITALIA

La seconda rivoluzione demografica	Pag.	13
La crisi del <i>welfare state</i>	»	14
Gli anziani come risorsa	»	16
La condizione economica degli anziani	»	17
La condizione delle donne anziane	»	19
Carenze e ritardi nelle politiche per gli anziani	»	19

CAPITOLO II

LE PROPOSTE DELLA COMMISSIONE

Problemi del lavoro e del sistema previdenziale	»	23
Abolizione del limite di età per gli incarichi pubblici	»	24
Il problema abitativo	»	25
Riordino delle competenze in materia di assistenza degli anziani	»	26
Interventi per il mantenimento della condizione di autosuf- ficienza	»	27
Interventi per gli anziani non autosufficienti	»	30
L'impatto delle proposte sulla spesa pubblica	»	36
Per una Carta dei diritti dell'anziano	»	37

INTRODUZIONE

I LAVORI DELLA COMMISSIONE

1. La Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano è stata istituita dal Senato della Repubblica con deliberazione dell'Assemblea, adottata il 17 marzo 1988, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e dell'articolo 162 del Regolamento del Senato.

L'articolo 1 della deliberazione definisce l'ambito dell'inchiesta parlamentare, attribuendo alla Commissione il compito di acquisire tutti gli elementi conoscitivi relativi alla condizione dell'anziano, attraverso la verifica dei «risultati delle politiche adottate nell'arco degli ultimi dieci anni da parte della pubblica amministrazione nelle sue varie articolazioni (Stato, regioni ed enti locali), nonché i risultati di ogni altra attività anche di carattere privato o basata sul volontariato, al fine di fornire al Parlamento, al Governo e all'Amministrazione dello Stato, centrale e periferica, i punti di riferimento e proposte per orientare opportunamente l'attività legislativa ed amministrativa».

Emergono con chiarezza gli obiettivi che l'inchiesta parlamentare intende raggiungere: compiere un'analisi globale della complessa realtà degli anziani in una società industriale, contrassegnata da tendenze demografiche e sociali che pongono problemi nuovi ai pubblici poteri, ed avanzare conseguenti proposte operative.

I particolari poteri attribuiti alle Commissioni parlamentari d'inchiesta dall'articolo 82 della Costituzione - che fa esplicito riferimento ai poteri e ai limiti dell'attività giudiziaria - nella conduzione delle indagini hanno consentito di effettuare sopralluoghi in strutture residenziali acquisendo documenti ed elementi utili.

L'estrema ampiezza dell'obiettivo da raggiungere ha imposto alla Commissione di compiere le verifiche in maniera diretta ed indiretta, acquisendo importanti elementi conoscitivi attraverso l'audizione di rappresentanti delle organizzazioni dei lavoratori, di assessori regionali e dei ministri competenti per le politiche sociali, nonché attraverso sopralluoghi in strutture residenziali per anziani in province rappresentative delle diverse realtà sociali e territoriali. La Commissione ha acquisito anche studi e proposte prodotti nel dibattito politico e culturale negli ultimi anni - tra cui atti di recenti convegni dedicati soprattutto alla problematica dei non autosufficienti - ed ha promosso, per propria iniziativa, ulteriori approfondimenti su aspetti particolari della questione degli anziani.

Le audizioni

2. Le audizioni effettuate dalla Commissione si sono articolate in tre fasi: la prima dedicata alla rilevazione dei problemi, con l'audizione di esperti di chiara fama di questioni demografiche e sociali, nonché di qualificati rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti e dei lavoratori autonomi; la seconda dedicata all'audizione di alcuni assessori alla

sicurezza sociale di Regioni rappresentative delle differenti realtà territoriali del paese; la terza dedicata all'audizione dei ministri titolari dei dicasteri interessati al problema anziani.

Nell'ambito della prima fase la Commissione ha ascoltato il presidente dell'Istituto di ricerche sulla popolazione del CNR, professor Antonio Golini, il presidente dell'ISTAT, professor Guido Rey, e il professor Ermanno Gorrieri, già presidente della Commissione di studio sulla povertà in Italia. Inoltre, sono stati ascoltati, in rappresentanza delle Confederazioni sindacali CGIL-CISL-UIL, Giuliano Cazzola e Franco Rastrelli, rispettivamente rappresentante della segreteria nazionale e segretario della federazione pensionati della CGIL, Franco Bentivoglio e Raul Valbonesi, rappresentanti rispettivamente della segreteria confederale e della federazione pensionati della CISL; Bruno Bugli e Silvano Miniati, rappresentanti rispettivamente della segreteria confederale e della federazione pensionati della UIL. Infine, sono stati ascoltati, in rappresentanza dei lavoratori autonomi, Emilio Pegoraro, presidente della associazione nazionale pensionati della Confcoltivatori, Paolo Bartoli, vice segretario nazionale della Confcommercio e direttore generale del patronato Enasco, Silvano Ugolini, segretario nazionale della Confesercenti, Piero Gualtieri, segretario nazionale del settore anziani e pensionati della Confartigianato, Otello Rendina, segretario della federazione nazionale artigiani e pensionati della CNA.

Nell'ambito della seconda fase la Commissione ha ascoltato l'assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale della Regione Lombardia, Mario Fappani, anche nella sua qualità di coordinatore nazionale degli assessori regionali responsabili dei servizi sociali; inoltre, su sua indicazione, sono stati ascoltati l'assessore ai servizi sociali della Regione Veneto, Maurizio Creuso, l'assessore alla sicurezza sociale della Regione Toscana, Bruno Benigni, e l'assessore ai servizi sociali della Regione Calabria, Augusto di Marco.

Nella terza fase della sua attività, coincidente con il periodo autunnale ed invernale, la Commissione ha proceduto all'audizione del ministro senza portafoglio per gli affari sociali, senatrice Rosa Jervolino, del ministro del lavoro e della previdenza sociale, onorevole Rino Formica, del ministro della sanità, senatore Carlo Donat-Cattin, del ministro del turismo e dello spettacolo, dottor Franco Carraro, del ministro dei lavori pubblici, dottor Enrico Ferri, del ministro della pubblica istruzione, onorevole Giovanni Galloni, e del sottosegretario di Stato per l'interno, onorevole Saverio d'Aquino.

Un dato saliente è emerso dalle audizioni ed è stato confermato dalle visite: *anche rispetto ai servizi sociali l'Italia appare divisa in due aree nettamente differenziate* e coincidenti, con una certa approssimazione, con le regioni centrosettentrionali, da un lato, e quelle meridionali e insulari dall'altro. Infatti, mentre nel Centro-Nord, pur con le inevitabili eccezioni, si è riscontrata una notevole presenza di strutture e di servizi per l'assistenza degli anziani non autosufficienti - sia pure spesso con *standard* quantitativi e qualitativi al di sotto di quelli adottati in altri paesi occidentali - nella restante parte del paese le strutture di assistenza sono insufficienti rispetto all'entità del bisogno. Per di più, tale divario rischia di approfondirsi, per la carenza di iniziative e di impegno da parte dei pubblici poteri, nonchè per la scarsità delle risorse di cui dispongono gli enti locali del Mezzogiorno, penalizzati finora da una distribuzione dei trasferimenti fondata sui criteri della spesa storica. La Commissione ritiene di dover richiamare l'attenzione

del Governo e del Parlamento su questo aspetto della questione degli anziani, che ha trovato riscontro anche nei dati ufficiali forniti dall'ISTAT.

Il divario riscontrato tra le «due Italie» impone uno sforzo supplementare nel dotare il Mezzogiorno di quei servizi sociali carenti in tutto il territorio nazionale, ma quasi del tutto assenti in molte province dell'Italia meridionale.

I sopralluoghi

3. I sopralluoghi effettuati dalla Commissione in strutture residenziali per anziani si possono suddividere in *visite ispettive*, effettuate con il sistema del sorteggio, e in *visite con finalità di studio* di esperienze e di situazioni giudicate dalla Commissione stessa particolarmente rilevanti.

Alla prima categoria appartengono i sopralluoghi effettuati nel mese di agosto, cioè nel periodo dell'anno in cui è più frequente il ricovero degli anziani, anche per motivi stagionali, e di converso è ridotto il numero degli addetti nelle strutture di ricovero, a causa delle ferie.

Nell'agosto del 1988 la Commissione si recò nelle tre principali aree metropolitane del paese - a Milano il giorno 11, a Roma il 18 e a Napoli il 25 - e visitò senza preavviso alcuni centri di accoglienza per anziani sorteggiati poche ore prima, nelle prefetture dei tre capoluoghi, tra tutte le strutture residenziali per anziani delle rispettive province.

In provincia di Milano la Commissione visitò la casa della «Fondazione Ferrario» di Vanzago, la «Piccola Casa della Divina Provvidenza» di Maleo e, successivamente, a Milano il «Pio albergo Trivulzio». In provincia di Roma furono invece sorteggiati tre istituti situati nella capitale: l'«Istituto Piccole Sorelle dei Poveri» in piazza San Pietro in Vincoli, l'«Istituto Santa Francesca Romana» in via Santa Maria in Cappella (Trastevere) e la «Casa di riposo S.S. Pietro e Paolo» in via della Magliana. In provincia di Napoli furono visitate la casa di riposo «Regina della Vittoria» di San Giorgio a Cremano, la casa di riposo di Torre del Greco (già appartenente all'ONPI è attualmente gestita con notevoli difficoltà dal Comune) e la casa di riposo privata «Villa San Gabriele» di Qualiano.

Durante tali visite la Commissione non ha avuto modo di riscontrare specifiche irregolarità; ha invece constatato realtà estremamente differenziate tra le tre aree metropolitane nel loro complesso - con una conferma del divario esistente tra gli istituti delle regioni settentrionali e quelli dell'Italia meridionale - e tra i diversi istituti visitati all'interno della stessa provincia. Si è infatti potuto verificare che le case gestite dagli ordini religiosi godono di significativi vantaggi rispetto agli altri istituti, potendo usufruire di prestazioni lavorative pressochè gratuite e spesso anche di un flusso notevole di donazioni, come si verifica, ad esempio, per l'«Istituto Piccole Sorelle dei Poveri» di Roma. Quanto alle IPAB, l'adeguatezza delle strutture e della gestione dipende essenzialmente dalla ricchezza dei cespiti su cui le fondazioni possono contare: si è constatata, ad esempio, una situazione florida per la «Fondazione Ferrario» di Vanzago, e al contrario, una situazione di estrema povertà per l'«Istituto Santa Francesca Romana» di Trastevere.

4. Alla seconda categoria di sopralluoghi appartengono anzitutto la già citata visita al «Pio albergo Trivulzio» di Milano, nonché quella effettuata il

7 dicembre 1988 alla casa di cura privata per lungodegenti «Villa delle Querce» di Nemi, in provincia di Roma. Si tratta di due dei più grossi centri per lungodegenti esistenti in Italia. Benchè abbiano una diversa storia e siano gestiti secondo criteri comprensibilmente differenti (il «Trivulzio» appartiene ad una IPAB, mentre «Villa delle Querce» è di proprietà di una società privata che persegue scopi di lucro), i due istituti evidenziano le stesse difficoltà in ordine alla qualità della vita dei ricoverati, a causa del numero eccessivo degli ospiti e della gravità delle loro condizioni di salute.

Viceversa, le strutture protette visitate a Modena l'8 dicembre 1988 (il «San Giovanni Bosco» e la «Vignolese», entrambi di proprietà comunale) si sono adeguate allo *standard* di 70 posti-letto fissato dalla Regione Emilia-Romagna con propria legge e rappresentano esperienze di una più moderna e razionale assistenza degli anziani non autosufficienti, secondo indirizzi già seguiti da altri paesi occidentali.

Ulteriori visite sono state compiute dalla Commissione nei giorni dal 26 al 29 giugno 1989, quando due delegazioni hanno visitato alcune istituzioni in Sicilia e in Calabria e, contemporaneamente, in Veneto e nel Friuli-Venezia Giulia. In particolare una delegazione ha visitato, in provincia di Catania, la casa di riposo «San Giovanni Battista de la Salle» di Santa Venerina e l'«Istituto Santa Maria di Gesù» di Caltagirone, i «Ricoveri riuniti» di Reggio Calabria, l'istituto «In Caritate Christi» a Santa Maria di Catanzaro, la casa di riposo «Umberto I» di Cosenza e, nella stessa provincia, l'istituto «Papa Giovanni XXIII» di Serra d'Aiello e la casa di riposo privata «Villa della serenità» di Mendicino. Da tali visite è emerso un quadro generale di insufficienza di organici e di inadeguatezze strutturali; queste carenze sono apparse particolarmente gravi negli istituti «Ricoveri riuniti» di Reggio Calabria e «Umberto I» di Cosenza, al punto da far ritenere tali case inadeguate ad ospitare anziani non autosufficienti.

Un'altra delegazione ha visitato, negli stessi giorni, la casa di riposo dell'«Istituto Triestino di Interventi Sociali» e il reparto di lungodegenza dello «Stabilimento ospedaliero Gregoretto» di Trieste, nonché tre abitazioni collettive polifunzionali gestite da privati, nella stessa città di Trieste; si è recata poi nella sede della USL n. 6 a San Daniele del Friuli, al fine di approfondire la conoscenza dell'esperienza di assistenza domiciliare effettuata da tale unità sanitaria locale sin dalla sua istituzione; ha visitato quindi, in provincia di Treviso, le case di riposo «Bellavista» di Tarzo, «Meschio» di Vittorio Veneto e «Cosulich» di Casale sul Sile e, nella città di Venezia, l'istituto «S.S. Giovanni e Paolo». Per quest'ultimo istituto, che è il più grosso centro per lungodegenti del Veneto, valgono le stesse considerazioni già espresse a proposito del «Pio albergo Trivulzio»; nelle altre case di riposo, in generale, si sono riscontrati i problemi strutturali tipici degli istituti di vecchia costruzione, ma si è anche preso atto dei programmi di ristrutturazione già realizzati («Casa di riposo Cosulich») in corso di realizzazione («I.T.I.S.» di Trieste e «Casa di riposo Meschio») ovvero in via di progettazione («Stabilimento ospedaliero Gregoretto»). Tuttavia la Commissione ha avvertito la necessità di segnalare all'assessore all'assistenza sociale della Regione Friuli-Venezia Giulia l'impossibilità di continuare ad ospitare gli anziani non autosufficienti attualmente ricoverati allo «Stabilimento ospedaliero Gregoretto», nel periodo non certo breve che trascorrerà fino alla programmata trasformazione del reparto di lungodegenza in struttura protetta.

Le visite presso *appartamenti collettivi polifunzionali*, a Trieste, hanno consentito di valutare un'iniziativa che sembra più appropriata per gli anziani autosufficienti piuttosto che per soggetti bisognosi di assistenza anche di tipo sanitario; inoltre occorre che tali strutture sorgano in edifici privi di barriere architettoniche per evitare che gli ospiti cadano in situazioni di isolamento e di emarginazione.

Un caso a sè è rappresentato dalla casa di riposo «Bellavista» di Tarzo, per la quale le segnalazioni inviate dalla Commissione all'assessore regionale e alla Procura della Repubblica di Treviso confermano le valutazioni del Sindaco, che per due volte ha emesso ordinanze di sgombero ora all'esame degli organi della giustizia amministrativa. Tale vicenda richiama l'attenzione del Parlamento e del Governo su di una paradossale situazione, del tutto possibile secondo la normativa vigente: una casa di riposo che non ha mai chiesto alcuna autorizzazione e di cui l'autorità amministrativa ha ordinato per due volte lo sgombero - la prima volta nel 1982 - può continuare ad esercitare la propria attività prescindendo completamente da tutti gli *standard* stabiliti dalla Regione e dalla unità locale socio-sanitaria a causa delle lungaggini del processo amministrativo.

La Commissione ha, nei casi ritenuti necessari, richiamato l'attenzione degli assessori regionali ai servizi sociali e del Procuratore della Repubblica per le valutazioni di rispettiva competenza. Inoltre, avendo notato come i controlli da parte delle Regioni non siano continui e puntuali, la Commissione ha invitato gli assessori competenti a dedicare maggiore attenzione alla vigilanza per ottenere il rispetto degli *standard* e delle norme che disciplinano l'attività delle strutture residenziali per anziani.

A parte ulteriori approfondimenti - per i quali si rinvia allo studio sull'assistenza degli anziani non autosufficienti pubblicato nel volume degli allegati - le ispezioni compiute hanno posto in risalto tre questioni che conviene evidenziare immediatamente:

- a) in molte strutture per anziani *esistono tuttora inaccettabili barriere architettoniche*;
- b) *la terapia di riabilitazione è praticamente assente* in quasi tutte le strutture e, ove esistano palestre, esse sono del tutto inadeguate;
- c) le rette nelle istituzioni dell'Italia meridionale sono ad un livello medio nettamente inferiore rispetto a quelle praticate nelle strutture situate nell'Italia settentrionale e, quindi, *risultano insufficienti persino ad assicurare lavori di ordinaria amministrazione*.

5. La Commissione ha infine compiuto, il 21 giugno 1989, *una visita a Ginevra presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, dove ha incontrato il Direttore Generale Nakajima, il Vice Direttore Generale Hu Ching-Li, il responsabile del dipartimento per la salute delle persone anziane, dottor Helander, nonché i responsabili del dipartimento per le malattie cardiovascolari, dottor Nordet, del dipartimento per i tumori, dottor Stjernasward, e del dipartimento per la salute mentale, dottor Orley. In tale sede è stato possibile integrare le conoscenze circa le più interessanti iniziative realizzate o in fase di realizzazione in altri stati, nonché acquisire il punto di vista dell'Organizzazione Mondiale della Sanità circa gli obiettivi che deve proporsi l'assistenza sanitaria e sociale degli anziani.

Gli studi promossi dalla Commissione

6. Acquisiti i principali studi e i documenti delle organizzazioni internazionali in materia di invecchiamento della popolazione e di condizione degli anziani, la Commissione ha ritenuto necessario approfondire specifiche tematiche, chiedendo al Servizio Studi del Senato della Repubblica due relazioni concernenti rispettivamente l'assistenza degli anziani in alcuni paesi europei (Francia, Regno Unito, Repubblica federale tedesca e Svezia) e la legislazione regionale sui contributi a favore delle strutture per anziani a gestione privata.

Inoltre, la Commissione ha richiesto al CNEL, per il tramite del Presidente del Senato, di compiere uno studio sulle politiche sociali per anziani nei paesi dell'Europa e dell'America settentrionale. Al fine di approfondire la conoscenza della situazione italiana sotto il profilo statistico, la Commissione ha poi chiesto anche all'ISTAT di effettuare alcune elaborazioni sui problemi demografici e sociali particolarmente rilevanti per la condizione degli anziani.

Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, dopo la sua audizione, ha consegnato alla Commissione alcuni documenti, tra cui una nota concernente lo stato di attuazione in Italia delle raccomandazioni dell'Assemblea mondiale di Vienna, promossa dall'ONU nel 1982.

Sono stati altresì acquisiti agli atti della Commissione il rapporto conclusivo del Comitato operativo anziani istituito dal Ministro della sanità e il documento «Alternative all'ospedalizzazione per l'anziano - cure a domicilio» elaborato da un'apposita commissione istituita presso il Centro Studi dello stesso ministero. Successivamente, la Commissione ha acquisito anche la bozza del Piano sanitario nazionale 1989-1991, sottoposta dal Ministro della sanità al Consiglio sanitario nazionale, che ha espresso parere favorevole, con osservazioni, nella seduta del 21 marzo 1989.

La Commissione ha esaminato anche le numerose indagini curate dal LABOS, nell'ambito della convenzione con il Ministero dell'interno, tra cui va sottolineata la più recente, dal titolo «Quarta età e non autosufficienza».

Infine, l'Ufficio di Presidenza della Commissione ha avvertito l'esigenza di approfondire taluni aspetti della complessa problematica degli anziani affidando ad alcuni esperti l'incarico di effettuare studi ad hoc.

CAPITOLO PRIMO

LA CONDIZIONE DEGLI ANZIANI E LA POLITICA SOCIALE IN ITALIA

La seconda rivoluzione demografica

1. Se il diciannovesimo secolo è stato caratterizzato dalla grande crescita della popolazione, il ventesimo, almeno per i paesi più sviluppati, sarà *il secolo dell'invecchiamento della popolazione*: siamo di fronte alla seconda rivoluzione demografica dei paesi industriali.

Il fenomeno - riscontrabile in tutte le società caratterizzate dalle grandi trasformazioni strutturali e culturali collegate alla rivoluzione industriale e al successivo sviluppo del settore terziario - dipende sostanzialmente da due fattori: la riduzione dei quozienti di mortalità, con il conseguente aumento della durata media della vita, e la riduzione dei quozienti di natalità.

Certamente la *riduzione della mortalità* rappresenta un grande, positivo progresso della scienza e dell'organizzazione sociale, ma la maggiore longevità non deve tradursi semplicemente in un allungamento del periodo della vita segnato dalle malattie e, per una quota relativamente alta, da uno stato di parziale o totale non autosufficienza. Gli sforzi della ricerca scientifica, delle autorità sanitarie e dei pubblici poteri devono essere rivolti alla prevenzione degli stati patologici e al mantenimento del più alto livello di autosufficienza anche in età avanzata. Ciò, oggi, è possibile ed è con questa possibilità che i pubblici poteri devono confrontarsi. In questo impegno, pesante ma gratificante, un ruolo importante dovrà essere svolto anche dai cittadini, singoli o associati. Un ulteriore incremento della durata media della vita e un sostanziale miglioramento delle condizioni fisiche degli anziani deriverà, peraltro, dall'introduzione delle nuove tecnologie capaci di ridurre la penosità e la nocività della maggior parte dei lavori manuali: infatti la longevità dipende anche dal tipo di attività lavorativa esercitata nel corso della vita.

2. Appare, dunque, evidente che l'unico fattore sul quale è possibile, in teoria, intervenire per invertire la tendenza all'invecchiamento della popolazione sarebbe la fecondità. Nei paesi sviluppati si è invece registrata *una riduzione della fecondità ben al di sotto della cosiddetta «soglia di sostituzione»*, corrispondente ad un numero medio di figli per donna (tasso lordo di riproduzione) pari a 2.

Un recente convegno del Consiglio d'Europa, svoltosi nel 1986, ha individuato la soglia di allarme della caduta di fecondità in 1.5 figli per donna e quella di pericolo in 1.3; quest'ultimo livello, nelle condizioni attuali di mortalità, porterebbe ad un tasso di decremento di 1.5 per cento all'anno, cioè ad un dimezzamento della popolazione ogni 46 anni circa, ed a una percentuale di ultrasessantenni superiore al 35 per cento. L'Italia ha già raggiunto tale livello negli ultimi anni e registra attualmente il tasso più basso di fecondità.

Peraltro, disaggregando i dati tra le grandi circoscrizioni geografiche, emerge che l'Italia settentrionale ha già nel 1987 un tasso lordo di riproduzione pari a 1.06, appena superiore a quello dell'Italia centrale, pari a

1.15; il Mezzogiorno e le isole fanno registrare invece un tasso pari all'1.67 che, pur essendo al di sotto della soglia di sostituzione, consente di contenere in certa misura la tendenza al decremento demografico. Tuttavia, se si considera che dal 1976 al 1987 il tasso lordo di riproduzione nelle regioni meridionali è passato dal 2.60 all'1.67, si ha ragione di prevedere che tale tendenza proseguirà - per un comprensibile adattamento della popolazione agli stili di vita dell'Italia centrosettentrionale - determinando un'ulteriore caduta della fecondità media italiana.

3. La Commissione ha, quindi, ritenuto opportuno far effettuare previsioni demografiche basate sull'ipotesi del *tendenziale allineamento dei tassi lordi di riproduzione* nelle grandi circoscrizioni geografiche. Rinviando alla lettura delle tabelle pubblicate nel volume degli allegati per una analitica esposizione di tali previsioni, qui basta sottolineare che, in base all'ipotesi meno pessimistica, nel 2000 la popolazione italiana si ridurrebbe a 54.431.000 persone, di cui 9.249.000 ultrasessantacinquenni e 3.699.000 ultrasettantacinquenni. Nel 2010 la popolazione complessiva calerebbe a 49.859.000, di cui circa 9.500.000 ultrasessantacinquenni e 4.098.000 ultrasettantacinquenni (il numero degli anziani potrebbe essere ancora più alto, se si adottassero ipotesi più ottimistiche sull'andamento della mortalità e se si ipotizzasse il rientro di emigrati, anziché un saldo migratorio nullo).

Un così rapido decremento demografico - *oltre 7.5 milioni di abitanti in meno dal 1987 al 2010* - accompagnato da una sensibile crescita della popolazione anziana avrà ripercussioni su tutte le strutture sociali. La riduzione del rapporto tra lavoratori attivi e pensionati - per effetto del decremento dei primi e del sensibile incremento dei secondi - comporterà, a legislazione invariata, prevedibili difficoltà per il finanziamento del sistema pensionistico e, in generale, della spesa sociale. È anche presumibile che, a partire dall'inizio del prossimo secolo, si possano determinare difficoltà sul mercato del lavoro, una volta che sarà riassorbita la disoccupazione per effetto della riduzione dell'offerta di lavoro.

Per tornare all'oggetto dell'indagine della Commissione, si evidenzia la crescente difficoltà di assistere adeguatamente gli anziani bisognosi di aiuto e di assicurare a tutti i pensionati un livello di reddito sufficiente. Tali difficoltà, generalmente avvertite in tutti i paesi dell'Occidente, sono acute in Italia dal grave ritardo che si registra nelle politiche previdenziali e dalla preoccupante situazione della finanza pubblica.

La crisi del welfare state

4. L'invecchiamento della popolazione accentua considerevolmente la crisi del *welfare state*, già in difficoltà per la burocratizzazione dei servizi e per il peso della spesa sociale sul sistema economico. Le difficoltà derivanti dall'invecchiamento della popolazione, tuttavia, rappresentano per le politiche di *welfare* la più seria minaccia, in quanto ne evidenziano un limite oggettivo. Infatti le politiche di *welfare* sono praticabili nelle società in cui la popolazione attiva supera largamente quella assistita; *quando invece la popolazione attiva tende a diminuire e la popolazione anziana a crescere, il finanziamento della spesa sociale entra in crisi.*

Nella concreta nostra situazione, occorre peraltro riconoscere che le conquiste in materia di sicurezza sociale sono recenti ed incomplete,

specialmente per quanto concerne l'assistenza sociale e sanitaria degli anziani. Soprattutto le regioni meridionali, come già è stato evidenziato, sono scarsamente dotate di strutture residenziali - comunque inadeguate sotto il profilo qualitativo - e pressochè prive di strutture semiresidenziali e di servizi di assistenza domiciliare. In tali regioni gli anziani bisognosi di assistenza possono contare quasi esclusivamente su forme di solidarietà pre-moderna, in ambito familiare ovvero nella parentela e nel vicinato. Tali forme, tipiche di un assetto sociale che sta scomparendo, sono già oggi quasi del tutto assenti nelle grandi città, dove la condizione degli anziani oscilla tra il dramma della solitudine e quello dell'istituzionalizzazione in cronici, ovvero - quando non è possibile trovare un posto neppure in tali istituti - del ricovero improprio in reparti di lungodegenza presso gli ospedali per acuti, col doppio danno dell'emarginazione dell'anziano e degli alti costi per interventi assistenziali incongrui e disumani.

La peculiarità del «caso italiano», rispetto alla situazione di altri paesi europei, consiste appunto nel ritardo con cui sono state introdotte le politiche di *welfare*. Vi è perciò un grave divario rispetto agli altri paesi e contemporaneamente vi è l'esigenza di prevedere nuovi interventi, per far fronte al notevole incremento del numero degli anziani che si verificherà nei prossimi decenni. Tutto ciò però non potrà ottenersi unicamente con le risorse pubbliche, giudicate insufficienti anche in paesi più avanzati dell'Italia, per dotazione di servizi sanitari e sociali, e più avvantaggiati per le condizioni della finanza pubblica.

5. La doppia sfida rappresentata dall'invecchiamento della popolazione e dalla crisi del *welfare state* potrà essere raccolta e vinta se la società italiana saprà mobilitare tutte le sue risorse, pubbliche e private. *Accanto all'intervento pubblico e a quello privato con scopi di lucro, occorre valorizzare il ruolo del cosiddetto «privato sociale»,* cioè di tutte le associazioni e i movimenti che non perseguono scopi di lucro, dagli ordini religiosi alle fondazioni laiche a scopo di assistenza e beneficenza, ai gruppi del volontariato che organizzano e gestiscono interventi *non-profit* anche nel settore degli anziani. Tali iniziative vanno apprezzate e valorizzate, poichè propongono un recupero essenziale dei valori della solidarietà, in forme più consapevoli e partecipate: tuttavia deve essere chiaramente affermato che le organizzazioni e i movimenti del privato sociale *non devono svolgere un ruolo di supplenza nei confronti dello Stato, nè desiderano farlo, dal momento che si propongono di integrare l'intervento pubblico laddove esso è carente e non certo di sostituirlo.*

Dalla crisi del *welfare state* si può uscire, senza pesanti e dolorose rinunzie, con un modello di politica sociale che impieghi tutte le risorse della società, superando qualsiasi impostazione dirigistica e burocratica. I poteri pubblici dovranno riservarsi ovviamente la programmazione degli interventi e la definizione degli *standard* qualitativi e quantitativi (nell'ambito di una legge-quadro sui servizi sociali, del piano sanitario nazionale e dei piani regionali concernenti il settore sanitario e quello socio-assistenziale); l'attuazione degli investimenti e la gestione dei servizi potrà essere effettuata sia dagli enti locali e dalle unità sanitarie locali sia da società o associazioni private, aventi o meno scopo di lucro, con l'eventuale convenzionamento con gli enti pubblici; il controllo infine dovrebbe essere riservato alle Regioni, che devono esercitarlo in via preventiva, mediante l'autorizzazione di qualsiasi attività assistenziale, pure a carattere privato, e in via successiva

mediante continui e puntuali controlli. In questa ottica la Commissione, al termine delle ispezioni compiute, ha richiamato l'attenzione degli assessorati regionali ai servizi sociali a controlli serrati e severi. Appare opportuno integrare tale sistema di controlli anche con la vigilanza di organismi statali, quale ad esempio la commissione proposta dal Governo con l'articolo 26 del disegno di legge di riforma del servizio sanitario nazionale (vedi *infra*, capitolo secondo).

Gli anziani come risorsa

6. I più gravi difetti di un'impostazione assistenzialistica del problema degli anziani non sono tanto nei costi che comporta, quanto nello spreco di risorse degli anziani che potrebbero essere impiegate al servizio della società, se non lo impedisse l'attuale disciplina del mercato del lavoro e del sistema pensionistico, nonché la mancanza di idee nell'utilizzazione del pensionato in attività opportune.

Il prolungamento della durata media della vita - che in Italia supera già i 71 anni per gli uomini ed i 78 anni per le donne - e il netto miglioramento delle condizioni di salute nelle classi di età oltre i 60 anni rendono necessari *criteri più flessibili per la determinazione dell'età del pensionamento*. Del resto il grandioso progresso tecnologico, già ricordato, rende possibile anche agli anziani l'esecuzione di lavori un tempo riservati alle persone più giovani.

Se fosse offerta ai lavoratori dipendenti del settore privato la possibilità di andare in pensione oltre gli attuali limiti, si eliminerebbe o si ridurrebbe la sperequazione tra uomini e donne, tra dirigenti ed altre categorie, nonché tra impiego pubblico e lavoro privato; si attenuerebbero in misura considerevole le difficoltà dell'INPS nei prossimi decenni; si ridurrebbe nella maniera più efficace l'impiego degli anziani nel lavoro nero; si potrebbe contenere la riduzione dell'offerta di lavoro, che costituirà un serio limite allo sviluppo economico sin dall'inizio del prossimo secolo.

L'obiezione che il prolungamento della vita lavorativa potrebbe aggravare la disoccupazione giovanile va valutata con grande attenzione, tenendo presente che, nella seconda metà degli anni Novanta, il numero dei giovani in cerca di prima occupazione è destinato a calare nettamente (ciò è ampiamente dimostrato negli studi pubblicati nel volume degli allegati). Inoltre, va rilevato che ben difficilmente i giovani inoccupati ricoprirebbero i posti lasciati liberi dagli anziani, trattandosi di attività per lo più scarsamente qualificate: infatti, circa il 75 per cento dei sessantenni possiede un grado di istruzione pari o inferiore alla licenza elementare.

7. Il prolungamento della vita attiva è certamente il modo migliore per prevenire il disadattamento dell'anziano conseguente alla perdita del ruolo. È, comunque, essenziale che l'anziano non viva il prolungamento della vita lavorativa come un'imposizione, ma lo consideri una libera scelta. (Sul punto si veda lo studio sul disadattamento pubblicato nel volume degli allegati). Pertanto è necessario che, nell'ambito della riforma del sistema pensionistico, sia mantenuta per tutti i lavoratori - pubblici e privati - la possibilità di ritirarsi dal lavoro prima del limite massimo usufruendo della pensione di anzianità, commisurata ad un periodo minimo contributivo opportunamente stabilito.

L'introduzione di un sistema pensionistico flessibile e l'utilizzazione dell'anziano, una volta in pensione, in attività che lo rendono ancora utile alla società sono le strade che bisogna percorrere, per non trasformare il giorno della pensione nel giorno di inizio di un rapido processo di emarginazione e disadattamento.

Il Parlamento Europeo ha più volte posto in risalto l'importanza di un sistema di pensionamento flessibile. Al punto 8) della risoluzione del 18 febbraio 1982, concernente la condizione e i problemi degli anziani nella Comunità Europea, il Parlamento Europeo «ritiene che la fissazione dell'età di pensionamento non debba significare l'automatico allontanamento di uomini e donne dal mercato del lavoro; ciò non può essere accettato nella società democratica dove ogni cittadino deve poter scegliere le soluzioni a lui più confacenti; ritiene invece che l'eventuale inattività vada scelta come diritto legittimo» e non sia «un dovere imposto dalle condizioni del mercato del lavoro; ritiene inoltre che si debba istituire un meccanismo flessibile che permetta a coloro che hanno superato l'età del pensionamento di continuare a lavorare qualora lo desiderino, senza per questo perdere i diritti alla pensione di Stato».

Tali principi trovano ulteriore specificazione nella risoluzione 14 marzo 1986, relativa all'azione comunitaria per il miglioramento delle condizioni degli anziani, al cui punto 11) il Parlamento Europeo chiede alla Commissione di «elaborare quanto prima una direttiva sul collocamento a riposo flessibile e su base volontaria, secondo gli orientamenti contenuti nella Raccomandazione del Consiglio del 10 dicembre 1982 relativa ad una politica comunitaria dell'età pensionabile» e agli Stati membri di «provvedere quanto prima, di concerto con le parti sociali, alla ristrutturazione del tempo di lavoro, offrendo ai lavoratori che hanno superato i 55 anni la possibilità di lavorare a tempo parziale fino al raggiungimento dell'età pensionabile». Al successivo punto 12), inoltre, il Parlamento Europeo «chiede al Consiglio di approvare quanto prima la direttiva sul lavoro volontario a tempo parziale per assicurare la necessaria tutela anche agli anziani che intendono praticarlo».

Concludendo provvisoriamente su questo punto, occorre sottolineare che la problematica del pensionamento e del lavoro degli anziani va collocata in *un ripensamento globale della società e dei ruoli assegnati a ciascuna generazione* da un'organizzazione sociale messa definitivamente in crisi dalla seconda rivoluzione demografica. Questa svolta epocale è stata colta dal Parlamento Europeo che, al punto 5) della già citata risoluzione 18 febbraio 1982, «ritiene indispensabile rivedere il concetto dei ruoli rigidamente assegnati dall'attuale società alle diverse età: età dello studio per i giovani, età del lavoro per gli adulti, età del riposo per gli anziani; vanno infatti ricomposti in modo unitario, in tutto l'arco della vita umana, lo studio, il lavoro e il riposo».

La condizione economica degli anziani

8. Secondo le stime della Commissione di studio sulla povertà in Italia, nel 1983 vi erano in Italia 1.360.000 anziani poveri, di oltre 65 anni, pari al 21.8 per cento del totale dei poveri. Circa un quinto degli anziani ultrasessantacinquenni risultava così in una condizione di povertà.

Se si potesse raffrontare questo dato con la situazione del dopoguerra o del secolo scorso, si registrerebbe indubbiamente un progresso significativo, dovuto al sistema di previdenza sociale. Tuttavia *una quota così alta di anziani poveri non è accettabile in uno Stato sociale di diritto*, che negli ultimi decenni ha conosciuto uno sviluppo senza precedenti della produzione e del reddito, raggiungendo il quinto posto tra i paesi occidentali per il livello del prodotto interno lordo.

La Commissione ha ritenuto importante approfondire le conoscenze sui redditi e sul patrimonio degli anziani. A tal fine ha utilizzato il campione dei dati impiegati dalla Banca d'Italia per l'indagine sulla ricchezza delle famiglie, dal quale sono stati enucleati quelli relativi ai pensionati, su cui sono state effettuate alcune elaborazioni *ad hoc* (le tabelle sono pubblicate nel volume degli allegati, nello studio sugli anziani autosufficienti).

Nel 1987 la maggior parte dei pensionati risultava proveniente da qualifiche professionali medio-basse, nel lavoro dipendente e in quello autonomo. Il valore medio delle pensioni erogate era pari a 601.800 lire, con oscillazioni piuttosto significative a seconda del settore di attività (la pensione media in agricoltura era di 450.000 lire, contro 1.097.000 lire nel settore creditizio). Si registravano poi significative differenze tra il settore pubblico e quello privato: il valore medio delle pensioni di vecchiaia erogate dal Tesoro era pari a 978.000 lire, contro le 636.000 lire della pensione media di vecchiaia erogata dall'INPS. Suddividendo le pensioni per classi di età, l'importo più elevato corrispondeva alla pensione media percepita dalle classi di età 61-65 anni (681.000 lire), mentre l'importo più basso era quello corrispondente alla pensione media della classe di età più anziana, oltre i 96 anni (385.000 lire).

Per quanto riguarda il patrimonio, il 65.5 per cento dei capifamiglia di età superiore ai 65 anni risultavano proprietari dell'abitazione nella quale vivevano, il 7.4 per cento possedevano anche altre abitazioni, il 4.8 per cento altri fabbricati non residenziali e ben il 13 per cento possedevano terreni. Il 29.8 per cento dei capifamiglia ultrasessantacinquenni non detenevano attività finanziarie.

Quasi tutti gli altri (il 69.6 per cento) possedevano depositi bancari o postali, il 16 per cento titoli di Stato e il 3.3 per cento altri titoli.

9. Nel complesso, dall'indagine compiuta per conto della Commissione emerge il quadro di una popolazione anziana che, in maggioranza, versa in una condizione economica che non richiede interventi assistenziali, anche se il livello medio delle pensioni risulta assai basso e comunque insufficiente a garantire la sussistenza di più di una persona. Vi è perciò da ritenere che la maggior parte dei pensionati integri la pensione con altri redditi - in alcuni casi derivanti dal lavoro nero - oppure attingendo ai risparmi.

Vi è però una cospicua minoranza di pensionati che non detiene attività finanziarie (circa il 30 per cento) o che vive in appartamenti in locazione (il 21.7 per cento). Se si considera che questi anziani appartengono solitamente alle categorie che percepiscono le pensioni più basse, si deve concludere che anche l'indagine compiuta dalla Commissione conferma i risultati cui è pervenuta la Commissione di studio sulla povertà in Italia: almeno un quinto degli anziani italiani vive attualmente in condizioni di grave disagio economico.

Tale conclusione impone l'adeguamento dei trattamenti pensionistici e interventi di sostegno nel mercato delle abitazioni, quali ad esempio

l'assegnazione di alloggi popolari ovvero l'integrazione del canone di locazione. Le proposte avanzate dalla Commissione in tal senso saranno più dettagliatamente indicate nel capitolo successivo.

La condizione delle donne anziane

10. Nell'attuale società i problemi e il disagio della condizione anziana sono acutamente avvertiti soprattutto dalle donne, per un complesso di ragioni di ordine demografico, economico e culturale.

In primo luogo, le donne anziane sono assai più numerose degli uomini anziani, a causa della già ricordata differenza della durata media della vita. Secondo i dati dell'ISTAT, al 1° gennaio 1988 in Italia la percentuale delle donne era pari al 59.9 per cento tra gli ultrasessantacinquenni e al 63.9 per cento tra gli ultrasettantacinquenni. Tenuto conto che per gli anziani di sesso maschile la probabilità di rimanere vedovi è ovviamente minore rispetto a quella delle donne anziane, si comprende come dall'indagine campionaria sulle strutture e i comportamenti familiari - effettuata dall'ISTAT nel 1983 - risulti che il 71.2 per cento dei maschi ultrasettantacinquenni viveva nel proprio nucleo familiare, a fronte di una quota delle donne della stessa età pari soltanto al 32.5 per cento. Viceversa, gli uomini di oltre settantacinque anni che vivevano soli risultavano pari al 12.1 per cento, contro una percentuale di donne della stessa età sole pari al 33.1 per cento.

Sotto il profilo economico, le donne anziane risentono dello svantaggio subito nella vita lavorativa, durante la gioventù e l'età adulta. Per tale motivo molte donne risultano titolari soltanto della pensione sociale, che è inferiore alle 400.000 lire al mese; quattro quinti dei percettori di pensioni minime sono di sesso femminile; numerose anziane percepiscono poi una pensione di reversibilità, ovviamente assai inferiore ai trattamenti che avrebbero percepito i mariti defunti (nel 1987 le pensioni di reversibilità erogate dall'INPS erano pari, in media, a circa 470.000 lire e quelle erogate dal Tesoro erano pari, sempre in media, a 586.000 lire).

11. *La condizione delle donne anziane, dunque, è fatta soprattutto di solitudine e di povertà* nonché delle sofferenze derivanti dalle malattie, e in molti casi, dalla perdita dell'autosufficienza. È infatti del tutto ovvio che la più lunga durata della vita delle donne le espone maggiormente agli stati patologici caratteristici dell'età anziana.

A tutto ciò si deve poi aggiungere la disgregazione della famiglia tradizionale, che rende di fatto impossibile quel «recupero del ruolo di madre e di casalinga» su cui - secondo taluni - dovrebbe fondarsi l'adattamento della donna all'età senile. Il dramma di molte donne anziane consiste, invece, proprio nella perdita di quel ruolo di madri e di casalinghe che, per coloro che non avevano mai lavorato, era stata l'unica ragione di vita. Le donne anziane, pertanto, sopportano contemporaneamente le conseguenze negative della divisione dei ruoli su cui s'imperviava la società in cui sono state giovani ed adulte, e il disagio di vivere in una società che relega tutti gli anziani in una condizione di marginalità.

Carenze e ritardi nelle politiche per gli anziani

12. Oltre al disagio economico, vanno evidenziate «nuove povertà». In particolare, tre situazioni assumono un rilievo quantitativo e qualitativo tale

da rendere indispensabile l'intervento dello Stato: la non autosufficienza; il disadattamento - spesso associato alla solitudine dell'anziano - e il disagio psichico. Queste tre condizioni costringono molti anziani al trauma dell'istituzionalizzazione.

Infatti, venute meno in tutto o in parte le solidarietà pre-moderne, il ricovero nelle «istituzioni totali» resta quasi sempre l'unica possibilità per gli anziani che hanno perduto la loro autonomia e che non possono contare su familiari in grado di assisterli. Sono assai poche le città italiane in cui i comuni o le unità sanitarie locali hanno promosso interventi alternativi, come l'assistenza domiciliare oppure l'accoglienza in centri diurni ove si pratica un'assistenza semiresidenziale.

13. Il grave ritardo che purtroppo si registra nelle politiche assistenziali per gli anziani è dovuto, in misura non trascurabile, alla tradizionale separazione tra l'intervento sanitario e quello socio-assistenziale.

Con il decentramento regionale si presentò la possibilità di superare tale separazione, attribuendo alle Regioni una funzione di programmazione globale degli interventi socio-sanitari ed a un livello istituzionale inferiore la gestione sia degli interventi sanitari sia di quelli sociali. Quest'occasione è stata però vanificata dalle scelte compiute a livello nazionale: infatti il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 trasferì ai comuni la gestione degli interventi socio-assistenziali precedentemente attribuiti al Ministero dell'interno, tra cui anche l'assistenza degli anziani; mentre la legge n. 833 del 1978 creò l'unità sanitaria locale, cui venne attribuita la gestione dei servizi sanitari pubblici. Nè l'unità fu recuperata a livello di programmazione, dal momento che le Regioni, nella larga maggioranza dei casi, hanno suddiviso le competenze tra due distinti assessorati responsabili, rispettivamente, della sanità e dei servizi sociali.

In alcuni casi, si è tentato di superare tale separazione attraverso la delega alle unità sanitarie locali, da parte dei comuni, dell'esercizio delle funzioni in materia socio-assistenziale. Tale apprezzabile iniziativa si scontra tuttavia con la rigida separatezza dei fondi di bilancio destinati a coprire le spese nei due distinti settori. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri emanato l'8 agosto 1985, su proposta del Consiglio sanitario nazionale, ha ribadito chiaramente il principio della distinta contabilità che le unità sanitarie locali devono tenere per le funzioni di tipo socio-assistenziale eventualmente ad esse delegate dagli enti locali, principio già chiaramente espresso nell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

Il citato decreto del Presidente del Consiglio, che costituisce atto di indirizzo e di coordinamento alle Regioni e alle Province autonome, risolve i residui dubbi interpretativi, specificando quali siano le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali - tra cui quelle esercitate in strutture protette per anziani non autosufficienti - le cui spese possono essere imputate al fondo sanitario regionale. In tal modo si escludono dal servizio sanitario nazionale la maggior parte degli interventi a favore degli anziani, sia nelle strutture residenziali sia nell'ambito dell'assistenza domestica, e si concede alle unità sanitarie locali o ai comuni la possibilità di pretendere una contribuzione per tali servizi.

Permane tuttavia il problema di garantire adeguati finanziamenti per la creazione delle strutture necessarie per l'assistenza agli anziani, anche di tipo non sanitario, e per la gestione di tali strutture. L'assistenza richiede mezzi finanziari notevoli anche se sprechi potrebbero essere evitati eliminando la

rigida separazione dei due settori ed introducendo, quando è possibile, una effettiva partecipazione dell'anziano o dei suoi familiari alle spese di tipo socio-assistenziale.

14. Da ultimo, non si può non constatare la grave situazione di disagio dei *pazienti psichiatrici dimessi dalle strutture manicomiali* in seguito alla riforma psichiatrica, che non trovano accoglienza nelle strutture alternative ancora non realizzate. Tali persone, da considerare a tutti gli effetti cittadini colpiti da gravi malattie a carattere cronico, ma non per questo incurabili o irrecuperabili, sono del tutto privi di specifica assistenza e, in molti casi, finiscono per essere ricoverati impropriamente in strutture residenziali per anziani. Ciò è inaccettabile, perchè si tratta di ricoveri incongrui che non consentono la prestazione di un'assistenza adeguata e che aggravano le già difficili condizioni di convivenza in numerose strutture per anziani.

Per quanto riguarda, invece, *gli anziani affetti da turbe cognitive*, dipendenti dalle varie forme della demenza senile, l'assistenza più adeguata è quella che possono ricevere, almeno per lunghi periodi della malattia, nell'ambito familiare. Perciò tutti gli sforzi dei pubblici poteri dovranno essere orientati ad aiutare nel loro difficile compito le famiglie di questi anziani, riservando il ricovero in istituto solo a coloro che non abbiano familiari in grado di assisterli o che si trovino in una fase avanzata e irreversibile della malattia, che li abbia resi totalmente non autosufficienti.

CAPITOLO SECONDO

LE PROPOSTE DELLA COMMISSIONE

Problemi del lavoro e del sistema previdenziale

1. Pur essendo consapevole che l'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento tendenziale della spesa pensionistica, la Commissione ritiene inaccettabili gli attuali livelli delle pensioni minime e del tutto inadeguati anche i livelli delle pensioni medie, quali risultano dallo studio effettuato sulla base dei dati della Banca d'Italia e da tutte le pubblicazioni e documenti ufficiali. Infatti le pensioni medie oscillano intorno alle 600.000 lire - la rilevazione è del 1987 e, quindi, deve essere considerata ancora sostanzialmente valida - e, tenuto conto del rincaro del costo della vita, possono garantire la mera sussistenza di una sola persona. Inoltre non va sottovalutato il grave disagio psicologico provocato nell'anziano da una pensione molto bassa, che diviene il metro con cui misura il suo successo nella vita e la considerazione della società per un'intera esistenza spesa nel lavoro. Si ritiene che questa condizione psicologica, assai diffusa soprattutto tra i titolari delle cosiddette pensioni d'annata, sia una causa non secondaria del disadattamento degli anziani.

È peraltro evidente che la situazione economica dei futuri pensionati rischia di essere assai peggiore rispetto a quello dell'attuale generazione di sessantenni, poichè le persone appartenenti alle classi adulte, che attualmente percepiscono un reddito fisso e non siano proprietarie di un appartamento, non sembrano certo in grado di risparmiare una quota significativa del loro reddito, nè tanto meno di usufruire delle opportunità finanziarie offerte dalla cosiddetta previdenza integrativa.

Pertanto la Commissione ritiene essenziale aumentare le pensioni minime, nel quadro di una indispensabile riforma del sistema pensionistico, che consenta *un sostanziale incremento del livello medio delle pensioni*.

2. La Commissione ritiene altresì che l'elevazione dell'età del pensionamento corrisponda alla fondamentale esigenza psicologica di prolungare il più possibile il periodo della vita attiva, per prevenire il disadattamento dell'anziano. Tale prolungamento dovrebbe costituire una libera scelta del lavoratore, come già si è detto nel primo capitolo, e si potrebbe attuare anche in modi che non comportino un aumento del numero degli anni effettivamente spesi nel lavoro. Ad esempio, si potrebbe prevedere per legge che, superato un dato limite di età, il lavoratore possa usufruire di «periodi sabatici» che potrà poi recuperare prolungando nella stessa misura la propria attività lavorativa, oltre i limiti fissati per la pensione di vecchiaia.

3. La Commissione condivide anche la proposta di *introdurre il rapporto di lavoro a tempo parziale nell'ultima fase della vita lavorativa*, purchè essa costituisca una facoltà di cui il lavoratore anziano possa decidere se avvalersi o meno.

Peraltro tale possibilità potrebbe essere prevista anche oltre il pensionamento, a qualunque età fissato, in modo da contrastare il dilagante fenomeno del lavoro nero dei pensionati ed offrire loro una possibilità di integrare i redditi da pensione.

4. In definitiva, senza voler proporre una riforma del sistema pensionistico, che esulerebbe dai compiti della Commissione, si ritiene opportuno indicare alcune delle possibili *opzioni che dovrebbero essere lasciate ai lavoratori* appartenenti alle classi di età più elevate, al fine di valorizzarne al massimo le risorse produttive nell'interesse generale (con l'obiettivo di eliminare discriminazioni tra lavoratori dipendenti e dirigenti, tra lavoratori dei due sessi, nonché tra il settore pubblico e quello privato).

La possibilità di usufruire della pensione di anzianità dopo un periodo minimo di contribuzione - necessariamente più elevato di quello attuale - dovrebbe essere mantenuta, anche al fine di non precludere la possibilità di intraprendere nuove attività; per coloro che non si avvalgano di tale possibilità e decidano di restare in servizio fino al limite di età fissato per la pensione di vecchiaia, ad un livello tendenzialmente uguale per tutti, dovrebbe essere consentita l'opzione tra il tempo pieno e il tempo parziale nell'ultima fase della vita lavorativa; oltre il limite di età di cui sopra, dovrebbe essere consentito al pensionato di mantenere un rapporto a tempo parziale con l'azienda o l'amministrazione presso cui lavorava ovvero con un altro datore di lavoro, cumulando il reddito da lavoro con la pensione.

Naturalmente la decisione circa l'impiego di tali lavoratori dovrebbe essere rimessa all'apprezzamento discrezionale dell'azienda o dell'amministrazione, che valuterà sulla base delle proprie esigenze e delle condizioni psicofisiche dell'anziano (il che è quanto avviene nell'ambito dell'economia sommersa, senza le garanzie derivanti dal riconoscimento legale del rapporto e dalla sua disciplina nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro).

5. La Commissione esprime il suo apprezzamento anche per l'adesione del Ministro del lavoro alla sollecitazione, rivoltagli nel corso dell'audizione, di predisporre uno schema di disegno di legge concernente *l'impiego dei pensionati in qualificati servizi di pubblica utilità*. È indispensabile colmare la lacuna normativa riguardante l'impiego dei pensionati da parte degli enti locali, nonché delle associazioni di volontariato e delle cooperative di solidarietà sociale. La Commissione auspica pertanto che tale disegno di legge - Atto Senato n. 1783 - sia rapidamente discusso ed approvato, al duplice fine di garantire da qualsiasi rischio gli anziani impiegati nelle suddette attività nonché i terzi - magari mediante la stipulazione di una polizza assicurativa - ma anche di non disincentivare l'impiego degli anziani, lasciando che sia impropriamente sottoposto alla normativa generale in materia di prelievo fiscale e contributivo sui redditi da lavoro subordinato.

Abolizione del limite di età per gli incarichi pubblici

6. Nell'ambito delle proposte volte a prevenire il disadattamento valorizzando le capacità lavorative ed intellettuali delle persone anziane, deve poi essere valutata l'opportunità di abolire qualsiasi limite di età esistente nella legislazione in vigore, per quel che concerne l'attribuzione di cariche ed incarichi pubblici. È infatti iniquo e irrazionale che una norma giuridica contenga una presunzione assoluta di incapacità a svolgere un determinato incarico soltanto per aver superato un determinato limite di età. Sarebbe invece di gran lunga più razionale abolire queste odiose discriminazioni e lasciare all'autorità cui compete la nomina una valutazione sull'idoneità dei candidati, anche sotto il profilo delle capacità psicofisiche, tanto più che una simile valutazione dei candidati, sotto ogni altro profilo, già

normalmente avviene senza che alcuna norma imponga aprioristicamente requisiti che non siano il possesso di determinati titoli culturali o professionali.

Del resto sarebbe davvero arduo comprendere come mai una persona che abbia superato i 70 anni sia in grado di svolgere professioni e attività assai importanti e complesse, e non possa invece amministrare un'impresa pubblica, far parte di una commissione degli esami di maturità o, addirittura, far da segretario di un seggio elettorale.

La Commissione auspica pertanto che siano immediatamente aboliti tutti i limiti di età attualmente previsti in materia di cariche e incarichi pubblici, non potendo l'età costituire da sola una discriminante.

Il problema abitativo

7. Per quanto riguarda il problema della casa, la Commissione registra con soddisfazione la recente approvazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13, concernente l'abolizione delle barriere architettoniche negli edifici privati e dà atto al Governo di aver mantenuto gli impegni che erano stati assunti al riguardo dal Ministro per gli affari sociali e dal Ministro dei lavori pubblici durante le rispettive audizioni in Commissione. È però necessario che il Governo e tutte le pubbliche amministrazioni interessate garantiscano in concreto l'attuazione delle norme vigenti in materia di barriere architettoniche, tenuto conto anche del fatto che esse continuano a sussistere nella gran parte dei locali pubblici e dei mezzi di pubblico trasporto, nonché persino in molte strutture assistenziali dove risultano ricoverati soggetti non autosufficienti. È appena il caso di ribadire che, in questi casi, la civiltà di un popolo non si misura dall'approvazione di leggi largamente condivisibili sul piano dei principi, ma dalla loro sollecita e rigorosa attuazione.

In linea generale, appare desiderabile incentivare la mobilità sul mercato abitativo, al fine di superare una contraddittoria situazione in cui molti anziani sono costretti a vivere da soli - o al massimo in coppia - in abitazioni troppo grandi per le loro esigenze e di cui non riescono neppure a garantire l'ordinaria manutenzione, mentre famiglie più giovani e numerose devono accontentarsi di abitazioni inadeguate. Sembrerebbe quindi opportuno razionalizzare la normativa urbanistica e l'imposizione tributaria sulla compravendita di alloggi, al fine di facilitare il frazionamento di appartamenti troppo grandi ovvero la loro permuta con altri più piccoli.

8. Con specifico riferimento ai problemi abitativi per gli anziani, la Commissione giudica necessario evitarne in tutti i modi lo sradicamento dai quartieri e, se possibile, dagli appartamenti in cui hanno trascorso l'ultima fase della vita. Pertanto ritiene indispensabile elevare adeguatamente la dotazione finanziaria del fondo sociale previsto dalla legge sull'equo canone, al fine di *sostenere realmente gli inquilini meno abbienti e, in particolare gli anziani.*

Al riguardo, la Commissione richiama l'attenzione del Parlamento e del Governo sui punti 25) e 26) della risoluzione su un'azione comunitaria per il miglioramento della condizione degli anziani negli Stati membri della Comunità, approvata dal Parlamento Europeo il 14 maggio 1986: «25) chiede che in tutti gli Stati membri venga concepita una politica degli alloggi delle persone anziane che consenta agli anziani di continuare a vivere nelle loro

case grazie a sovvenzioni per l'affitto e che permetta loro di essere, anche in tarda età, proprietari di una casa grazie ad agevolazioni fiscali; ritiene che un contratto di affitto nel caso in cui il locatario abbia superato i settanta anni di età possa essere rescisso unicamente con l'accordo dell'autorità locale, ferma restando la messa a disposizione di un'abitazione sostitutiva; 26) chiede che negli Stati membri dove è particolarmente acuta la crisi degli alloggi siano prese particolari misure per tutelare dagli sfratti soprattutto gli anziani di età superiore a 65 anni;».

La Commissione chiede che si dia immediata ed integrale attuazione a tali punti della risoluzione nell'ordinamento italiano ed invita il Governo ed il Parlamento ad adottare a tal fine provvedimenti «a regime», evitando il ricorso a misure transitorie (come le agevolazioni fiscali per l'acquisto della prima casa o la ricorrente proroga degli sfratti) che non costituirebbero certamente una soluzione adeguata per un problema a carattere permanente.

La Commissione ritiene inoltre che gli Istituti autonomi per le case popolari debbano dare *priorità agli anziani nell'assegnazione degli alloggi situati nei centri storici*, all'uopo utilizzando la riserva per gli anziani già prevista nella legislazione vigente, e considera interessante l'ipotesi di affittare agli anziani appartamenti di proprietà del demanio con opportuni adattamenti. Chiede pertanto che, nei casi in cui un locatario di età superiore ai 65 anni sia sfrattato, con l'autorizzazione dell'autorità prevista nella citata risoluzione del Parlamento Europeo, debba essergli contestualmente assegnato nello stesso centro abitato un alloggio delle case popolari, un appartamento del demanio, un appartamento di proprietà di enti previdenziali o di istituti assicurativi ovvero - nei casi in cui ciò non sia possibile - un appartamento privato per il quale il comune paghi l'eventuale differenza rispetto al canone del primo appartamento.

Infine la Commissione ritiene degna di considerazione la concessione di contributi alle cooperative edilizie per la *costruzione di alloggi dalle tipologie appositamente studiate per le esigenze degli anziani*. In particolare, ritiene che si possa incentivare la costruzione, in via sperimentale, di edifici costituiti da mini-appartamenti privi di barriere architettoniche e dotati di servizi condominiali che riducano al minimo l'esigenza dei lavori domestici (lavanderia, refettorio, sale per la televisione e per la socializzazione, eccetera).

Riordino delle competenze in materia di assistenza degli anziani

9. Dalle audizioni è emersa la separazione delle competenze ministeriali in materia di sanità e di interventi socio-assistenziali. La Commissione ha registrato la proposta formulata dal Ministro per gli affari sociali, il quale ha auspicato che i poteri di indirizzo e di coordinamento dell'attività regionale in campo socio-assistenziale siano conferiti alla Presidenza del Consiglio dei ministri, e la diversa proposta avanzata dal Ministro della sanità, il quale si è dichiarato favorevole all'unificazione in un solo ministero della responsabilità della politica sociale. La Commissione sollecita il Parlamento ed il Governo a sciogliere al più presto questo nodo istituzionale che condiziona fortemente la possibilità di una coerente politica sociale.

Anche a livello regionale appare opportuna l'unificazione degli assessorati della sanità e dell'assistenza sociale, che è stata già realizzata da alcune Regioni, o almeno un loro effettivo e reale coordinamento.

Per quanto concerne la gestione dei servizi, si impone ormai una razionalizzazione, al fine di evitare che gli interventi sanitari e quelli socio-assistenziali si sovrappongano al di fuori di qualsiasi coordinamento, con grande spreco di risorse e con risultati largamente inferiori a quelli raggiungibili con un approccio globale.

10. È poi indispensabile che sia approvata rapidamente *una legge-quadro sui servizi sociali*, la cui mancanza è stata lamentata non soltanto dal Ministro per gli affari sociali, ma anche dagli assessori regionali e dai rappresentanti dei sindacati. In tale ambito dovranno essere previsti *standard* minimi per ogni tipo di servizio sociale, al fine di evitare gli enormi divari di ordine qualitativo e quantitativo che si registrano fra le varie aree del paese (sarebbe opportuno stabilire anche una nomenclatura univoca che elimini la confusione di concetti che nasce nel raffrontare le diverse leggi regionali).

La Commissione ritiene utile ed opportuno che il Ministro cui competerà la responsabilità della politica sociale presenti ogni anno in Parlamento *una relazione sullo stato dell'assistenza degli anziani*, sia nel settore sanitario sia in quello socio-assistenziale. Ad esse dovrebbero essere allegate le relazioni semestrali della Commissione nazionale per la verifica delle strutture per la cura e l'assistenza degli anziani, di cui all'articolo 26 del disegno di legge di riforma del servizio sanitario nazionale, attualmente all'esame della Camera dei deputati.

A tal riguardo, la *Commissione giudica positivamente l'istituzione di questo organo di vigilanza*, che potrebbe colmare le gravi carenze attuali nella conoscenza delle strutture operanti sul territorio nazionale e nella verifica delle condizioni di vita degli anziani in tali istituzioni. La Commissione concorda anche sulla disposizione del primo comma del citato articolo 26, in forza della quale l'istituendo organismo avrebbe competenza non soltanto per le strutture di accoglienza di non autosufficienti, ma anche per le collettività istituzionalizzate di anziani autosufficienti.

Un ruolo importante nel sistema dei controlli potrà essere svolto anche dal difensore civico - già esistente in alcune Regioni - e dalle organizzazioni degli anziani, che possono svolgere una vigilanza dal basso capace di integrare il controllo amministrativo delle Regioni, rilevatosi finora episodico ed incompleto.

Interventi per il mantenimento della condizione di autosufficienza

11. Il mantenimento della condizione di autosufficienza non si realizza negli ultimi anni della vita, ma si può ottenere se sin dagli anni della giovinezza si adottano adeguati comportamenti e stili di vita. È compito dei pubblici poteri educare i cittadini a prevenire le malattie e la disabilità mediante un'informazione corretta realizzabile soprattutto attraverso la scuola ed i mezzi di comunicazione di massa.

Tuttavia, anche nell'età anziana si verificano eventi traumatici che possono precipitare l'anziano nel disadattamento e, successivamente, favoriscono la caduta nella condizioni di non autosufficienza. Tra tali eventi, oltre alla inattività precoce di cui si è già detto, va considerata soprattutto l'istituzionalizzazione. La Commissione ritiene perciò che debbano essere evitati i ricoveri degli anziani autosufficienti in collettività istituzionalizzate, soprattutto quando siano determinati essenzialmente dalla solitudine o da

difficoltà economiche. Pertanto propone che i comuni valutino ogni qual volta un anziano autosufficiente richiede il ricovero, le condizioni economiche di tale persona e la possibilità di misure alternative all'istituzionalizzazione.

In particolare, sembra appropriata la concessione di sussidi economici nella misura del contributo che l'ente locale dovrebbe erogare, a titolo di integrazione della retta, per il ricovero in istituto degli anziani il cui reddito non sia sufficiente al pagamento della retta stessa. Peraltro la Commissione ritiene che, se si vuole realmente scoraggiare i ricoveri non necessari negli istituti e attribuire alla famiglia il ruolo che nelle dichiarazioni di principio tutti le riconoscono, lo Stato non debba limitarsi ad offrire degli incentivi, ma debba prevedere anche adeguati disincentivi.

Pertanto i familiari e, in genere, tutte le persone che in base alle norme vigenti sono obbligate al mantenimento dell'anziano, o alla somministrazione degli alimenti, dovrebbero essere chiamate a contribuire al pagamento della retta, qualora il reddito del ricoverato non sia sufficiente. Ciò, del resto, avviene già in numerosi comuni, dove gli amministratori impegnano i familiari al momento del ricovero a contribuire al pagamento della retta (ad esempio, intervenendo ad integrare la retta soltanto quando tutti i redditi del ricoverato ed il contributo dei familiari, rapportato al loro reddito, non sia sufficiente a coprire l'intero importo).

La Commissione propone quindi di rendere cogente tale contribuzione attribuendo anche al comune l'esercizio dell'azione legale volta a costringere al mantenimento dell'anziano ovvero alla somministrazione degli alimenti i soggetti obbligati a tali prestazioni, ai sensi degli articoli 315, 433 e 437 del codice civile. Con tale provvedimento legislativo si darebbe un solido fondamento giuridico alla pretesa dell'ente locale nei confronti dei familiari e, nel contempo, si creerebbe un serio deterrente contro squallidi comportamenti parassitari resi possibili dal ricatto morale che subisce l'anziano, il quale, anche quando si sente abbandonato, non ricorre mai ai rimedi giurisdizionali per far valere i propri diritti.

12. Nei casi in cui sia davvero inevitabile il ricorso alle strutture di accoglienza, la Commissione ritiene che debbano essere privilegiate le comunità alloggio con un numero ridottissimo di persone, che consistono praticamente in grossi appartamenti autogestiti dagli anziani e gravano in minima misura sul bilancio del comune (nei casi in cui l'alloggio è di proprietà del comune potrebbero addirittura non costare nulla, dal momento che le pensioni minime e l'eventuale contributo dei familiari dovrebbero bastare a coprire le spese di vitto e di gestione).

In casi diversi, nei quali le esigenze degli anziani richiedano qualche forma di assistenza, la Commissione propone che i comuni attivino case-albergo per non più di 70 persone (standard stabilito già da diverse leggi regionali), con caratteristiche strutturali che garantiscano il più possibile la privacy dei ricoverati (stanza per una o due persone) ma consentano anche ampi spazi per la socializzazione. Il personale di queste case dovrebbe essere costituito prevalentemente da operatori di assistenza; pertanto i costi di gestione dovrebbero risultare ridotti e la retta potrebbe essere coperta in buona parte dalla pensione del ricoverato, integrato dal contributo della famiglia.

13. Ulteriori misure che la Commissione propone al fine di evitare la istituzionalizzazione degli anziani autosufficienti sono l'istituzione di centri

sociali diurni – preferibilmente presso le case-albergo – le frequenti visite di assistenti sociali a domicilio degli anziani soli, l'istituzione di servizi di telesoccorso e la concessione di congrue riduzioni delle tariffe telefoniche e del canone televisivo. La Commissione condivide poi le proposte, avanzate dal Ministro del turismo e dello spettacolo durante la sua audizione, di estendere ad ogni mezzo di trasporto le riduzioni tariffarie per gli anziani e di incentivare il turismo collettivo degli anziani nelle basse stagioni, nonchè di introdurre riduzioni analoghe nel pagamento dei biglietti per ogni tipo di spettacolo.

Lo sport e il turismo per gli anziani costituiscono strumenti essenziali di *una politica del tempo libero* di cui non sempre si coglie la reale importanza: per gli anziani, infatti, il «tempo libero» non rappresenta soltanto un momento di riposo o di svago, ma è tempo di impegno fisico ed intellettuale e, quindi, tempo di vita. Pertanto lo Stato e gli enti locali dovranno agevolare il turismo e lo sport degli anziani, con le facilitazioni tariffarie già ricordate ed anche mettendo a disposizione tutte le infrastrutture pubbliche, comprese le palestre scolastiche e gli impianti del CONI.

14. La Commissione invita infine gli enti locali, le associazioni di volontariato e le cooperative di solidarietà sociale ad avvalersi della possibilità di impiegare gli anziani in *qualificati servizi di pubblica utilità* con minimo costo, qualora il citato disegno di legge sia approvato dal Parlamento. Fa presente poi che tali programmi dovranno essere concepiti in modo da offrire una attività realmente utile ed interessante, anche se circoscritta nell'orario, in considerazione del fatto che i pensionati provvisti di un grado di istruzione medio-alto sono già numerosi e tendono ad aumentare progressivamente con il passare degli anni.

La Commissione ribadisce che l'impiego degli anziani può costituire una grande risorsa per la società e non comporta il rischio di sottrarre posti di lavoro ai giovani. Si tratta invece di non disperdere esperienze, conoscenze, capacità di cui i giovani per primi possono usufruire nella loro formazione professionale e nell'addestramento al lavoro: si pensi, a solo titolo di esempio, a quanto potrebbero fare gli anziani nell'addestramento professionale degli apprendisti, nell'artigianato, oppure alla possibilità di impiegare i docenti in quiescenza quali *tutor* degli allievi che incontrino difficoltà nell'apprendimento scolastico.

Occorre ancora una volta sottolineare il ruolo essenziale di una vita attiva nel mantenimento dell'autosufficienza; tale attività non deve però esaurirsi nel movimento fisico, ma deve costituire anche e soprattutto un impegno intellettuale. La Commissione raccomanda perciò tutte le attività culturali, promosse da anziani o a loro dirette, che si dimostrino utili come momenti di socializzazione dell'anziano e come occasioni per suscitare interessi. Inoltre sottolinea l'esigenza di facilitare l'accesso da parte degli anziani a tutte le istituzioni culturali – biblioteche, musei, teatri, auditorium, gallerie – nonchè alle scuole e alle università, che possono offrire un prezioso supporto alle attività associative di tipo culturale.

Non va sottovalutata nemmeno l'importanza delle esperienze di volontariato che molti anziani compiono, anche nell'ambito di associazioni o cooperative di solidarietà sociale, prestando aiuto ad altre persone bisognose di assistenza oppure svolgendo, anche attraverso i sindacati dei pensionati, un opportuno controllo sulle condizioni in cui l'assistenza è erogata.

Sono soltanto alcune indicazioni, le quali confermano come l'anziano possa essere utile, svolgendo un ruolo che eviti la sua marginalizzazione e lo faccia sentire soddisfatto di riuscire ancora, nelle condizioni nuove e diverse della sua età, ad esprimersi in iniziative di solidarietà. Egli sarà molto più remunerato dalla soddisfazione di sentirsi utile che dal modesto guadagno con il quale integrerà la pensione.

Interventi per gli anziani non autosufficienti

15. Il diritto alla salute, sancito nell'articolo 32 della nostra Costituzione, dovrà trovare piena attuazione anche nei casi in cui l'anziano versi in condizioni di parziale o totale non autosufficienza. La Commissione rileva, a tal riguardo, che *il cronico non autosufficiente non è un paziente incurabile*: viene considerato tale nell'ambito di una concezione della medicina finalizzata esclusivamente alla guarigione dei pazienti, ma è invece curabile nell'ambito di un servizio sanitario che si prefigga il miglioramento della qualità della vita degli ammalati e il recupero di un grado almeno parziale di abilità.

La Commissione ritiene che si dovrà favorire in tutti i modi la *permanenza dell'anziano non autosufficiente nell'ambito familiare*, com'è stato raccomandato, tra l'altro, anche dall'Assemblea mondiale di Vienna nel 1952 - raccomandazione n. 13 del Piano di azione mondiale sull'invecchiamento - e dal Parlamento Europeo, che ha chiesto agli Stati membri di accordare priorità all'assistenza domiciliare in ambiente familiare e di estendere il ricorso al *day hospital* (risoluzione sugli aiuti agli anziani, approvata il 10 maggio 1986).

Per raggiungere tale obiettivo è indispensabile offrire alle famiglie il massimo sostegno. Pertanto la Commissione ritiene che ai lavoratori dipendenti su cui grava l'assistenza di un familiare anziano non autosufficiente si debba concedere la facoltà di richiedere *riduzioni di orario e, al limite periodi di aspettativa*, nell'identica logica delle norme per il puerperio, stabilendo naturalmente rigorosi controlli sulle condizioni di salute dell'anziano non autosufficiente e sull'effettiva convivenza dell'anziano con il familiare che richieda tali agevolazioni. Nei casi in cui il reddito familiare sia inferiore ad un dato livello, potrebbe essere accordato il sussidio economico che già si è proposto in alternativa all'istituzionalizzazione degli anziani autosufficienti. Inoltre non va sottovalutato l'apporto delle nuove tecnologie, che possono offrire importanti ausili all'anziano bisognoso di assistenza domiciliare. Ad esempio, il telesoccorso consente all'utente di mettersi in contatto con estrema rapidità e facilità con gli operatori addetti all'assistenza domiciliare. Si tratta, comunque, soltanto di un primo passo nella direzione di importanti sviluppi, che saranno resi possibili dai grandi progressi nel campo della telematica e dei *computer*.

16. Peraltro, è evidente che l'assistenza domiciliare presuppone, da un lato, una perfetta integrazione tra servizi sanitari e sociali e, dall'altro, la collaborazione tra i servizi sanitari sul territorio e quelli ospedalieri. È quindi chiaro che l'alternativa all'istituzionalizzazione e ai ricoveri impropri negli ospedali per acuti consiste nella creazione di *un sistema integrato di servizi socio-sanitari*, che deve essere sorretto da una precisa «filosofia» assistenziale.

La Commissione ritiene, anche sulla scorta di uno studio approfondito delle esperienze straniere, che questo sistema integrato debba avere il suo centro di coordinamento in un servizio di valutazione geriatrica - del tipo del *geriatric evaluation unit* operante nei paesi anglosassoni - che potrà essere istituito in un opportuno ambito territoriale. In tale *équipe* dovranno essere presenti, ovviamente, tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza sanitaria e in quella sociale, in modo che sia possibile una valutazione interdisciplinare e multidimensionale della situazione di ciascun anziano non autosufficiente, che conduca alla scelta dell'intervento più appropriato al suo concreto bisogno di assistenza.

17. Nell'ottica di potenziare i servizi sul territorio, dovranno essere creati anzitutto *ospedali diurni, presso ciascun presidio ospedaliero*; tali strutture, con prevalente vocazione per la riabilitazione, potrebbero contare sulla consulenza dei responsabili delle divisioni ospedaliere e su personale con un'adeguata formazione geriatrica. Inoltre occorrono interventi prioritari per attivare e potenziare i servizi di «assistenza domiciliare integrata» e di «ospedalizzazione a domicilio». La differenza tra i due servizi consiste nel carattere specialistico dell'ospedalizzazione a domicilio (particolarmente indicata in malati anziani con riacutizzazione di patologie croniche, per malati in fase terminale o per pazienti che richiedono terapie specifiche in seguito ad interventi chirurgici), mentre l'assistenza domiciliare integrata si fonda sull'opera del medico di base, degli assistenti sociali, degli infermieri professionali e dei terapisti della riabilitazione.

Anche nella bozza del Piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991, peraltro non ancora approvata dal Consiglio dei ministri, sono previsti interventi in tal senso, ma in misura che la Commissione giudica insufficiente. In particolare, gli stessi uffici del Ministero della sanità hanno calcolato che *l'ospedalizzazione a domicilio* possa essere praticata in alternativa ad una quota dei ricoveri ospedalieri totali pari al 5 per cento (cioè a 460.000 casi l'anno); nella bozza del PSN, invece, si prevede di giungere ad ospedalizzare a domicilio alla fine del triennio solo il 10 per cento di tali pazienti, cioè 46.000 casi l'anno.

Più adeguato è l'obiettivo relativo all'*assistenza domiciliare integrata*, con la quale il Ministero della sanità ritiene di poter assistere al termine del triennio 140.000 persone. Tale numero corrisponde a circa il 2 per cento degli ultrasessantacinquenni e quindi, secondo i parametri assunti dagli estensori della bozza del PSN, a circa la metà degli anziani totalmente non autosufficienti. Se però si fa riferimento al numero dei parzialmente non autosufficienti, come sembra più corretto per un servizio assistenziale di base, appare chiara l'inadeguatezza dell'obiettivo che il Ministero si propone di raggiungere nel primo triennio: 140.000 assistiti corrispondono a meno di un quinto degli anziani parzialmente non autosufficienti (che si suppone siano il 10 per cento del numero totale degli ultrasessantacinquenni).

Pertanto la Commissione ritiene che gli obiettivi indicati nel piano triennale rappresentino traguardi minimi, che dovranno essere necessariamente elevati allo scopo di giungere gradualmente, entro la fine del secolo, ad assistere tutti gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti - che nel frattempo saranno considerevolmente aumentati - con servizi proporzionati all'intensità del bisogno.

18. Accanto agli interventi a domicilio e all'assistenza semiresidenziale, praticata negli ospedali diurni, si deve considerare anche l'esigenza di

strutture residenziali per gli anziani non autosufficienti privi di sostegno familiare. L'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata sono, infatti, interventi validi soltanto quando esistono familiari o conviventi in grado di garantire un sostegno continuo all'anziano non autosufficiente, ovvero quando l'anziano che vive solo versi in una condizione di solo parziale autosufficienza.

Le residenze sanitarie assistenziali - cioè le strutture residenziali proposte nella bozza del Piano sanitario nazionale - sembrano progettate sul modello delle *nursing home* inglesi ed americane, strutture che ospitano anziani non autosufficienti per periodi anche temporanei, associando un trattamento di tipo alberghiero con assistenza infermieristica specializzata e, soprattutto, con terapie riabilitative ed occupazionali.

In strutture di tal tipo il Ministero della sanità ritiene di potere realizzare i 140.000 posti-letto per «anziani che non possono essere assistiti a domicilio» previsti dalla lettera f) dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Se si tiene conto che attualmente il numero dei posti-letto in strutture residenziali per anziani - anche autosufficienti - supera le 170.000 unità, si deve concludere che l'integrale realizzazione del programma porterebbe il numero complessivo dei posti-letto ad oltre 310.000 unità, corrispondenti a circa il 4 per cento del numero totale degli anziani ultrasessantacinquenni nel 1988.

La Commissione ritiene che tale numero di posti-letto potrebbe essere sufficiente soltanto se gli interventi alternativi all'istituzionalizzazione saranno fortemente potenziati. Riguardo ai tempi di realizzazione, la Commissione emblematicamente ricorda che, in base ai meccanismi procedurali previsti nell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, dovrebbero essere necessari almeno 18 mesi dall'emanazione del primo decreto ministeriale per procedere all'effettiva costruzione delle strutture residenziali; ma, a 16 mesi dall'approvazione della legge, tale decreto non è stato ancora emanato.

Si impongono - è un richiamo di ordine generale - procedure snelle che consentano realizzazioni rapide, perchè ogni anno aumenta il numero degli anziani e la loro accoglienza, dopo lunghe attese, in istituti impropri o fatiscenti è, prima che inumana, incivile.

19. Quanto poi alle *tipologie architettoniche*, la Commissione ritiene che le residenze sanitarie assistenziali debbano essere strutturate in maniera radicalmente diversa rispetto agli ospedali ed esprime, quindi, le più ampie perplessità in merito all'ipotesi di riconversione degli edifici ospedalieri dismessi, per i vincoli connessi alla ristrutturazione di edifici preesistenti e, per di più, spesso assai antichi. Pertanto la Commissione ritiene che si debba dare l'interpretazione più restrittiva all'ultima disposizione della già citata lettera f) dell'articolo 20 («Dette strutture, sulla base di *standard* dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri»), da interpretarsi nel senso che possa essere impiegata esclusivamente l'area in cui insistono gli edifici ospedalieri ed alcune porzioni di fabbricato ove sono situati servizi convertibili.

Gli edifici destinati ad ospitare gli anziani, invece, dovrebbero essere strutturati in piccoli reparti composti di stanze di non più di due letti, con un servizio igienico indipendente per una o due stanze e con soggiorni o sale da pranzo per ciascun reparto; complessivamente non dovrebbero accogliere più di 70 anziani; non dovrebbero essere costruiti lontani dai centri di provenienza degli ospiti; dovrebbero essere dotati di spazi per la socializza-

zione e l'animazione, di ambulatori e di palestre per la riabilitazione, nonché del personale qualificato per un'assistenza globale, di tipo sociale e di tipo infermieristico-riabilitativo.

20. Nella bozza del PSN è proposto che una quota dei posti-letto previsti nel triennio, pari a 10.000 posti, sia coperta con il ricorso al privato sociale convenzionato che accetti gli *standard* del Piano sanitario nazionale. Ciò è del tutto conforme con i principi del servizio sanitario nazionale che ammettono il convenzionamento delle case di cura private; non vi è dubbio, poi, che sia ammissibile tale convenzionamento per le strutture residenziali per autosufficienti.

Tuttavia la Commissione sottolinea che *dovranno essere esclusi dal convenzionamento* - e quindi non dovranno ricevere alcun contributo - gli istituti privati già esistenti che non accettino di adeguarsi agli *standard* previsti per i corrispondenti istituti pubblici (residenze sanitarie assistenziali o case-albergo). Naturalmente si dovrà prevedere un congruo periodo di tempo per tale adeguamento, sia per evitare provvedimenti vessatori nei confronti dei privati, sia per impedire l'immediata chiusura di numerosi istituti, che priverebbe il paese di migliaia di posti-letto in una situazione in cui i servizi di assistenza domiciliare sono ancora largamente carenti, sempre che ciò sia compatibile con l'obiettivo situazione degli istituti.

21. Per quanto riguarda *le spese di gestione delle residenze sanitarie assistenziali*, la Commissione condivide la distinzione tra le spese per attività sanitarie, imputate al Fondo sanitario nazionale, e quelle di carattere socio-assistenziale, per le quali l'anziano ricoverato deve contribuire, per la parte di natura alberghiera, nei limiti del proprio reddito. Anche in questo caso si dovrà prevedere l'integrazione della retta per la parte di carattere socio-assistenziale (quella di natura sanitaria dovrà restare a carico della USL come già avviene) solo nei casi in cui i redditi dell'anziano e la contribuzione della famiglia non siano sufficienti a coprire le spese di natura alberghiera, in conformità a quanto si è già proposto per il pagamento della retta nelle case-albergo. È infatti opportuno introdurre un disincentivo al ricovero anche nei confronti dei familiari degli anziani non autosufficienti, il cui abbandono appare anzi ancora più grave sotto il profilo etico-sociale.

Durante i periodi di vacanza, invece, la Commissione ritiene utile che si favorisca il ricovero temporaneo degli anziani non autosufficienti nelle strutture residenziali idonee, al fine di ridurre il carico assistenziale che grava sulle famiglie e di evitare il disagio che gli stessi anziani proverebbero nel seguire i familiari nelle località turistiche, spesso non adatte alle esigenze di persone che versino in tale condizione.

Inoltre la Commissione ritiene necessario definire in sede legislativa a quale comune o USL competa l'integrazione della retta - rispettivamente per le case-albergo e per le residenze sanitarie assistenziali - nel caso in cui l'anziano cambi residenza dopo il momento del ricovero. Al fine di evitare trasferimenti a scopo speculativo, si propone che l'obbligo di integrazione della retta resti in capo al comune o alla USL in cui l'anziano risiedeva al momento del ricovero.

22. La Commissione si è altresì soffermata sulla qualificazione delle residenze sanitarie assistenziali - e in genere delle strutture residenziali per non autosufficienti - ai fini dell'ammissione degli ospiti alla *votazione nel luogo di cura*. Poiché l'articolo 42 del decreto del Presidente della Repubblica 16 maggio 1960, n. 570, non precisa quali strutture debbano

intendersi nella categoria dei luoghi di cura, la Commissione propone che, in sede interpretativa, il Ministero dell'interno emani disposizioni che equiparino le residenze sanitarie assistenziali agli ospedali ed alle case di cura, ai fini dell'esercizio del diritto di voto.

23. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera degli anziani non autosufficienti affetti da patologie acute, la Commissione ha valutato i diversi orientamenti in ordine al mantenimento delle *divisioni ospedaliere di geriatria*, nonché la proposta di potenziarle, che è stata avanzata dal Ministro della sanità non solo nella sua audizione, ma anche nella citata bozza del Piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991. A tal riguardo, si è tenuto conto anche del parere espresso dal Consiglio sanitario nazionale nella seduta del 21 marzo 1989, in cui si colgono perplessità circa «il ruolo del geriatra-gerontologo da considerare come portatore di una metodologia più che titolare di un primariato ospedaliero che, comunque, non può essere caratterizzato dall'età ma dalle condizioni di patologia multipla e dai livelli di non autosufficienza non totalmente recuperabili».

La Commissione ritiene che la divisione ospedaliera di geriatria, opportunamente trasformata, possa essere la sede più appropriata per il trattamento intensivo - nella fase di acuzie - degli anziani non autosufficienti affetti da polipatologie o degli anziani affetti da patologie ad alto rischio invalidante. Al di là di questi casi, resta fermo che l'assistenza ospedaliera debba avvenire, a prescindere dall'età dei pazienti, nei normali reparti medici o chirurgici, a seconda della patologia acuta che ne determina il ricovero.

Peraltro l'esistenza delle divisioni di geriatria appare opportuna anche per lo studio e la sperimentazione di protocolli e metodologie di intervento terapeutico - preventivo e riabilitativo - finalizzate a contrastare la perdita dell'autosufficienza e a favorirne il recupero almeno parziale. Tali divisioni possono poi assicurare il supporto tecnico specialistico a tutti i presidi e i servizi sanitari e sociali rivolti alla popolazione anziana.

Risulta evidente che tali obiettivi non possono, comunque, essere raggiunti con le attuali divisioni di geriatria, il cui organico è limitato ai medici geriatri ed agli infermieri professionali, ma richiedono il coinvolgimento di *tutti gli operatori necessari per un intervento globale*: fisioterapisti, terapisti della riabilitazione, logopedisti, assistenti sociali, terapisti occupazionali (è questa una figura professionale fondamentale per poter effettuare dimissioni programmate). La Commissione propone perciò che le divisioni ospedaliere di geriatria siano dotate delle strutture e del personale necessario ad effettuare non soltanto i trattamenti appropriati alle patologie acute che determinano il ricovero, ma anche le terapie riabilitative richieste dallo stato di non autosufficienza e gli interventi preventivi necessari in presenza di patologie a carattere cronico-degenerativo.

24. Per quanto riguarda *i reparti di lungodegenza*, la Commissione ritiene di poter condividere il giudizio espresso nel decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988 («Determinazione degli *standard* del personale ospedaliero») laddove si parla di «anziani ultrasessantacinquenni abbinabili di trattamenti protratti di conservazione, che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell'insufficiente approntamento di forme alternative di spedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata» (art. 3, punto F.2). Ed al successivo punto F.5 si chiarisce che

l'assegnazione di tali pazienti alla funzione di lungodegenza riveste carattere di transitorietà in attesa che siano attivati i predetti servizi.

La Commissione propone che si adottino interventi immediati per ridurre al minimo tale «transitorietà», dimettendo quanto prima possibile dai reparti di lungodegenza gli anziani cronici non autosufficienti impropriamente ricoverati. La loro condizione, infatti, rappresenta una delle punte di maggior disagio che è possibile riscontrare nell'universo degli anziani, come è facilmente comprensibile a chiunque rifletta sulla invivibilità delle corsie ospedaliere per periodi che si protraggono ben oltre la durata del ricovero, già relativamente lungo, previsto per le funzioni di lungodegenza. L'assistenza ivi prestata, esclusivamente sanitaria, non è affatto appropriata alle esigenze degli anziani non autosufficienti, che hanno bisogno soprattutto di riabilitazione e di assistenza sociale, ed è di gran lunga più costosa di quella che potrebbe essere praticata a domicilio o nelle strutture extraospedaliere.

25. La Commissione - preoccupata per il numero esiguo di scuole di specializzazione in geriatria e gerontologia e per *le gravi carenze di figure professionali per la gestione dei servizi socio-sanitari* necessari nell'ambito di un valido progetto organico di assistenza degli anziani - richiama l'attenzione delle autorità competenti su questo fondamentale problema organizzativo, che è condizione del successo di qualsiasi iniziativa. Tra l'altro, se tale problema non sarà adeguatamente affrontato, l'Italia potrebbe divenire terra di immigrazione per gli operatori socio-sanitari provenienti dai paesi europei e da altri continenti, con ingiustificata riduzione delle possibilità occupazionali per i nostri giovani, ai quali non sono state fornite opportunità di specializzazione.

Le misure finora adottate per assicurare una migliore preparazione professionale non sono sufficienti, perchè non è stata affrontata la questione nella sua globalità. Si dà atto, comunque, al Ministro della pubblica istruzione di aver accolto con lodevole disponibilità la sollecitazione rivoltagli dalla Commissione, nel corso della sua audizione, provvedendo a modificare la «Tabella XVIII», nel senso di rendere obbligatorio l'insegnamento della geriatria-gerontologia nel corso di laurea in medicina e in chirurgia.

Si sottolinea l'esigenza dell'inserimento di un corso di geriatria-gerontologia nelle scuole dirette a fini speciali per assistenti sociali, dirigenti infermieristici, terapisti della riabilitazione e nei corsi di formazione per infermieri professionali. Si dovranno inoltre definire con precisione i profili professionali di altre figure che dovrebbero essere coinvolte nell'assistenza degli anziani (ad esempio, l'ausiliare socio-sanitario, l'animatore e, soprattutto, il terapeuta occupazionale), prevedendo un'adeguata formazione anche per tali operatori.

La Commissione pone in risalto anche l'esigenza che il personale medico e paramedico che abbia in cura gli anziani possieda specifiche conoscenze della mentalità e della psicologia di tali pazienti, i quali dovranno essere assistiti con una sensibilità appropriata.

I corsi di specializzazione a qualsiasi livello, oltre a fornire tutte le necessarie conoscenze scientifiche e tecniche, non escluse quelle psicologiche, dovranno essere programmati in rapporto alle reali esigenze degli interventi che si intende realizzare nel settore: bisogna far procedere insieme, quindi, i programmi di costruzione delle nuove strutture con la

formazione dei medici e degli altri operatori opportunamente preparati per gestirle.

In ultima analisi, la Commissione ritiene fondamentale la raccomandazione più volte formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: con operatori senza sufficiente professionalità, adeguata motivazione e giusta gratificazione economica, qualsiasi linea di intervento - anche la più valida sul piano razionale - è destinata a sicuro e inesorabile fallimento.

L'impatto delle proposte sulla spesa pubblica

26. Tutte le proposte che la Commissione ha avanzato, in relazione ai vari aspetti della condizione dell'anziano, comportano conseguenze che andrebbero valutate in relazione agli andamenti tendenziali del sistema economico e della finanza pubblica. Infatti, gli interventi proposti non incideranno su di una società che abbia raggiunto un assetto demografico stazionario, la piena occupazione e l'equilibrio dei conti pubblici, ma piuttosto si verranno a calare in una situazione contrassegnata da forti squilibri demografici, economici e territoriali.

In tale contesto, risulta chiaro sin d'ora che il finanziamento delle politiche per gli anziani non potrà essere garantito soltanto con una razionalizzazione nell'impiego delle risorse - in verità scarse - che sono state finora stanziare. Un fenomeno di portata epocale, come il rapido invecchiamento della popolazione che si verificherà nei prossimi decenni, non può non comportare *un ripensamento globale della spesa pubblica* e, al suo interno, della spesa sociale, che deve essere rapportata ai costi di un moderno sistema di sicurezza sociale.

In conseguenza, è necessario che Stato, Regioni ed enti locali inseriscano nei loro bilanci adeguati stanziamenti finalizzati agli interventi qui auspicati per una nuova politica a favore degli anziani. Comunque l'inevitabile aumento della spesa per gli anziani potrebbe essere parzialmente compensato da una riduzione della spesa derivante dalla contrazione numerica delle classi giovanili e, in genere, da una più razionale allocazione delle risorse pubbliche.

27. Peraltro, la Commissione ritiene di aver dimostrato che la condizione degli anziani può essere sostanzialmente migliorata anche con *riforme che non costano, ma anzi, riducono gli oneri per la collettività*: è appena il caso di ricordare che il prolungamento volontario della vita lavorativa comporterebbe una sostanziale riduzione della spesa pensionistica, rispetto agli andamenti tendenziali a legislazione vigente.

Vi sono poi riforme che costano nel breve periodo, ma consentono di ottenere sostanziali risparmi, almeno rispetto agli andamenti tendenziali della spesa, nel medio e nel lungo periodo. È questo sicuramente il caso dei programmi di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti e di quelli concernenti la costruzione di strutture residenziali extraospedaliere: con tali interventi si potrà eliminare il ricorso ai ricoveri ospedalieri impropri, che rappresentano un'enorme dissipazione di risorse pubbliche. È certo infatti che i costi di tali strutture sono di gran lunga inferiori a quelli degli ospedali, poichè non sono dotate di apparecchiature diagnostiche costosissime ed il loro personale è prevalentemente costituito da infermieri. A ciò si aggiunga che l'intero costo della degenza ospedaliera grava sul

contribuente, mentre nelle residenze sanitarie assistenziali la componente della spesa di natura alberghiera può essere largamente coperta dagli anziani ricoverati, con l'eventuale concorso delle famiglie.

Occorre altresì mettere in evidenza i gravi dissesti finanziari provocati dal ritardo nel pagamento delle somme dovute dai comuni a titolo di integrazione delle rette, che costringe le istituzioni di ricovero a contrarre rilevanti debiti con il sistema bancario.

28. In definitiva, la peggiore prospettiva per i conti pubblici è quella di uno Stato che assiste inerte all'invecchiamento della popolazione, lasciando che le risorse della collettività siano dissipate nel pensionamento precoce di milioni di persone, ancora valide e desiderose di lavorare, e nell'assistenza ospedaliera di centinaia di migliaia di anziani, che desidererebbero un'assistenza sanitaria assai meno costosa e più adeguata alle loro condizioni.

Si può constatare così una sostanziale coincidenza delle aspettative e delle esigenze degli anziani con gli interessi generali della collettività. Inoltre occorre tener presente che la spesa per l'assistenza domiciliare è quasi totalmente assorbita dal personale e, quindi, consentirà di creare un numero considerevole di posti di lavoro aggiuntivi, a parità dei livelli di spesa pubblica. Le proposte della Commissione potranno così comportare una ricaduta positiva in termini di occupazione e di reddito.

In conclusione, la Commissione raccomanda una sollecita attuazione degli interventi auspicati, perchè ogni anno di ritardo provoca un allargamento del divario tra la gravità dei problemi strutturali analizzati in questa relazione e l'inadeguatezza di una politica sociale episodica e, spesso, contraddittoria.

Per una Carta dei diritti dell'anziano

29. Il compito che la Commissione ha tentato di assolvere si rapporta - secondo quanto prescritto dall'articolo 1 della deliberazione istitutiva - all'analisi dell'attuale condizione degli anziani e alla formulazione di proposte per orientare opportunamente l'attività legislativa ed amministrativa. La Commissione è però consapevole che la propria relazione interviene in un dibattito politico e culturale in pieno svolgimento e che, pertanto, le proprie proposte offriranno certamente punti di riferimento, ma non saranno, nè intendono essere, l'ultima parola sulla complessa questione degli anziani.

Nel consegnare la sua relazione al Parlamento, al Governo, alle Regioni, alle autonomie locali, la Commissione si fa interprete del disagio e della sofferenza di milioni di cittadini, che costituiscono soggetti deboli da tutelare. Auspica perciò che si possa pervenire ad elaborare una «Carta dei diritti dell'anziano» costituita non da mere enunciazioni di principio, ma da un sistema di diritti soggettivi concretamente azionabili.

I fondamenti costituzionali di tali diritti si rinvengono nell'articolo 32, che sancisce il diritto alla salute, e nell'articolo 38, concernente il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale (che, al secondo comma, fa esplicito riferimento al caso di vecchiaia). Inoltre l'articolo 3 della Costituzione afferma la pari dignità sociale di tutti i cittadini ed attribuisce alla Repubblica il compito di «rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che,

limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana».

La prospettiva culturale e politica entro cui la «Carta dei diritti» si colloca, dunque, è quella della piena realizzazione della personalità dell'anziano e non certo l'affermazione di una «separatezza», che è il rischio storicamente sofferto quando si è cercato di tutelare i diritti civili di una parte della popolazione. La Commissione ritiene invece che i diritti dell'anziano possano essere realmente garantiti soltanto promuovendo la piena cittadinanza dell'anziano in ogni campo dell'attività culturale, economica, sociale e politica.

Tutte le proposte avanzate dalla Commissione sono state concepite in coerenza con questa dichiarata prospettiva. E sono state sorrette da una precisa convinzione: i soggetti deboli, e tra loro gli anziani, sono destinati a soccombere se lo Stato viene meno al suo compito di governare il divenire dell'economia e della società.