

Indice

PRINCIPALI CONCLUSIONI	3
CAPITOLO 1. INTRODUZIONE: LE SFIDE E LE OPPORTUNITA' DELL'INVECCHIAMENTO NELLA PROVINCIA DI CREMONA.....	11
CAPITOLO 2. IL WELFARE LOCALE.....	18
CAPITOLO 3. LE CONDIZIONI ECONOMICHE.....	33
CAPITOLO 4. CONDIZIONI E STILI DI VITA: IL RUOLO DEI PENSIONATI NELLA COMUNITA'	39
BIBLIOGRAFIA	51
APPENDICE. I SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI IN FAVORE DEGLI ANZIANI.....	53

Principali conclusioni

Per incidenza della popolazione con 65 anni e oltre, la provincia di Cremona è la più anziana in Lombardia subito dopo quella di Pavia. Non è di per sé un dato negativo. Infatti, “anziano” è oggi un concetto inadeguato a rappresentare circa un quarto della popolazione. Esso fa riferimento a un universo costituito da una pluralità di esperienze e carriere di vita, che vede sempre più crescere il protagonismo degli “attivi”. Questi, disponendo di un capitale umano più articolato rispetto alle generazioni di anziani precedenti, partecipano maggiormente alla vita sociale e culturale dei propri territori e fanno un uso più qualificato dei servizi e delle infrastrutture di cui questi dispongono.

Un punto di partenza di questa indagine è, dunque, la consapevolezza che l'invecchiamento della popolazione non costituisce un ostacolo allo sviluppo sociale ed economico, ponendosi anzi come l'esito dell'aumento del benessere. Tuttavia, se si vuole fare in modo che i cambiamenti prodotti dall'allungamento della vita siano economicamente e socialmente sostenibili, diviene necessario impostare strategie di ampio respiro, che superino i limiti delle politiche demografiche e previdenziali orientate al mero innalzamento dell'età lavorativa – da sole non risolutive – per introdurre invece nuove priorità nella regolazione dei processi sociali. Bisognerebbe cioè assumere come priorità dell'intervento pubblico la necessità di trasformare – in modo più efficace rispetto a quanto si fa ora – gli anni di vita in più in anni di buona qualità della vita (ottenendo tra gli altri il risultato di ridurre la spesa per la cronicità nei bilanci regionali), potenziare le politiche di prevenzione e per l'adozione di corretti stili di vita stimolando anche le responsabilità individuali e non solo quelle collettive, creare le condizioni affinché le persone, anche in età avanzata e una volta uscite dal mercato del lavoro, continuino a partecipare agli affari sociali, economici e culturali della propria società. L'età attiva oggi non può più essere limitata alla vita lavorativa.

Con questa prospettiva la presente ricerca, commissionata dallo SPI CGIL di Cremona, è orientata a indagare le principali caratteristiche della popolazione anziana in questo territorio, approfondendo i temi della domanda sociale (la recente evoluzione socio-demografica, le condizioni di salute, gli insediamenti, la situazione reddituale e patrimoniale, il rischio di povertà e i nuovi bisogni) e dell'offerta di servizi agli anziani (sanitari, socio-assistenziali e per la mobilità), lo stato di esigibilità dei diritti sociali e di cittadinanza, i possibili temi della negoziazione sociale esercitata dal Sindacato.

Per riconoscere le disuguaglianze più importanti che pesano negativamente sulle condizioni sociali degli anziani è stata realizzata l'analisi del contesto, che verte sulle questioni dell'economia e i redditi, le caratteristiche del territorio, l'azione della pubblica amministrazione: in breve, quei gradienti territoriali e socio-economici che influenzano, talvolta in modo decisivo, la qualità della vita delle persone. Tale analisi è stata svolta sulla

base dei dati provenienti da fonti statistiche ufficiali (ISTAT, Inps, Corte dei Conti, Regione Lombardia, Ministero dell'Interno, dati amministrativi comunali, ecc.). È stata inoltre realizzata un'inchiesta sul campo mediante questionario, rivolta a un campione ragionato di 292 pensionati, allo scopo di coinvolgere, nella fase di ascolto e di elaborazione delle piattaforme rivendicative, gli attori protagonisti. Sono stati inoltre creati indicatori utili a definire il fabbisogno di politiche sul territorio (disagio economico, isolamento relazionale, partecipazione) e a individuare i diritti di cittadinanza e sociali esigibili.

I risultati dell'indagine mostrano come il gradiente territoriale influenzi considerevolmente la qualità della vita nella provincia di Cremona. Se è vero che nelle aree interne del territorio (costituite da 22 piccoli comuni distanti dai centri erogatori di servizi) e nelle altre aree rurali le amministrazioni locali custodiscono un patrimonio straordinario di beni culturali e ambientali, di saperi e convivialità, non si può trascurare il fatto che una parte importante dei 115 enti della provincia subiscono ormai da diversi anni la depauperazione demografica, la rarefazione dei servizi di base (istruzione, mobilità e sanità) e la carenza di infrastrutture, fenomeni che penalizzano le potenzialità di sviluppo. Peraltro, le politiche per la cooperazione istituzionale, chiamate a contrastare questi fenomeni, risultano piuttosto deboli. Infatti, nonostante in questo territorio operino ben 17 unioni di comuni, si è visto che l'alta incidenza della quota di spesa destinata all'auto-funzionamento dai piccolissimi comuni (fino a 3 mila abitanti) costituisce in questo territorio un problema ancor più rilevante rispetto a quanto rilevato mediamente a livello regionale; inoltre, la dimensione media delle unioni (circa 3 comuni per ente) è molto ridotta al confronto con numerose altre esperienze; infine, la scarsa disponibilità di figure professionali qualificate presente negli organici dei piccolissimi comuni rallenta fortemente la realizzazione degli investimenti, con il conseguente accumulo di risorse inutilizzate (avanzo di amministrazione disponibile). Le problematiche legate allo spopolamento dei piccoli comuni emergono anche dai risultati dell'indagine sul campo condotta attraverso questionario nei confronti di 292 pensionati del territorio. Sono infatti numerosi gli intervistati, residenti nelle aree interne e rurali, che denunciano difficoltà nell'accesso ai servizi di base e negli spostamenti. In particolare, i trasporti pubblici locali costituiscono una forte criticità.

La crescente domanda di servizi per il trasporto espressa dagli anziani si pone come il risultato:

- ✓ dell'evoluzione dei processi demografici e sociali (il progressivo invecchiamento della popolazione, la marcata frammentazione dei nuclei familiari, il ridimensionamento delle reti protettive familiari, ecc.);

- ✓ dei cambiamenti interni agli stili di vita anziani: la richiesta di socialità e di mobilità è legata non solo alla necessità di raggiungere i presidi sanitari ma anche all'esigenza di fruire in modo attivo del territorio;
- ✓ delle carenze strutturali dell'offerta pubblica di tali tipologie di servizi.

Negli ultimi anni, la domanda di servizi per il trasporto espressa dagli anziani è stata soddisfatta dai comuni soprattutto attraverso le convenzioni sottoscritte con i soggetti del Terzo settore. In molti comuni questo intervento si configura come iniziativa sperimentale e temporanea, sollecitata dalle richieste degli organismi territoriali di volontariato, talvolta risulta inadeguato rispetto alla quantità e qualità della domanda di trasporto. Inoltre, sarebbe opportuno che i servizi di trasporto per l'accompagnamento ai presidi sanitari e socio-sanitari siano programmati anche in condivisione con l'AST, allo scopo di integrare questi interventi con i servizi di prenotazione.

Da questo punto di vista un tema importante riguarda la riorganizzazione della programmazione comunale, anche alla luce delle esigenze emerse e tenendo conto dei dati sui fabbisogni standard approvati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) relativamente alla funzione fondamentale dei trasporti. Proprio in quanto "fondamentale", tale funzione dovrebbe garantire la copertura del fabbisogno di trasporti anche sulla base del cofinanziamento comunale (tenuto conto dell'azione degli enti gestori che operano a livello regionale o comunque sovracomunale). Occorre sollecitare i comuni a ri-programmare gli interventi per i trasporti urbani ed extra-urbani, anche ricorrendo a soluzioni "leggere" come, ad esempio, i servizi di trasporto su richiesta. A questo proposito, la provincia di Cremona ha già visto nascere alcune esperienze interessanti, come il servizio flessibile Stradibus, su prenotazione telefonica, attivo su due zone, quella di Piadena e quella di Soresina-Castellone, che coprono rispettivamente una pluralità di Comuni e di loro frazioni. Sempre in provincia di Cremona, a Crema, sono stati attivati il Miobus urbano ed extraurbano che garantiscono lo spostamento a chiamata all'interno dell'area cittadina e in quella dei comuni limitrofi.

Un altro aspetto problematico è il tema del potere d'acquisto. Molti anziani intervistati lamentano infatti l'impossibilità di effettuare spese anche indispensabili. I risultati dei questionari trovano conferma nell'analisi dei dati oggettivi. In generale, i redditi da pensione e i redditi familiari in questo territorio sono più bassi della media regionale e della maggior parte delle altre province lombarde. In particolare, anche se gli assegni pensionistici hanno una copertura quasi totale, nella Provincia di Cremona si rilevano 18 pensioni integrate al minimo ogni 100 anziani residenti (30 su 100 donne). Il reddito medio pensionistico di un anziano cremonese è appena superiore a quello medio italiano, nonostante in questa provincia il costo della vita sia più alto che nella maggior parte del Paese. Anche relativamente al reddito Irpef dichiarato da tutte le fasce di popolazione, la

provincia di Cremona presenta un gap importante rispetto alle altre province. Nel 2017 il 36% dei contribuenti cremonesi percepivano un reddito annuo inferiore a 15.000 euro lordi. Il reddito medio per contribuente della nostra provincia (22.226 euro) è inferiore a quello lombardo di circa 2.500 euro.

Si è visto che essere anziano o anziana non significa necessariamente trovarsi in una condizione di povertà. Non è però difficile trovare anziani che vivono in condizioni di grave disagio economico, specie quando ricorrono le seguenti caratteristiche o profili sociali: le anziane sole e in età avanzata, prive di reti familiari (senza figli o con figli che vivono lontani) e con relazioni sociali deboli; gli anziani che vivono nelle periferie dei comuni più grandi oppure nei comuni medio-piccoli con un reddito basso (“pensione minima”, pensione di reversibilità) e in affitto; le coppie di anziani in età avanzata, in cui almeno una persona è bisognosa di assistenza continuativa, e con basso reddito; persone con basso reddito e inserite in un tessuto sociale fragile.

In linea generale la situazione reddituale favorisce indirettamente un progressivo allontanamento dalla vita sociale e l’impatto è più critico quando il basso reddito si accompagna a una condizione di non autosufficienza o disabilità, o comunque a problemi di salute che necessitano di cure ed assistenza sistematiche. In questa fase della vita si possono verificare repentinamente cambiamenti drammatici, a causa di problemi economici e per l’impossibilità di fruire degli interventi sociali previsti per gli anziani, con conseguente isolamento ed esclusione sociale (Ires Morosini, 2017a).

Occorre poi distinguere tra la povertà “oggettiva” e quella percepita, che talvolta può condurre l’anziano a situazioni di forte malessere psicologico. È ormai noto come, talvolta, gli anziani reagiscono all’impoverimento rendendosi invisibili agli aiuti e ai servizi pubblici, poiché si vergognano della loro situazione. È stato notato come spesso il sentimento della vergogna si associ ad un altro sentimento, il senso di colpa (*ibidem*).

Sul piano delle contromisure alla povertà e al disagio economico, gli interventi di sostegno al reddito attivati negli ultimi anni dalla Regione Lombardia (assegno di autonomia, voucher anziani e disabili) e dallo Stato (con il Sostegno per l’inclusione attiva prima e ora con il Reddito di cittadinanza) paiono finalizzati soprattutto a tamponare i problemi più gravi delle persone a rischio di povertà, piuttosto che ad attivare una nuova politica sociale idonea a garantire opportunità reali d’inclusione sociale.

Da questo punto di vista, si è osservato come spesso l’età anziana degli utenti scoraggi l’ente pubblico ad attivare verso di essi interventi volti alla graduale emancipazione dal bisogno; al contrario sarebbe auspicabile che le amministrazioni comunali e gli enti gestori dei piani di zona, con la collaborazione degli organismi del Terzo settore, predispongano misure mirate e integrate nei confronti delle persone anziane in difficoltà economica, volte ad affrontare e a cercare di risolvere i problemi attraverso un mix di prestazioni, costituite da servizi reali ed inclusivi e trasferimenti. Occorrere non limitarsi

all'erogazione di un contributo economico una tantum o della durata di alcuni mesi; si tratta di incoraggiare la persona anziana a intraprendere un percorso di valorizzazione e creazione delle proprie capacità e a indirizzare le proprie energie verso forme di socialità e comunità. In questo senso è importante che, a livello territoriale, venga incentivata la costruzione di reti di solidarietà sociale e relazionali, le forme di mutuo aiuto, la banca del tempo, i portierati sociali: tutto ciò allo scopo di rafforzare il tessuto sociale in cui è inserita la persona fragile.

Coerentemente con l'assunzione del concetto di multidimensionalità della povertà, negli ultimi anni è emerso con forza come il problema delle povertà riguardi non solo gli aspetti economici, ma anche e soprattutto aspetti sociali e relazionali.

Un altro aspetto problematico riguarda gli aiuti agli anziani non autosufficienti, tenuto conto che le cure domiciliari non risultano ancora adeguatamente sviluppate ed anzi, come si è visto attraverso l'esame dei dati disponibili, vivono una fase di ritirata. Anche le statistiche fornite dall'ente gestore del Piano di zona di Cremona mostrano come le cure domiciliari rivolte agli anziani non autosufficienti non raggiungano ancora un numero adeguato di persone. Il welfare familistico e i caregiver informali costituiscono ancora il supporto principale alle persone non autosufficienti: senza dubbio, però, le dinamiche demografiche e l'evoluzione degli stili di vita e dei comportamenti familiari (assottigliamento e instabilità dei nuclei) metteranno a dura prova tali forme di aiuto in futuro.

In linea generale, dai dati esaminati si ha l'impressione che le problematiche che interessano la copertura della domanda sociale dipendano anche dalle rigidità dell'offerta e dalla non adeguata propensione all'innovazione degli interventi sociali posti in essere. In diversi casi, infatti, comuni ed enti gestori, pur mostrando una forte sensibilità sociale, offrono un numero limitato di servizi pensati per grandi categorie di utenti (Sad, Centri sociali, ecc.), poco differenziati e non adeguatamente mirati alle necessità della popolazione, le quali spesso travalicano questi steccati. Mentre occorrerebbe impostare una presa in carico più orientata a valutare la multidimensionalità del bisogno (ad esempio, diritto all'informazione, abitazioni, disagio economico, isolamento fisico e relazionale, ecc.) e a integrare l'offerta di interventi, anche potenziando il partenariato pubblico – privato.

L'analisi ha evidenziato come l'area problematica delle abitazioni costituisca un punto di debolezza. Soprattutto dall'indagine sul campo è emerso che, quando le persone anziane non sono protette da un robusto tessuto sociale o vivono in condizioni economiche non agiate (situazione che interessa più spesso le grandi anziane sole) spesso i costi relativi alle utenze e alla manutenzione sono troppo alti, oppure non si ha la possibilità di adeguare le condizioni dell'abitazione alle proprie esigenze. Importante è anche la

denuncia di barriere architettoniche, interne ed esterne all'edificio, che rendono di difficile fruibilità le pertinenze.

Occorre segnalare anche il problema dell'isolamento relazionale. Gli anziani intervistati hanno pochi contatti al di fuori del nucleo familiare (in media ne indicano solo 2). Nelle risposte alle domande aperte emerge sia la richiesta di maggiori opportunità di partecipazione sia quella di sostegno psicologico e compagnia.

Un ambito d'intervento fortemente legato alla dimensione relazionale e sociale è quello che chiama in causa le politiche urbanistiche. Se è vero che, all'aumentare dell'età, a prescindere dalla disponibilità dei mezzi di trasporto, diminuisce la mobilità delle persone, come si è visto anche dai risultati dall'indagine sul campo, occorre allora prestare attenzione anche alle forme di radicamento sul territorio, sia nei piccoli e piccolissimi comuni sia nelle periferie delle città più grandi. È importante, in questo senso, che i comuni potenzino le politiche urbanistiche con l'obiettivo di promuovere la realizzazione di interventi integrati (area delle abitazioni, domotica e barriere architettoniche, spostamenti, presenza del commercio tradizionale, residenzialità, progettazione di spazi di incontro, ecc.) e soluzioni adeguate alle reali esigenze di una fascia di popolazione molto ampia, gli anziani appunto. Migliorare le politiche urbanistiche può significare attivare una pluralità di interventi: preservare e sviluppare qualora non ci fossero, degli spazi intermedi in cui gli abitanti di un certo territorio possano incontrarsi, comunicare e intessere relazioni sociali; prevedere zone pedonali prive di barriere architettoniche; sostenere i piccoli esercizi di vicinato; sollecitare esperienze di silver cohousing o sperimentare stili di progettazione che rendano lo spazio costruito vivibile e accessibile per ogni persona.

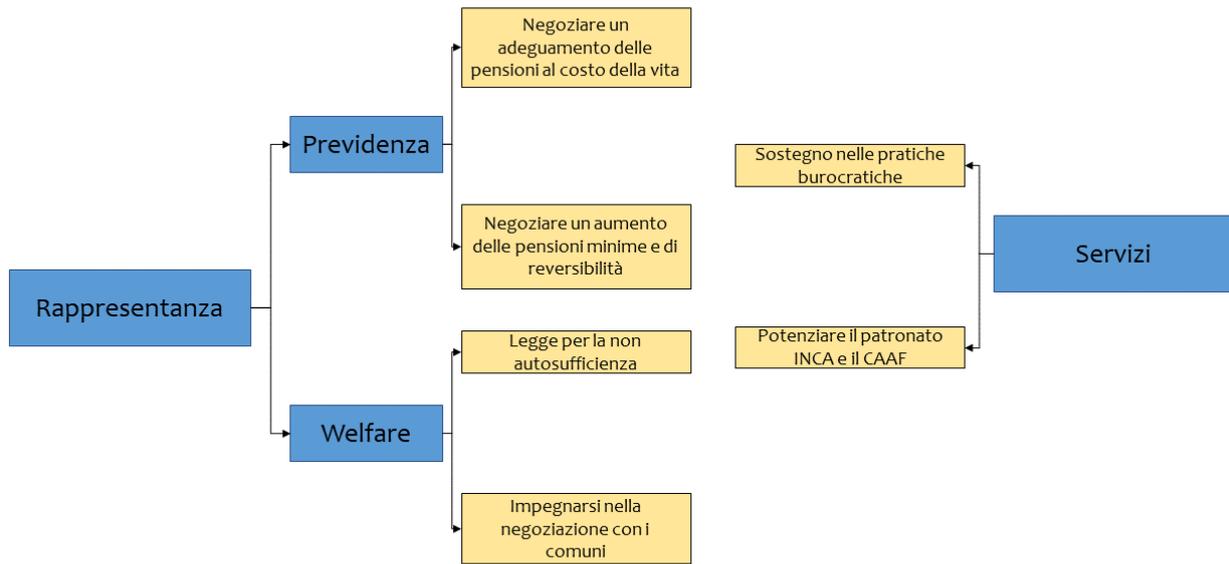
Da questo punto di vista, un'organizzazione efficace non solo dello spazio urbano ma anche dello spazio abitativo può favorire la ricostruzione e il mantenimento delle relazioni, soprattutto intergenerazionali, e svolgere funzioni protettive per i legami forti. In coerenza con la recente evoluzione delle preferenze delle persone anziane, i comuni dovrebbero promuovere, in collaborazione con le Ats e le associazioni di volontariato e del Terzo settore, la diffusione di soluzioni abitative alternative alle tradizionali residenze sanitarie assistenziali. Nei limiti del possibile, coerentemente con le esperienze europee più avanzate, occorrerebbe consentire all'anziano di poter scegliere il luogo in cui vivere nelle diverse fasi del suo invecchiamento. Si pensi, ad esempio, alle strutture costituite da piccole unità di convivenza anche per persone con malattie cognitive (alloggi assistiti e con servizi, nuclei di convivenza, centri multiservizi integrati), presso le quali l'assistenza e le diverse forme di cura non impediscono alla persona non autosufficiente di mantenere forme di gestione della propria vita privata commisurate alle condizioni cliniche. Negli ultimi anni, soprattutto nei paesi dell'Europa occidentale, l'offerta di prestazioni e di soluzioni residenziali si è adattata sempre di più alle nuove domande emergenti

promuovendo i servizi in rete. Si è diffusa l'esperienza dei centri multiservizi, che erogano un'ampia gamma di prestazioni: teleassistenza, promozione dell'autonomia personale, aiuto a domicilio, catering, lavanderia, centro diurno, assistenza personale e, quando necessaria, assistenza residenziale (Ires Lucia Morosini, 2017b). In genere la famiglia partecipa al programma delle attività, nonostante l'anziano sia in residenza, anche trascorrendo buona parte della propria giornata nel centro.

In conclusione, i risultati dell'indagine sulla popolazione anziana della provincia di Cremona evidenziano la necessità che gli attori protagonisti, in primo luogo gli enti territoriali, perseguano con più coraggio ed efficacia l'obiettivo dell'invecchiamento attivo: "creare le condizioni affinché le persone, anche in età avanzata e una volta uscite dal mercato del lavoro, continuino a partecipare agli affari sociali, economici, culturali, spirituali e civili della propria società" (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1998).

Gli intervistati hanno inoltre chiesto al Sindacato di irrobustire il proprio intervento per la tutela dei pensionati. In particolare, sulla base dell'analisi delle risposte alle domande aperte del questionario, viene auspicato il potenziamento delle funzioni di rappresentanza sindacale, per quanto attiene soprattutto la tutela del potere d'acquisto delle pensioni (con particolare riferimento a quelle minime e di reversibilità), lo sviluppo della normativa per il contrasto alla non autosufficienza e la negoziazione di politiche di welfare più efficaci con gli enti territoriali. Relativamente al tema dei servizi, viene espressa l'esigenza che il Sindacato potenzi il sostegno alle pratiche burocratiche e sviluppi ulteriormente il ruolo di informatore sui diritti degli anziani; numerosi intervistati, inoltre, esprimono l'esigenza che si rafforzino anche le attività di tutela dei diritti sociali e di assistenza fiscale in capo all'INCA e al CAAF.

Figura A. Mappa concettuale delle iniziative che gli intervistati richiederebbero al Sindacato.



Nota: Classificazione delle risposte aperte alla domanda “Cosa potrebbe fare per lei il Sindacato?”.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Introduzione: le sfide e le opportunità dell'invecchiamento nella Provincia di Cremona

La Provincia di Cremona è un piccolo territorio di 115 comuni che all'inizio del 2018 ospitava una popolazione complessiva di 358.512 abitanti, corrispondente al 3,6% dei residenti della Regione. All'interno del panorama lombardo, essa rappresenta un caso di studio significativo, dal momento che mostra un'anticipazione dei cambiamenti che nei prossimi decenni investiranno la società italiana, e in particolare

- ✓ la decrescita della popolazione;
- ✓ il processo di senilizzazione, che ci accompagnerà fino agli anni Sessanta del secolo in corso e che produrrà trasformazioni profonde nei modelli di consumo, nella domanda di beni e servizi, nel sistema produttivo, nel mercato del lavoro, nei modi di vivere all'interno degli spazi urbani, delle comunità e delle famiglie.

Infatti, mentre l'area della Grande Milano – che comprende l'omonima Città Metropolitana e parte delle province limitrofe – prosegue la sua espansione urbanistica, dal 2015 la nostra provincia è entrata in una fase di calo demografico determinato dal rallentamento dei flussi migratori, dagli elevati livelli di mortalità (il tasso corrispondente nel 2017 era pari a 11,3 morti per 1.000 abitanti, il più alto in Lombardia) e soprattutto dalla drammatica caduta delle nascite: basti pensare che nel 2007 sono nati 9,2 bambini ogni 1.000 abitanti e nel 2017 appena 7,2.

Nell'ultimo decennio essa ha mostrato una crescita demografica pari allo 0,7%, frutto di una dinamica positiva limitata al periodo 2008-2014 cui ha fatto seguito un'inversione di tendenza. Si tratta di una variazione inferiore a quella regionale (+4,1%) e più alta soltanto rispetto a Sondrio, unica provincia a crescita zero.

L'area cremonese, inoltre, è tra le più anziane della Lombardia (Tabella 1): se consideriamo la percentuale di ultrasessantacinquenni – il più diffuso indicatore del livello di invecchiamento delle popolazioni, in particolare ai fini delle comparazioni internazionali – essa risulta pari a 24,0%, collocandosi al secondo posto dopo Pavia. La media regionale è del 22,4% e quella nazionale del 22,6%. I due comuni maggiori (il Capoluogo e Crema), con una percentuale complessiva del 26,5%, sono più anziani rispetto all'aggregato dei comuni di piccole e medie dimensioni e pertanto concorrono ad innalzare il grado di invecchiamento. La popolazione straniera, che ha raggiunto nel 2018 un'incidenza pari all'11,5%, ha invece contribuito a contenerlo sia in modo diretto, grazie al profilo anagrafico degli immigrati, sia in modo indiretto, grazie ai loro maggiori livelli di fecondità: nella nostra provincia la percentuale di ultrasessantacinquenni è del

26,7% tra i residenti di cittadinanza italiana e appena del 3,6% tra gli stranieri; il numero medio di figli per donna¹ di cittadinanza italiana è pari soltanto a 1,17 mentre il numero medio di figli per donna straniera raggiunge il valore di 2,14.

Tabella 1 Principali indicatori demografici. Lombardia e province. Anno 2018.

	Comuni	Popolazione residente		Incidenza sul totale della popolazione del 2018			
		2018	Var. % 08-18	Under 15	Over 65	Over 85	Stranieri
Bergamo	242	1.111.035	+4,9%	14,7%	20,7%	2,8%	10,8%
Brescia	205	1.262.402	+4,2%	14,5%	21,3%	3,1%	12,4%
Como	151	599.301	+3,7%	13,7%	22,6%	3,4%	8,0%
Cremona	115	358.512	+0,7%	12,9%	24,0%	3,8%	11,5%
Lecco	88	339.384	+2,4%	13,7%	23,2%	3,4%	8,0%
Lodi	61	229.765	+4,6%	14,1%	21,3%	3,0%	11,8%
Mantova	68	411.762	+2,0%	13,4%	23,5%	3,9%	12,5%
Milano	134	3.234.658	+4,9%	13,7%	22,5%	3,4%	14,2%
Monza-Brianza	55	871.698	+5,9%	14,1%	22,0%	3,1%	8,7%
Pavia	188	545.810	+2,8%	12,4%	24,2%	4,0%	11,4%
Sondrio	77	181.403	+0,0%	13,1%	23,2%	3,6%	5,3%
Varese	139	890.528	+3,2%	13,6%	23,4%	3,5%	8,5%
Ripartizione della provincia di Cremona per fasce di ampiezza demografica del comune							
Fino a 1.000	35	21.085	-5,5%	12,3%	24,5%	4,0%	10,7%
1.001-3.000	53	91.832	+1,0%	13,5%	22,6%	3,5%	9,0%
3.001-5.000	15	55.565	+0,9%	13,2%	22,6%	3,4%	10,1%
5.001-10.000	9	68.264	+1,2%	13,3%	23,4%	3,4%	11,4%
10.001-30.000	1	15.425	+5,7%	13,9%	22,2%	3,8%	16,4%
Oltre 30.000	2	106.341	+0,7%	11,9%	26,5%	4,3%	13,9%
Lombardia	1.523	10.036.258	+4,1%	13,8%	22,4%	3,3%	11,5%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Le proiezioni demografiche² anticipano che i flussi migratori non saranno sufficienti per arrestare la tendenza alla senilizzazione. Essa costituisce un fenomeno di portata mondiale, che interessa sia i paesi avanzati (Italia e Giappone in testa) sia quelli in via di sviluppo. In particolare, l'invecchiamento discende dagli effetti di "coorte" (l'ingresso dei *baby boomers* nati negli anni Cinquanta nelle fasce di età più anziane, il prolungarsi della natalità, ...) e dall'aumento della longevità reso possibile dalle innovazioni in campo sanitario e dal miglioramento degli stili di vita. L'ISTAT prevede che tra il 2018 e il 2040 gli ultrasessantacinquenni residenti in Lombardia cresceranno da circa 2 milioni e 250mila unità a 3 milioni e 300mila (ovvero del 46%). Questa soglia anagrafica individua approssimativamente la popolazione che si trova in età da pensione ed è di particolare interesse nello studio del mercato del lavoro e degli scenari previdenziali. La scelta del

¹ Facciamo qui riferimento al tasso di fecondità totale, calcolato sulle donne in età feconda (15-49enni).

² Ci riferiamo a quelle effettuate dall'ISTAT (2018c), i cui modelli di simulazione degli scenari demografici si avvalgono di parametri stimati sulla base di informazioni fornite da esperti. Per diversi indicatori (tra i quali l'incidenza della popolazione ultrasessantacinquenne) sono stati simulati 3.000 valori. Il valore intermedio ("mediano") di questa distribuzione viene ricavato analiticamente e può essere assimilato a quello che separa la metà delle simulazioni con i valori più bassi dalla metà delle simulazioni con i valori più alti. La nostra trattazione considera questa stima.

cut-off, giustificata anche dai criteri di cui si serve il sistema dei servizi pubblici per individuare i propri *target* di utenza, non consente di identificare tuttavia una fascia anagrafica caratterizzata da un decadimento fisico e cognitivo e dalla conseguente perdita di funzionalità e necessità di assistenza. Infatti, i “giovani anziani” del 2018, grazie all’aumento del loro livello di istruzione, al miglioramento delle loro condizioni economiche e alla diffusione di stili di vita più sani, riescono a preservare uno stato di buona salute per un periodo di tempo che sarebbe parso inimmaginabile soltanto pochi anni fa. Nell’ultimo ventennio, infatti, oltre ad essersi allungata la speranza di vita in tarda età, è aumentato anche il numero di anni di vita attesa in buona salute e senza disabilità, come certificano le rilevazioni periodiche dell’ISTAT. La Tabella 2 mostra che la speranza di vita degli anziani lombardi è cresciuta sensibilmente in un lasso di tempo relativamente breve (2000-2016), durante il quale si è anche prodotto un parziale allineamento dell’aspettativa dei due generi: per le donne sessantacinquenni l’incremento è stato di 2,1 anni, portando la loro speranza di vita a 22,8 anni, mentre gli uomini, con un incremento di 3,1, hanno raggiunto una speranza di vita pari a 19,3 anni. La durata di vita attesa degli anziani cremonesi, anche se in aumento, resta inferiore a quella media lombarda: nel 2016 le donne avevano una speranza di vita di 22,1 anni – circa 0,6 anni in meno rispetto alla media delle donne lombarde – e gli uomini di 18,4, un valore più basso di tutte le altre province ad eccezione di Pavia, ovvero quasi un anno in meno rispetto alla media regionale.

Tabella 2. Speranza di vita a sessantacinque anni. Anni 2000, 2013 e 2016. Lombardia e Province

	Donne			Uomini		
	2000	2013	2016	2000	2013	2016
Bergamo	20,25	21,86	22,50	15,49	18,43	19,03
Brescia	20,86	22,37	22,96	16,08	18,46	19,23
Como	20,70	22,32	22,77	16,25	18,75	19,18
Cremona	20,41	21,79	22,11	15,68	18,51	18,39
Lecco	20,62	22,46	22,95	16,22	18,67	19,56
Lodi	19,56	21,87	22,13	14,97	18,08	18,74
Mantova	21,34	22,42	22,80	16,56	18,79	19,18
Milano	20,79	22,77	22,93	16,46	18,88	19,49
Monza-Brianza	nd	22,43	23,02	nd	18,90	19,83
Pavia	20,30	21,40	21,81	15,61	17,97	18,39
Sondrio	21,40	22,62	22,66	15,59	18,33	18,99
Varese	20,89	22,53	23,02	16,53	18,67	19,42
Lombardia	20,63	22,36	22,73	16,19	18,69	19,25
Italia	20,35	22,01	22,34	16,54	18,56	19,09

Nota: La speranza di vita a 65 anni esprime il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all’età di 65 anni.

Fonte: Stime ISTAT

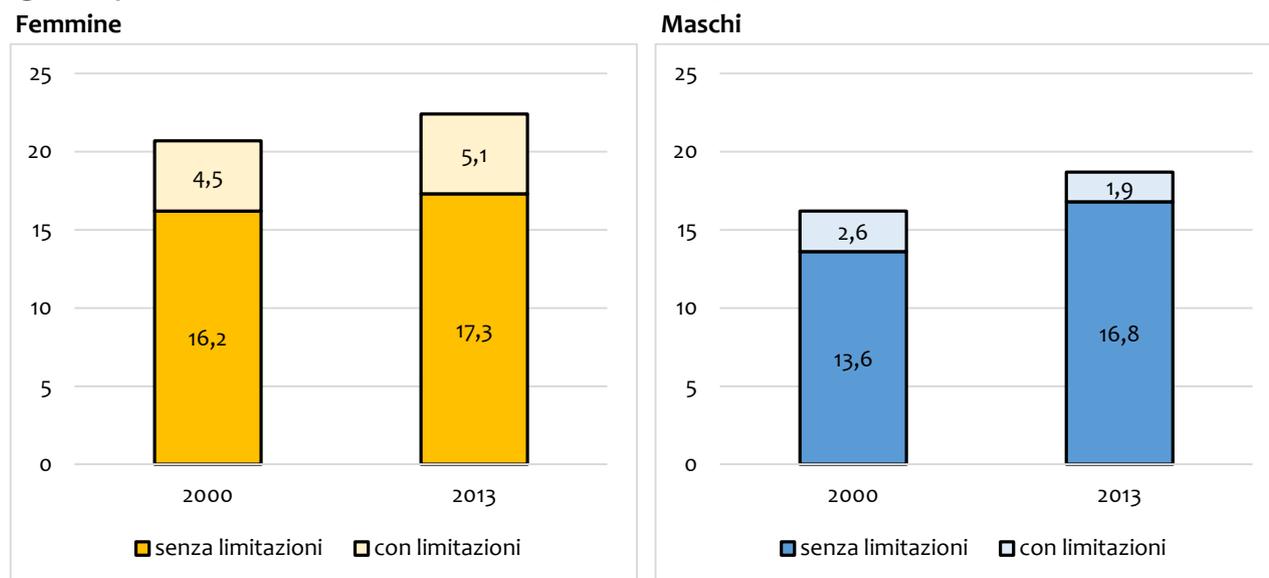
Considerando un arco temporale poco più ristretto (2000-2013) possiamo osservare che è aumentata anche la speranza di vita “senza limitazioni funzionali”³ degli anziani lombardi, di 1,1 anni per le donne e di 3,3 per gli uomini. In media, sia le donne sia gli uomini di sessantacinque anni possono aspettarsi di vivere senza alcuna limitazione funzionale fino alle soglie degli 82 anni. Per le prime è aumentato anche il numero di anni di vita attesa con limitazioni funzionali, da 4,5 a 6,1, per gli altri si è ridotto da 2,6 a 1,9. È noto, infatti, come la maggiore speranza di vita femminile si accompagni, in media, a condizioni di salute in tarda età peggiori rispetto a quelle dei coetanei maschi. Le politiche degli stati avanzati da diverso tempo mirano ad accrescere la speranza di vita in condizioni autonome e di buona salute (e non soltanto la speranza di vita *tout court*), consentendo di perseguire il duplice obiettivo di migliorare il livello di benessere della popolazione e di contrastare l’impatto della domanda di assistenza sulle risorse della collettività.

³ Dal 2012 l’ISTAT misura la prevalenza della disabilità nella popolazione adottando un nuovo approccio proposto dall’OMS, secondo il quale questa condizione non deve essere ricondotta ad una malattia o ad una menomazione, ma va intesa piuttosto come l’effetto di un’interazione negativa tra condizioni di salute e altri fattori personali e ambientali che ha delle ricadute sulle attività che una persona è in grado di svolgere e sul suo grado di inclusione sociale. Pertanto, secondo questa concezione, la disabilità coincide con una compromissione della sfera funzionale e una persona viene quindi considerata “funzionalmente limitata” se presenta almeno una delle seguenti condizioni rilevate attraverso una batteria di indicatori:

1. confinamento: costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici;
2. difficoltà nel movimento: problemi nel camminare, nel salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, nel chinarsi per raccogliere oggetti da terra;
3. difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana: riduzione dell’autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo;
4. difficoltà della comunicazione: limitazioni nel sentire, nel vedere, nel parlare.

Più specificamente, si definisce “persona con limitazioni funzionali” quella che, escludendo le limitazioni temporanee, dichiara un livello di difficoltà pari o immediatamente inferiore al massimo grado in almeno una delle quattro aree sopra elencate, pur tenendo conto dell’eventuale aiuto di ausili e apparecchi sanitari (ISTAT, 2015).

Figura 1. Speranza di vita a 65 anni. Lombardia. Anni 2000 e 2013.



Nota: La speranza di vita a 65 anni esprime il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età di 65 anni.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Il miglioramento della qualità della vita in tarda età trova conferma nelle rilevazioni periodiche dell'ISTAT sullo stato di salute percepito dalla popolazione, che rappresenta un utile strumento di verifica delle misurazioni oggettive. Nel 2000 gli ultrasessantacinquenni lombardi che dichiaravano di essere in uno stato di buona o discreta salute erano l'83,4%, nel 2005 erano cresciuti fino all'84,9% e nel 2013 fino all'85,7%⁴. Questa condizione non sembra interessare tutto il territorio nazionale. Infatti, dal confronto con le altre aree del Paese, la Lombardia emerge come la seconda, dopo il Trentino-Alto Adige, per la qualità della salute degli anziani, distinguendosi dalle macroregioni del Mezzogiorno, dove la percentuale di ultrasessantacinquenni in buona o discreta salute è sostanzialmente inferiore: Campania (73,3%), Puglia (72,7%), Calabria (69,6%), Sicilia (69,4%) e Sardegna (73,2%).

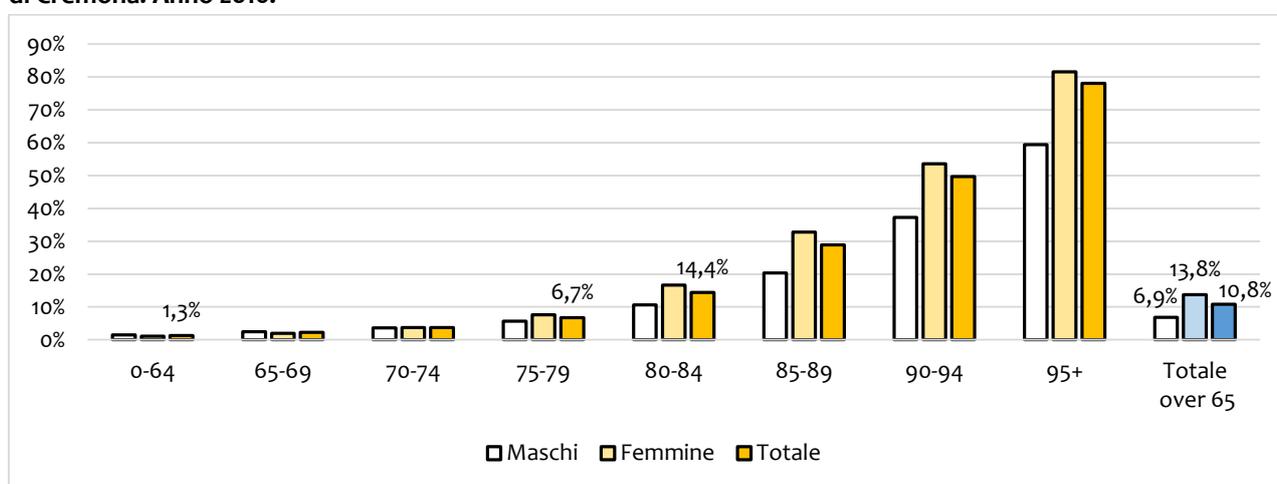
Nonostante questi progressi, tuttavia, una significativa porzione di anziani sperimenta oggi condizioni di fragilità funzionale e di difficoltà motoria, necessitando di supporto per svolgere le attività quotidiane, soprattutto se donne, le quali presentano una più alta incidenza di disabilità rispetto agli uomini. Basti osservare che nel 2016 il 10,8% degli ultrasessantacinquenni residenti nella Provincia di Cremona beneficiava di un'indennità di accompagnamento, il 13,8% tra le donne e il 6,9% tra gli uomini di quella fascia di età. La Figura 2 mostra, inoltre, che il differenziale di genere nel tasso di percezione dell'indennità di accompagnamento aumenta con l'età. Fino ai 69 anni la percentuale di

⁴ Il tasso di persone in buona o discreta salute è il frutto di una stima campionaria basata sulla somministrazione della domanda "Come va in generale la salute?" che prevede cinque modalità di risposta: "molto male", "male", "discretamente", "bene" e "molto bene".

percettori tra gli uomini è maggiore della percentuale di percettori tra le donne, mentre la relazione si inverte a partire dai 70 anni. Tra gli 85 e gli 89 anni il “rischio” di beneficiare di un’indennità di accompagnamento è del 28,9% (32,7% considerando soltanto la popolazione femminile), tra i 90 e i 94 del 49,7% (53,5% per le donne) e oltre i 95 anni del 78,0% (81,6% per le donne).

Gli stessi dati riportati in questo grafico sono un’indicazione (indiretta ma efficace) di come, per gli anziani cremonesi fino agli 80 anni di età, la condizione di grave invalidità⁵ sia un’occorrenza rara, che si osserva nel 2,2% dei casi per la fascia dei 65-69enni, nel 3,7% per i 70-74enni e nel 6,7% per i 75-79enni.

Figura 2. Percentuale di residenti percettori di indennità di accompagnamento per diverse fasce di età. Provincia di Cremona. Anno 2016.



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

I dati a disposizione consentono quindi di tratteggiare un quadro incoraggiante sulle condizioni e le opportunità delle nuove coorti di anziani cremonesi, la cui speranza di vita è in continua crescita. Allo stesso tempo, le situazioni di grave fragilità e disabilità tendono a spostarsi nelle fasi più avanzate dell’esistenza: un individuo che raggiunga oggi le soglie della terza età può attendersi di trascorrere, in media, molti anni in condizioni di salute apprezzabili e compatibili con una vita autonoma.

Alla luce dei sensibili miglioramenti delle condizioni di salute degli anziani e della diffusione di stili di vita indipendente, riteniamo pertanto che il dibattito contemporaneo sulle politiche della terza età non debba appiattirsi sul bisogno di assistenza. È necessario prendere atto delle trasformazioni demografiche in corso – che gli attori pubblici sono chiamati a comprendere e tentare di correggere, prima che producano tensioni irrimediabili nel tessuto sociale – ma anche delle opportunità di cui godono gli anziani, in

⁵ L’indennità di accompagnamento viene erogata agli invalidi civili totali che, a causa di minorazioni fisiche o psichiche, sono impossibilitati a deambulare senza l’aiuto di un accompagnatore oppure incapaci di compiere gli atti della vita quotidiana.

particolare i “giovani vecchi”. Ad essi vorremmo guardare, nelle pagine che seguiranno, non soltanto come destinatari di risorse pubbliche ma piuttosto come attori in grado di condurre una vita attiva e soddisfacente, contribuendo al loro benessere e a quello della collettività. Non solo, quindi, come una categoria di bisognosi, ma in primo luogo come risorse in grado di produrre *welfare*.

Nelle analisi ci avvarremo di dati provenienti sia da fonti istituzionali sia da un’indagine *ad hoc* condotta su un campione di circa 300 pensionati⁶ (per il 90,4% con più di 65 anni) residenti nella Provincia di Cremona, con l’obiettivo di studiare le loro condizioni di vita e comprendere quali sono le opportunità e gli ostacoli ad un invecchiamento attivo e sereno che questo territorio esprime, considerando le caratteristiche del tessuto sociale, degli insediamenti abitativi e dell’offerta di servizi. Le analisi dei questionari verranno presentate in grafici e tabelle contraddistinte dal colore giallo, per consentire al lettore di distinguerle immediatamente dalle altre.

Nel prossimo capitolo studieremo lo stato dei servizi in favore degli anziani che necessitano di assistenza socio-sanitaria, evidenziando i punti di forza e le carenze del sistema di welfare locale: vedremo infatti che, nonostante gli anziani godano di migliori condizioni di salute e di maggiori capacità di vita autonoma rispetto al passato, la grande transizione demografica in corso produrrà inevitabilmente un aumento della domanda di assistenza. Il terzo capitolo è dedicato all’analisi delle condizioni economiche, che rappresentano una delle determinanti principali della qualità della vita degli anziani. Nel quarto capitolo studieremo le condizioni della vita quotidiana e le modalità di partecipazione e socializzazione che caratterizzano la terza età nell’area cremonese, fornendo anche alcune indicazioni sullo stato del sistema di trasporto pubblico nella Provincia di Cremona, che non sembra in grado di incontrare efficacemente la domanda di mobilità degli anziani residenti.

⁶ Si tratta di un campione significativo di 292 unità ottenuto attraverso due strategie di campionamento. La prima è consistita nella selezione di pensionati iscritti allo SPI-CGIL. La seconda nel contattare pensionati residenti nella provincia tramite gli sportelli dei servizi di patronato e CAAF presenti sul territorio. Le interviste sono state condotte con l’assistenza di personale formato sui contenuti del questionario.

Il welfare locale

I progressi delle condizioni di vita in tarda età, che abbiamo precedentemente definito e quantificato nei termini di una riduzione della morbilità degli anziani e di uno slittamento in avanti delle condizioni di fragilità nel corso di vita individuale, non sono tuttavia sufficienti per contrastare l'aumento dell'incidenza della disabilità e della perdita di funzionalità nella popolazione. Dal 2000 al 2013, infatti, per effetto dell'invecchiamento, il tasso lombardo di persone con limitazioni funzionali è aumentato dal 4,0% al 4,5%, mostrando che l'abbassamento del rischio individuale di trovarsi in cattive condizioni di salute non è in grado di compensare gli effetti dall'avvicinarsi di una massa critica della popolazione alle soglie della quarta età, con una prospettiva di sopravvivenza che aumenta più rapidamente rispetto a quanto migliorino le condizioni di salute dell'anziano medio (Micheli 2007, Caselli e Egidi 2011). Per comprendere l'entità di questi cambiamenti, basta considerare che gli individui che hanno superato la soglia critica degli 85 anni – oltre la quale si osserva con elevata frequenza un peggioramento dello stato di salute – nella nostra provincia erano meno di 8.000 nei primi anni '2000 mentre oggi superano le 13.000 unità, per una crescita complessiva del 73% in sedici anni. Come riportato nella Tabella 1, i “grandi anziani” costituiscono ancora una parte esigua della popolazione (il 3,8% a livello provinciale e il 3,4% a livello regionale) che tuttavia è destinata a crescere rapidamente fino agli anni Sessanta del Ventunesimo Secolo quando, secondo le previsioni (si veda la nota 2), raggiungerà il picco del 9,5% al livello regionale.

La domanda di assistenza agli anziani non autosufficienti, pertanto, è in costante aumento ma, anche se ampiamente anticipata dai demografi, sembra stia cogliendo impreparato il sistema di Long Term Care italiano, che mostra ormai l'inadeguatezza di un welfare che ancora assegna molti (troppi) compiti di cura alle famiglie e la cui sostenibilità è messa a repentaglio dalle trasformazioni in corso.

Il potenziamento dei servizi appare oggi come una necessità ineludibile. Eurostat ha stimato che il tasso regionale di ultrasessantacinquenni con limitazioni funzionali ammontava al 27% nel 2015 e la disamina dell'offerta dei servizi mostra che questa non è in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione di riferimento, che per Cremona raggiunge potenzialmente le 9.200 unità, considerando soltanto la fascia degli over 75. A questo proposito, occorre osservare come la parte di welfare che finora è stata appannaggio della famiglia sia destinata inevitabilmente a decrescere in futuro, poiché il rapporto tra la popolazione di adulti e giovani anziani che usualmente svolgono compiti di caregiving (50-74enni) e la popolazione dei grandi anziani (oltre i 85 anni) presenta un trend negativo cui farà seguito una riduzione delle cure intergenerazionali. Questo indicatore, infatti, chiamato OOSR (*Oldest-Old Support Ratio*), mostra che nella Provincia

di Cremona sono presenti 8,9 potenziali caregiver per ciascun grande anziano, mentre nel 2002 erano 13,4.

Questo è un tema di estrema importanza in Italia, dove l'assistenza agli anziani non autosufficienti è sostenuta principalmente dai loro familiari, sia nella veste di acquirenti dei servizi disponibili sul mercato privato sia in quella di caregiver informali. È noto che nel nostro Paese i servizi pubblici in natura hanno un ruolo marginale e la loro diffusione sul territorio sembra riflettere le disponibilità economiche, le capacità organizzative e la vocazione "sociale" delle amministrazioni e delle comunità locali anziché l'effettiva domanda di assistenza espressa dalla popolazione (ISTAT, 2018a). L'offerta di servizi *in kind*, infatti, è limitata dalla scelta ormai consolidata di impiegare la maggior parte delle risorse per l'erogazione di trasferimenti *cash*, che assumono la forma di indennità di accompagnamento. Una misura che, secondo la letteratura specialistica (NNA, 2009), viene destinata in molti casi all'assunzione di assistenti familiari, alimentando un mercato di cure informali poco qualificato e con elevato rischio di irregolarità nei rapporti di lavoro. Come mostrato nella Figura 2, nel 2016 beneficiava dell'indennità di accompagnamento una consistente percentuale (10,8%) degli anziani ultrasessantacinquenni residenti nella nostra provincia.

L'importo dell'indennità è insufficiente per remunerare i caregiver del tempo e delle spese necessarie ad assistere il disabile o coprire la retta di una struttura residenziale, essendo pari ad appena 518 euro mensili per gli individui in condizioni di invalidità civile totale o che non sono in grado di deambulare e a 921 euro per i ciechi assoluti. L'assistenza agli anziani non autosufficienti risulta, pertanto, un vero e proprio fardello sulle spalle dei figli o dei coniugi che si trovano costretti a rinunciare ad una quota rilevante del proprio reddito per offrire cure dignitose ai loro familiari, possibilmente garantendo la permanenza dell'anziano nell'ambiente domestico anche a costo di sacrificare l'attività lavorativa.

In Italia, infatti, è diffusa l'aspettativa che l'invecchiamento abbia luogo in tutte le sue fasi all'interno dell'abitazione e della comunità di riferimento dell'anziano, a contatto con i suoi familiari anziché in una struttura di cura. Il discorso pubblico attribuisce un'elevata importanza alla capacità del welfare di garantire alle persone non autosufficienti la domiciliarità (*aging in place*), concependo l'istituzionalizzazione come una soluzione di ultima istanza. Questa idea, affermata dagli intenti espressi in occasione dell'istituzione del Fondo nazionale per le non autosufficienze nel 2006, si accorda con la maggiore propensione degli italiani, nelle comparazioni internazionali, a considerare il lavoro di cura in favore degli anziani come una responsabilità dei familiari (Ferrera e Maino, 2011). D'altra parte, questa sembra anche rappresentare l'unica retorica adattabile ad un quadro di scarsa presenza di servizi residenziali che caratterizza una vasta porzione del territorio nazionale, in particolare il Mezzogiorno.

In ogni caso, trascorrere la vecchiaia nel proprio ambiente di vita (fisico, sociale) consente in molti casi all'anziano di preservare le proprie abilità e la propria identità, con ricadute positive sulla sfera psico-emotiva (Iecovich, 2014). È evidente, inoltre, che la maggioranza degli anziani desidera non abbandonare la propria abitazione e la propria comunità: secondo un sondaggio condotto dall'AARP sulla popolazione ultrasessantacinquenne degli Stati Uniti, l'88% preferirebbe restare il più a lungo possibile nella propria residenza. È interessante il fatto che questa percentuale sia maggiore per la fascia più anziana degli intervistati, in accordo con l'idea che l'invecchiamento rafforzi il radicamento nella comunità e nell'ambiente domestico e quindi la volontà di restare ancorati ad essi (*ibidem*). Nel loro studio, Gabriel e Bowling (2004) hanno mostrato che il semplice contatto con la propria abitazione stimola nell'anziano sensazioni positive, richiamando alla memoria ricordi dell'infanzia o della vita adulta.

Pertanto, gli anziani e le loro famiglie si trovano di fronte ad un dilemma: nella fase dell'esistenza in cui è più forte il desiderio di restare nella propria abitazione, aumentano progressivamente anche le difficoltà che questa soluzione residenziale comporta. Gli ostacoli alla permanenza a domicilio di un anziano non riguardano soltanto il suo stato di salute, ma hanno a che fare anche con la presenza di potenziali caregiver, con uno sviluppo adeguato della rete dei servizi e con le condizioni dell'ambiente domestico.

A questo proposito, i pensionati intervistati nell'ambito dell'indagine hanno lamentato con una certa frequenza la presenza di problematiche legate alla loro abitazione, alcune delle quali potenzialmente in grado di compromettere una permanenza al domicilio, in presenza di condizioni di salute precarie. Il 6,2%⁷ considera inadeguati i servizi igienico-sanitari e l'11% il sistema di riscaldamento, il 4,7% ritiene che la propria abitazione sia in cattive condizioni, il 10,1% segnala la presenza di barriere architettoniche esterne e l'11,7% di barriere interne. Il 3,2% afferma che all'interno dell'abitazione capita persino di cadere o di essere vittima di incidenti domestici. Il rischio di abitare un ambiente domestico con barriere architettoniche pare particolarmente elevato nella nostra provincia, che tra quelle lombarde presentava in occasione del Censimento del 2011 gli edifici ad uso abitativo più vecchi. A quella data, il 32,1% delle abitazioni erano state costruite prima del 1945 (il 24,0% a livello regionale), non risultando quindi progettate per soddisfare le moderne esigenze di un'abitazione "a misura di anziano".

⁷ Ci riferiamo agli intervistati che hanno risposto "molto" o "abbastanza" alla domanda "Relativamente alla sua casa lamenta alcuni dei seguenti problemi?".

Tabella 3. Percentuale di intervistati molto, abbastanza, poco o per nulla d'accordo sulla presenza di alcuni problemi dell'abitazione

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	Totale
Costi troppo alti	4,9%	29,9%	40,9%	24,2%	100,0%
Abitazione troppo piccola	0,0%	3,2%	10,5%	86,3%	100,0%
Servizi igienico-sanitari inadeguati	0,0%	6,2%	10,3%	83,5%	100,0%
Riscaldamento inadeguato	0,5%	10,5%	10,5%	78,5%	100,0%
Abitazione in cattive condizioni	0,0%	4,7%	15,0%	80,3%	100,0%
Barriere architettoniche esterne	2,1%	8,0%	23,5%	66,3%	100,0%
Barriere architettoniche interne	3,7%	8,0%	23,5%	64,7%	100,0%
Capita di cadere o di essere vittima di incidenti	0,0%	3,2%	22,2%	74,6%	100,0%
Abitazione troppo grande	9,4%	17,8%	17,3%	55,5%	100,0%

Nota: Risposte alla domanda “Relativamente alla sua casa lamenta alcuni dei seguenti problemi?”.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Per quanto riguarda l'offerta di servizi, sembra che negli ultimi anni gli unici atti concreti a sostegno dell'*aging in place* siano state le massicce sanatorie finalizzate a regolarizzare le assistenti familiari, affiancate anche da lodevoli iniziative delle amministrazioni regionali – comprese quelle della Lombardia – per favorire l'emersione del lavoro nero e per qualificare i lavoratori e le lavoratrici del settore. Il welfare locale, invece, vive una fase critica, anche a causa del taglio ai fondi per la spesa sociale e per la non autosufficienza dei comuni. Quelli cremonesi hanno impegnato nel 2017, in media, 129,4 euro per anziano ultrasessantacinquenne⁸ (184,4 il dato medio lombardo, 155,8 quello delle regioni nord-occidentali). Le risorse destinate dai comuni alla spesa per i servizi sociali⁹ ammontavano a 120,8 euro per residente, in calo di 3 euro rispetto all'anno precedente, e sono così distribuite tra le diverse aree di intervento: 25,0% per infanzia e offerta di asili nido, 17,8% per le famiglie, 15,3% per le disabilità, 14,9% per gli anziani, 13,1% per la rete dei servizi sociosanitari e sociali, 12,2% per i soggetti a rischio di esclusione sociale, 0,9% per gli interventi per il diritto alla casa e 0,9% per il sostegno alla cooperazione e all'associazionismo (si veda la Tabella 8).

Anche i dati sulla copertura degli utenti mostrano che l'offerta locale di servizi domiciliari non risponde adeguatamente alle necessità crescenti della popolazione anziana. La Tabella 17 dell'Appendice riporta, per il 2012 e il 2015, la percentuale di ultrasessantacinquenni che nel corso dell'anno sono stati presi in carico dai diversi servizi sociali di competenza comunale. Tutti gli interventi di sostegno alla domiciliarità erogati dai comuni cremonesi hanno interessato una proporzione esigua della popolazione anziana: soltanto il 2,4% degli anziani hanno usufruito del trasporto sociale, meno dell'1% del telesoccorso, dei pasti e della lavanderia a domicilio, della mensa e dei

⁸ Ci riferiamo alla spesa corrente impegnata per il Programma “Interventi per gli anziani” della Missione 12 (“Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”).

⁹ Ci riferiamo alla spesa corrente impegnata per tutti i programmi della Missione 12 ad esclusione del servizio necroscopico e cimiteriale.

voucher/assegni di cura, mentre il servizio di buon vicinato non è stato attivato in nessun comune.

Secondo le rilevazioni effettuate dal Ministero della Salute e dalla Corte dei Conti, sul versante socio-sanitario dell'offerta, anche la copertura dell'ADI (assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari) di competenza del SSR vive una fase di ridimensionamento in Lombardia. Nel 2011 aveva beneficiato del servizio il 4,0% della popolazione ultrasessantacinquenne, scendendo al 2,9% nel 2016 e, secondo le rilevazioni di Italia Longeva, all'1,8% nel 2017, meno della soglia dell'1,88% stabilita dai Livelli Essenziali di Assistenza. Nell'Ambito di Zona di Cremona, dove risiedono quasi la metà degli anziani della nostra provincia, nell'arco di quattro anni hanno avuto accesso all'ADI soltanto 1.834 ultrasessantacinquenni, pari al 4,6% del totale, e 1.219 (3,0%) hanno beneficiato delle cure intermedie, ovvero dei servizi previsti dal SSR finalizzati all'accompagnamento dell'anziano malato o fragile nel percorso di continuità assistenziale. Anche in questo caso i tassi di copertura evidenziano la residualità dei servizi pubblici nell'assistenza sanitaria di persone con patologie cronico-degenerative, oltre alla mancanza di una presa in carico continuativa e alla carenza di integrazione con la parte sociale.

È rappresentativa della tendenza negativa la dinamica del servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale (SAD), che fornisce un insieme articolato di prestazioni ai non autosufficienti che vivono a domicilio per sostenere le attività della loro vita quotidiana, della cura personale e dell'integrazione sociale.

I dati più recenti a disposizione sul tasso di copertura nella nostra provincia mostrano una stabilità all'1,5% tra il 2012 e il 2015, esito di una flessione nel biennio 2013-2014 e della successiva ripresa dovuta alla dinamica dell'Ambito Territoriale di Casalmaggiore, il cui tasso è quasi raddoppiato, raggiungendo il 4,3% nell'ultimo anno di rilevazione, mentre quello dell'Ambito di Cremona era pari a 1,4% e quello di Crema a 0,8%. Tuttavia, la crescita degli utenti nel periodo considerato è stata conseguita a spese di una riduzione delle risorse impiegate in media per singolo caso trattato (da 2.350 euro a 1.911 annui tra il 2013 e il 2015). La bassa intensità del servizio rappresenta peraltro il suo deficit principale che lo espone alla "competizione" delle badanti, le quali offrono un'assistenza meno professionale garantendo tuttavia una presa in carico continua nel tempo, anziché interventi frammentati.

Tabella 4. Indicatori del servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale (SAD) in favore degli ultrasessantacinquenni. Lombardia, province e ambiti territoriali sociali cremonesi. Periodo 2013-2015.

	Tasso di copertura			Intensità del servizio (euro per caso trattato)			Compartecipazione degli utenti		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Bergamo	2,0%	1,7%	1,6%	2.304	2.516	2.423	14,8%	14,5%	15,1%
Brescia	1,6%	1,8%	1,9%	2.158	2.029	1.828	22,7%	20,0%	21,1%
Como	1,3%	1,3%	1,2%	2.081	1.884	1.951	25,4%	25,3%	27,4%
Cremona	1,4%	1,3%	1,5%	2.350	2.223	1.911	15,7%	18,4%	18,8%
Lecco	1,7%	1,2%	1,3%	1.732	1.844	1.402	22,5%	19,9%	22,8%
Lodi	1,2%	1,2%	0,9%	2.587	2.495	2.488	10,0%	9,0%	8,5%
Mantova	1,8%	1,8%	2,3%	1.744	1.686	1.375	20,4%	18,8%	18,9%
Milano	1,2%	1,0%	0,9%	2.356	3.234	3.040	4,0%	3,2%	3,5%
Monza-Brianza	1,3%	1,0%	1,0%	2.127	2.178	2.056	11,8%	11,6%	12,1%
Pavia	0,6%	0,5%	0,5%	2.312	2.552	2.302	10,8%	12,5%	12,8%
Sondrio	1,0%	1,0%	0,9%	2.134	2.251	1.687	21,0%	19,5%	18,6%
Varese	0,9%	0,8%	0,8%	2.040	2.105	2.103	16,6%	15,2%	14,0%
Ripartizione della Provincia di Cremona per ambiti territoriali sociali									
Casalmaggiore	1,9%	2,2%	4,3%	2.250	2.066	1.244	24,8%	18,1%	16,3%
Crema	1,0%	0,9%	0,8%	2.253	2.629	2.518	14,2%	14,3%	16,1%
Cremona	1,5%	1,4%	1,4%	2.438	2.055	2.095	14,0%	21,5%	21,4%
Lombardia	1,3%	1,2%	1,2%	2.204	2.442	2.226	13,2%	12,0%	12,8%

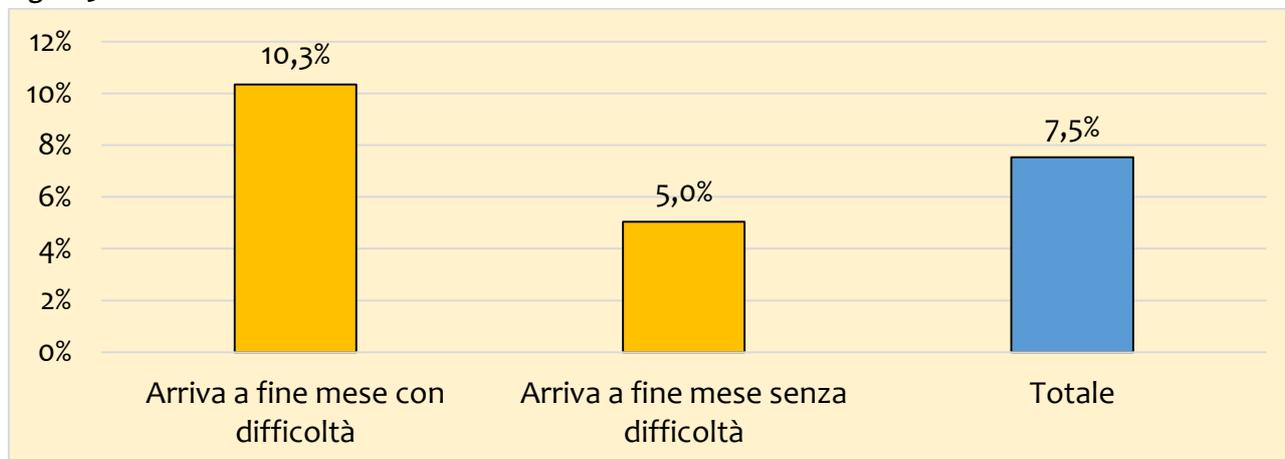
Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Nonostante il servizio sia finanziato in misura prevalente dagli enti locali, agli utenti del SAD viene imposta una compartecipazione alle spese la cui entità dipende dall'ISEE familiare. La percentuale dei costi sostenuti dagli utenti raggiunge appena il 3,5% nella Città Metropolitana di Milano ma è molto superiore in alcune province, in particolare Como (27,6%), Lecco (22,8%) e Brescia (21,1%). Nella nostra, questa percentuale è in crescita e ha raggiunto il 18,8% nel 2015.

Spesso, la modulazione delle tariffe prevede quote molto elevate di competenza degli utenti e, pertanto, risulta significativa l'incidenza di indigenti tra gli assistiti (i quali beneficiano in molti comuni di un'esenzione totale), contribuendo a veicolare un'immagine distorta di un servizio rivolto agli anziani poveri, con il rischio generare stigma. Secondo alcuni autori (Pesaresi, 2007), gli anziani che non soddisfano i criteri di esenzione tendono a rinunciare ad accedere al servizio, anche quando ne avrebbero bisogno, per via dei costi elevati. Pertanto, la modulazione delle tariffe, secondo questa prospettiva, anziché correggere le disparità nelle fasi di accesso al SAD, finirebbe per disaffezionare un'ampia platea di anziani "né poveri né abbienti". Abbiamo provato a testare questa ipotesi sui dati ottenuti dalle interviste, rilevando che nel nostro campione la percentuale di pensionati in difficoltà economica che hanno accesso ai servizi domiciliari è più che doppia rispetto alla stessa percentuale tra i pensionati che non si trovano in situazioni di difficoltà (Figura 3). Complessivamente, infatti, il 7,5% degli intervistati usufruisce dei servizi domiciliari, tra coloro che hanno dichiarato di avere

difficoltà ad arrivare a fine mese il 10,3% e tra coloro che hanno dichiarato di arrivare a fine mese senza difficoltà il 5,0%.

Figura 3. Percentuale di intervistati che utilizzano i servizi domiciliari.



Nota 1: Nel grafico è riportata la percentuale di risposte “Lo conosco e l’ho utilizzato” alla domanda “Conosce i servizi che il suo Comune mette a disposizione dei residenti più anziani? Categoria: servizi domiciliari.”.

Nota 2: Rientrano nella categoria “Arriva a fine mese con difficoltà” coloro che hanno risposto “Con molte difficoltà” o “Con qualche difficoltà” alla domanda “Il reddito a disposizione della sua famiglia permette di arrivare a fine mese ...”. Rientrano nella categoria “Arriva a fine mese senza difficoltà” coloro che hanno risposto “Abbastanza facilmente”, “Facilmente” o “Senza problemi”.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

In assenza di una rete capillare di servizi domiciliari integrati, i quali comunque si configurano come interventi “riparatori” o complementari rispetto alle strategie di assistenza informale messe in atto dalle famiglie, queste si trovano sovente costrette a optare per l’istituzionalizzazione. In Lombardia l’accoglienza residenziale di persone anziane non autosufficienti con elevate esigenze di cura (comprese quelle affette da demenza), quando si presentano in assenza di patologie acute o di necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale, avviene prevalentemente all’interno delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). Queste sono divenute il caposaldo del modello dell’assistenza lombardo, non limitandosi alla tradizionale funzione residenziale ma offrendo un insieme di servizi sempre più articolato. Si pensi al servizio RSA Aperta, alla crescente attenzione verso la presa in carico dei malati di Alzheimer e alle forme residenziali e semi-residenziali alternative ad esse collegate, come gli hospice, i centri diurni integrati e gli alloggi protetti. La rete delle 675 RSA convenzionate dal SSR lombardo è la più vasta d’Italia, fornisce impiego a circa 16.400 addetti (che corrispondono a 1,64 ogni 1.000 residenti; dato ISTAT del 2016) e garantisce 26,3 posti residenziali ogni 1.000 anziani, consentendo alla Regione di superare ampiamente la soglia minima di 9,8 fissata dai LEA. Essa è uno dei fiori all’occhiello della sanità lombarda

che, sia per risorse impiegate sia per capacità di presa in carico, emerge come una delle più virtuose tra le regioni italiane.

Il sistema delle RSA, tuttavia, mostra i sintomi della pressione di una domanda in crescita cui l'attuale offerta residenziale non riesce a fornire risposte adeguate. Alla fine del 2017 la dotazione complessiva di posti letto contrattualizzati era di 58.504 unità, meno delle 68.643 domande in lista di attesa. La situazione nell'ATS Val Padana, cui fanno riferimento la nostra provincia e quella di Mantova, è meno allarmante, grazie ad un'offerta residenziale tradizionalmente più sviluppata che consta di 7.105 posti contrattualizzati a fronte di 5.058 domande in lista di attesa. Se in Lombardia sono presenti soltanto 26,3 posti letto contrattualizzati ogni 1.000 anziani, nella nostra ATS questo tasso raggiunge i 39,2: un valore più alto rispetto a tutte le altre ATS lombarde ad eccezione di quelle di Pavia e della Montagna. Rispetto alla media regionale, essa dispone anche di un più alto tasso di posti letto destinati a ricoveri di sollievo e posti solventi (2,8 ogni 1.000 anziani), di posti letto nei nuclei Alzheimer (1,5) e nei centri diurni integrati (5,2). Il periodo di attesa prima dell'inserimento in una struttura della nostra ATS, in media, ammonta all'incirca ad 85 giorni. È positivo, inoltre, il dato sullo "smaltimento" delle liste di attesa che, nonostante l'accresciuta pressione della domanda, si sono ridotte del 13% dal 2012.

Tabella 5. Offerta di servizi residenziali. Lombardia e ATS. Situazione a dicembre 2017.

Strutture	Lista di Attesa		Posti letto in valori assoluti				Posti letto per 1.000 ultrasessantacinquenni			
			A contratto	Sollievo/ Solventi	Alzheimer	CDI	A contratto	Sollievo/ Solventi	Alzheimer	CDI
Bergamo	64	8.764	5.461	456	275	832	24,2	2,0	1,2	3,7
Brescia	86	13.602	6.101	704	267	932	25,2	2,9	1,1	3,8
Brianza	59	9.801	5.427	196	326	890	20,4	0,7	1,2	3,3
Insubria	104	6.825	8.654	896	364	770	26,6	2,8	1,1	2,4
Milano	153	13.762	17.129	886	1.091	2.047	22,2	1,1	1,4	2,7
Montagna	46	5.518	3.079	280	121	271	39,5	3,6	1,6	3,5
Pavia	85	5.313	5.548	255	344	659	42,1	1,9	2,6	5,0
Val Padana	78	5.058	7.105	510	278	935	39,2	2,8	1,5	5,2
Lombardia	675	68.643	58.504	4.183	3.066	7.336	26,3	1,9	1,4	3,3

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e di osservatori sindacali

Un aspetto preoccupante per la sostenibilità del sistema di offerta residenziale è il rincaro delle tariffe osservato negli ultimi anni. Complice anche il mancato adeguamento della quota sanitaria corrisposta dal SSR, che risulta invariata dal 2008 al 2010 a seconda delle categorie di posti letto, le strutture hanno aumentato di anno in anno l'importo della quota alberghiera a carico degli utenti, di fatto scaricando su di loro parte dei costi sanitari.

Dal 2012 al 2017, nella nostra ATS, la tariffa minima media è cresciuta del 7,0% e quella massima del 7,9%. Si tratta di un rincaro inferiore a quello regionale, su cui pesa la

dinamica preoccupante dell'area milanese, ma in ogni caso superiore rispetto alla crescita del reddito disponibile delle famiglie lombarde, che nello stesso periodo è stata del 4,9%. Questo significa che, negli ultimi cinque anni di rilevazione, l'impatto dei costi per l'RSA sulle finanze delle famiglie che devono sostenere l'istituzionalizzazione di un anziano è aumentato. In molti casi – e non soltanto per coloro che versano in condizioni di difficoltà economica – l'assistenza residenziale diventa una soluzione impraticabile o finisce per impoverire l'anziano e i suoi familiari. Basti pensare che una tariffa minima annua nelle strutture della nostra ATS è pari in media a circa 19.400 euro e una tariffa massima a 20.900: sono importi che l'indennità di accompagnamento può coprire per appena un terzo e che, per la parte restante, gravano interamente sul reddito (e, talvolta, sul patrimonio) dei pazienti.

Tabella 6. Quota sociale della tariffa giornaliera delle RSA (media delle tariffe minime e media delle tariffe massime). Anni 2012 e 2017. Lombardia e ATS.

	Minima			Massima			Solventi e sollievo
	2012	2017	Var. 12-17	2012	2017	Var. 12-17	2017
Bergamo	50,59	56,35	+11,4%	59,45	65,20	+9,7%	86,67
Brescia	47,48	51,89	+9,3%	53,24	59,57	+11,9%	80,02
Brianza	59,97	67,22	+12,1%	68,17	75,73	+11,1%	87,26
Insubria	60,23	65,63	+9,0%	72,43	75,33	+4,0%	84,68
Milano	54,21	72,27	+33,3%	76,37	87,68	+14,8%	108,46
Montagna	40,09	51,76	+29,1%	45,01	57,14	+26,9%	65,62
Pavia	50,48	55,02	+9,0%	57,35	60,97	+6,3%	69,51
Val Padana	49,74	53,21	+7,0%	53,08	57,25	+7,9%	82,78
Lombardia	51,60	59,17	+14,7%	60,64	67,36	+11,1%	83,13

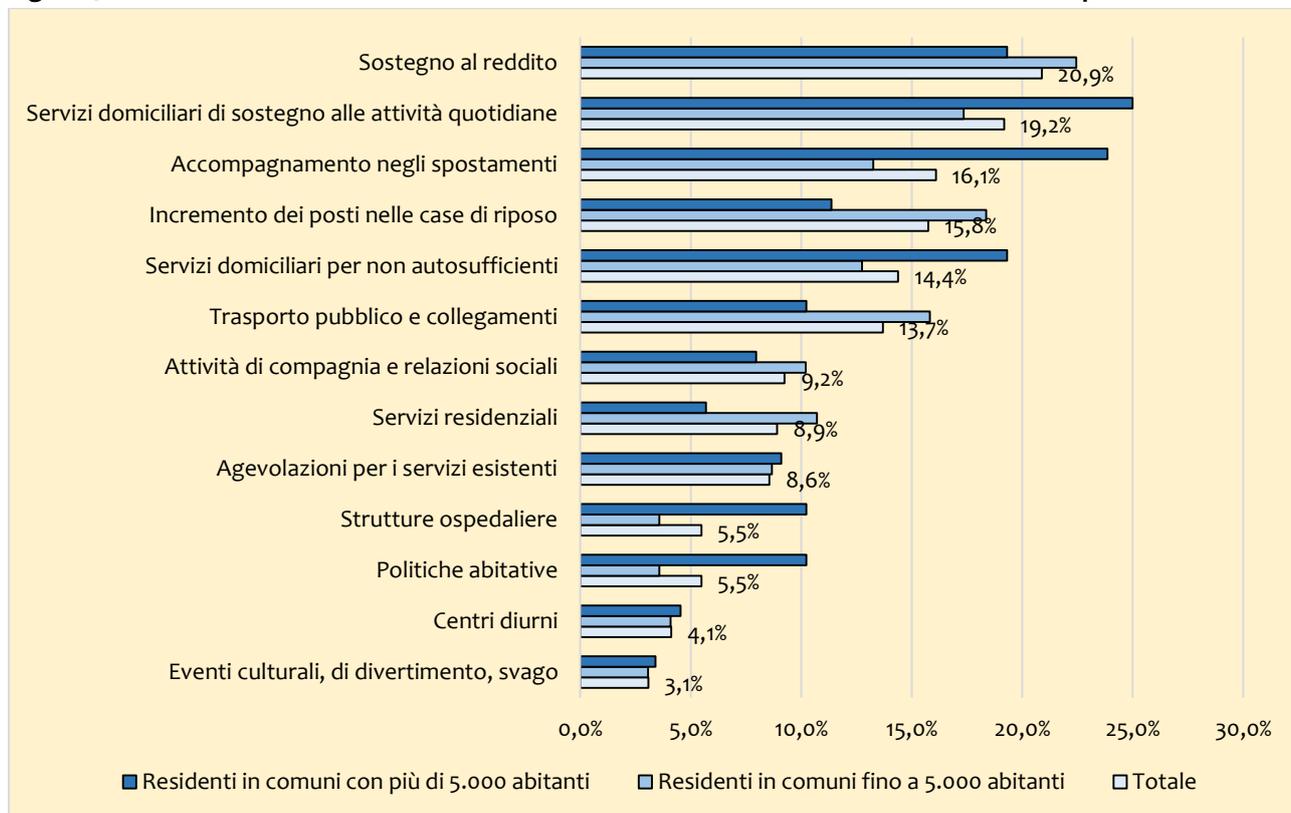
Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati di osservatori sindacali

In conclusione di questo paragrafo, proponiamo un'analisi sulla percezione delle carenze del welfare pubblico locale espressa dagli stessi anziani residenti sul territorio. Abbiamo chiesto agli intervistati nell'ambito dell'indagine di indicare quali servizi, di una batteria prefissata, necessitassero di un potenziamento o, qualora non fossero presenti, di essere attivati. Ciascun rispondente ha potuto indicare fino a tre opzioni (Figura 4).

Come suggerivano i dati sui beneficiari, è emerso che i pensionati intervistati rilevano sostanziali carenze nell'offerta domiciliare: la seconda voce più citata (19,2%), infatti, sono i servizi domiciliari a sostegno delle attività quotidiane (lavori domestici, spesa, manutenzione, ...) di cui il SAD è la principale tipologia di offerta, la terza, indicata dal 16,1%, l'accompagnamento negli spostamenti (trasporto sociale) e la quinta, indicata dal 14,4%, i servizi domiciliari in favore dei non autosufficienti. Come suggerito dall'analisi dei dati oggettivi, il 15,8% ha indicato la carenza dei posti letto nelle case di riposo. La voce più citata, in ogni caso, sono gli interventi di sostegno al reddito: vedremo nel prossimo

paragrafo che, nonostante le indicazioni apparentemente positive fornite dalle indagini sulla povertà, le situazioni di disagio economico interessano una porzione rilevante degli anziani cremonesi.

Figura 4. Percentuale di anziani che hanno indicato il servizio o l'attività come un elemento da potenziare.



Nota: Risposte alla domanda “Di seguito le elenchiamo alcuni servizi e attività in favore degli anziani. Di questi, quali, secondo lei, dovrebbero essere attivati o potenziati nella sua zona? Ne individui al massimo tre.”

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

In conclusione, il sistema dei servizi presenti sul territorio si caratterizza per una buona capacità di copertura dei bisogni residenziali della popolazione anziana ma, d'altra parte, mostra delle forti carenze sul piano del sostegno della domiciliarità. Le problematiche non riguardano soltanto lo sviluppo delle tradizionali categorie di offerta, ma anche la loro eccessiva standardizzazione e scarsa flessibilità che rischia di non renderle adatte ad intercettare una domanda sempre più differenziata che non necessita soltanto di soccorso e assistenza ma anche di percorsi di accompagnamento, orientamento e prevenzione, in cui dovrebbero avere un ruolo maggiore i sistemi informatizzati, le banche dati, le campagne di informazione. In quest'ottica, non è sufficiente il potenziamento dei servizi esistenti (che in ogni caso, come si è detto, è ormai una necessità ineludibile) ma è necessario anche rafforzare la rete che collega le unità socio-sanitarie e sociali, i comuni e i soggetti del Terzo settore per promuovere pratiche innovative e virtuose già sperimentate in diversi contesti europei che sul nostro territorio

faticano a decollare. Ad esempio, trovano ancora scarso sviluppo le forme di residenzialità leggera e cohousing solidale per anziani con basse esigenze di tutela, come gli alloggi protetti e le Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.) e anche i posti nei centri diurni sono del tutto insufficienti (224 in tutta l'ATS Valpadana, come mostrato nella Tabella 7). Come rileva lo stesso Ambito Sociale Cremonese (2019), sarebbero già disponibili delle possibili risposte alle esigenze di aiuto intermedie compatibili con gli attuali budget, grazie alla logica della prossimità (servizi di buon vicinato, badante di condominio, ...).

Tabella 7. Offerta di servizi di residenzialità leggera e semiresidenzialità. Lombardia e ATS. Situazione a settembre 2018.

	Posti in valori assoluti			Posti per 1.000 ultrasessantacinquenni		
	Alloggi protetti	C.A.S.A.	Centri Diurni	Alloggi protetti	C.A.S.A.	Centri Diurni
Bergamo	103	26	100	0,5	0,1	0,4
Brescia	133	55	804	0,5	0,2	3,3
Brianza	399	48	705	1,5	0,2	2,6
Insubria	212	0	1.585	0,7	0,0	4,9
Milano	474	36	614	0,6	0,0	0,8
Montagna	131	95	385	1,7	1,2	4,9
Pavia	222	63	70	1,7	0,5	0,5
Val Padana	354	6	224	2,0	0,0	1,2
Lombardia	2.028	329	4.487	0,9	0,1	2,0

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Regione Lombardia e ISTAT

I bilanci dei comuni della provincia di Cremona

Per quanto riguarda le politiche di bilancio osserveremo i dati relativi ai consuntivi 2017 delle amministrazioni locali. Attraverso l'esame delle entrate e delle spese dei comuni è possibile, infatti, valutare tanto gli effetti delle recenti scelte legislative adottate dallo Stato in materia di finanza locale e i principali orientamenti delle politiche locali – sensibilità verso il welfare, spesa per l'auto-amministrazione, tassazione dei cittadini e delle imprese, elementi di progressività fiscale, orientamento agli investimenti e così via – quanto vagliarne la coerenza nei confronti della domanda sociale al fine, eventualmente, di sollecitare l'adozione di nuove priorità nell'agenda degli enti locali. La spesa dei comuni per gli interventi in ambito sociale vive una fase di prolungata contrazione. Nonostante la crescita della domanda di assistenza da parte di un tessuto sociale in via di senilizzazione ed anche dell'esigenza sempre più pressante di fornire risposte alle condizioni di disagio e vulnerabilità che interessano fasce crescenti della popolazione, da diversi anni si osserva una riduzione della spesa corrente destinata agli interventi socio-assistenziali (ricompresi nella Missione 12 - Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) da parte dei comuni lombardi. Tra il 2016 e il 2017 essa è passata da 128,5 a

120,6 euro in termini pro capite. Nel 2011 il valore della spesa per funzioni sociali era pari a 140,6 euro pro capite, segnalando un calo del 14,2%.

Considerando la quota di spesa corrente destinata mediamente dai comuni lombardi a questo capitolo, pari al 16,4% del 2017, si nota però che tale incidenza risulta superiore ai parametri medi rilevati in Piemonte (13%), Toscana (14,3%) e Veneto (14,4%), e inferiore invece al dato dell'Emilia-Romagna (17,3%). Per quanto riguarda i comuni della provincia di Cremona, questi, complessivamente, fanno registrare un'incidenza della spesa sociale (16,3%) poco più bassa del parametro regionale. Il dato che colpisce, sulla base dell'esame dei dati relativi ai fabbisogni standard, è che il livello dei servizi sociali, elaborato dal Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) valutando con un punteggio da 0 a 10¹⁰ la quantità dei servizi offerti da un comune rispetto alla media dei comuni della stessa fascia di popolazione, risulta molto basso, pari a 4,9 considerando la media provinciale (4,4 a livello regionale). Da ciò si evince la necessità, per il Sindacato, di approfondire la tematica della valutazione dei servizi resi al cittadino. Va precisato, però, che tale risultato è influenzato dalla prestazione dei piccoli comuni, dove spesso agiscono diseconomie di scala nella produzione dei servizi. Relativamente ai comuni più grandi, infatti, per Cremona il livello dei servizi sociali è giudicato molto positivamente (10); inoltre, nel 2017 il capoluogo di provincia mostra un'incidenza della spesa sociale corrente (escluse le spese cimiteriali) abbastanza alta, pari al 21,9% (in calo rispetto al 22,1% del 2016), un valore assai superiore al 16% rilevato per i comuni lombardi con popolazione superiore ai 50mila abitanti.

Per quanto riguarda la pressione fiscale locale, il gettito accertato dai comuni della Provincia relativamente alla pressione tributaria (accertamenti entrate tributarie/popolazione) è più basso (531,8 euro) rispetto al parametro lombardo (615,9 euro), anche a causa della maggiore incidenza di comuni più grandi nelle altre province lombarde. Considerando l'addizionale comunale all'Irpef, al confronto con il parametro regionale (45,6 euro pro capite), il gettito accertato risulta più alto tra i piccoli comuni della provincia di Cremona (51,1 euro pro capite).

Dai dati più recenti a disposizione¹¹, è emerso che solo il 15,9% dei comuni adotta il principio della progressività fiscale nell'applicazione dell'addizionale comunale, mentre il 76,1% applica l'aliquota unica (il 17,7% nella misura massima dello 0,8%, il 58,4%) e l'8,0% ha scelto di non esigerla, sollevando i cittadini dall'onere del contributo. Il 41,6% applica l'addizionale prevedendo una soglia di esenzione per i redditi bassi e il 50,4% la applica senza l'esenzione. Nei tre comuni capofila degli Ambiti di Zona, l'addizionale è stata regolamentata secondo questi criteri: a Cremona viene applicata l'aliquota unica massima

¹⁰ Sino a 5 i servizi sono inferiore alla media, dal 6 in poi sono superiori alla media.

¹¹ Per la maggior parte dei comuni sono disponibili le delibere relative al 2019 mentre in alcuni casi è stato necessario fare riferimento alla situazione del 2018.

con un'esenzione per i redditi non superiori a 10.000 euro; a Crema viene applicata l'aliquota massima con una consistente soglia di esenzione di 18.000 euro; a Casalmaggiore viene applicato un sistema di imposizione progressivo a scaglioni con aliquote da 0,5% a 0,8% che prevede un'esenzione per i redditi inferiori a 10.500 euro.

Un altro indicatore utile a esprimere giudizi sull'efficienza dell'azione comunale è l'incidenza della spesa corrente impegnata per i servizi istituzionali (Missione 1) sul totale della spesa corrente, insomma la spesa sostenuta per l'auto-funzionamento. Calcolando tale quota di spesa mediamente per tutti i comuni della Provincia, il valore dell'indice risulta molto alto (pari al 31,7%) sia al confronto con la media regionale (23,5%) sia considerando il parametro rilevato nell'area metropolitana di Milano, pari al 16,5%. Sulla prestazione dei comuni pesa naturalmente l'azione di quelli piccoli (il 49,6% della spesa per l'auto-funzionamento rilevato nei comuni fino a mille abitanti, il 41,7% per i comuni con popolazione compresa tra i mille e i tremila abitanti; si tratta, in entrambi i casi, di valori più alti del parametro regionale).

A questo proposito, è utile approfondire il tema dei piccoli comuni.

All'elevato grado di frammentazione istituzionale presente nel territorio corrisponde un insufficiente grado di vitalità delle amministrazioni pubbliche locali. In primo luogo, a testimonianza di questa ipotesi va in primo luogo ricordata l'alta incidenza della quota di spesa destinata all'auto-funzionamento, un indice di inefficienza rilevato nonostante l'alto numero di unioni di comuni presenti in provincia di Cremona (17). Peraltro, tale paradosso conferma le ipotesi sostenute da numerosi esperti e dalla stessa Corte dei Conti sulla non adeguata efficienza ed efficacia della formula istituzionale dell'Unione dei Comuni¹².

Dalle analisi condotte sui bilanci comunali emergono serie difficoltà, soprattutto tra i comuni al di sotto dei 3mila abitanti), nel tentativo di contenere la spesa per l'auto-funzionamento e nel tradurre in pagamenti (stato di avanzamento fisico dei lavori) gli impegni di spesa per gli investimenti.

Del resto, gli studi economico-finanziari insistono sulla presenza nell'azione amministrativa dei piccoli comuni di almeno quattro elementi di debolezza:

- ✓ l'incisiva azione delle diseconomie di scale, che agisce soprattutto nelle attività dei comuni con meno di 3mila abitanti e di quelli montani;
- ✓ l'impossibilità per molti piccoli comuni di esercitare appieno le proprie funzioni ed erogare in modo efficace un numero di servizi adeguato alle esigenze dei cittadini;
- ✓ le carenze di ordine professionale. I comuni minori non dispongono di figure direttive e di competenze specializzate;
- ✓ l'imposizione fiscale locale molto alta, cui non corrisponde un livello adeguato della

¹² Corte dei Conti, Sezione Autonomie (2015), La gestione associata dei servizi e delle funzioni comunali. Audizione.

spesa destinata ai servizi.

Peraltro, in questi comuni è più frequente registrare quote di avanzo di amministrazione molto elevate, tenuto conto delle difficoltà incontrate da questi enti nel realizzare gli investimenti e in generale gli interventi di spesa più complessi (Corte dei Conti 2018).

In generale, in base ai recenti dati che provengono dai nuovi fabbisogni standard, si è osservata una ripartizione della spesa corrente non sempre coerente con il fabbisogno della popolazione, e non solo limitatamente ai piccolissimi comuni.

Per offrire una panoramica dell'offerta socio-assistenziale, si riporta la Tabella 8, che contiene gli importi di spesa sociale dei comuni ripartiti per i quattro ambiti territoriali della Provincia. In un quadro di riduzione degli impegni di spesa per il sociale, le voci che assorbono la maggior parte delle risorse riguardano l'infanzia e l'offerta di asili nido (25% in media), gli interventi per la famiglia (17,8%) la tutela della persona disabile (15,3%). I programmi in favore della popolazione anziana impegnano il 14,9%, una quota più bassa del parametro regionale (16,4%). La spesa per la programmazione e il governo dei servizi socio-sanitari e sociali è la quarta voce di spesa per importanza: la maggior parte dei comuni gestisce i servizi socioassistenziali in consorzio con altri, destinando una quota della spesa alla programmazione di progetti obiettivo.

Tabella 8. Composizione in programmi degli impegni di spesa corrente per la Missione 12 (Dritti sociali, politiche sociali e famiglia). Anno 2017. Ambiti di Zona e Provincia di Cremona.

	Infanzia	Disabili	Anziani	Esclusione	Famiglia	Casa	Program- mazione	Associa- zionismo
Casalmaggiore	6,0%	4,9%	3,1%	49,9%	0,0%	6,5%	0,6%	29,0%
Crema	15,0%	11,4%	3,3%	29,6%	0,2%	18,2%	0,5%	21,9%
Cremona	17,0%	19,3%	20,7%	3,3%	1,7%	10,0%	1,3%	26,8%
Provincia di Cremona	15,3%	14,9%	12,2%	17,8%	0,9%	13,1%	0,9%	25,0%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e bilanci comunali

È possibile notare come la spesa per il diritto alla casa sia ancora molto esigua (lo 0,9%, mentre il dato regionale è pari all'1,9%).

La contrazione della spesa sociale dei comuni, in un periodo storico in cui la potenziale utenza è in aumento, potrebbe essere una delle ragioni dell'aumento dell'incidenza della povertà, nonostante la ripresa economica: il superamento individuale delle condizioni di svantaggio, specie per chi ne accumula da tempo, ancora non trova riscontro nella realtà. L'accumulo di svantaggi non dipende esclusivamente dalla mancanza di un reddito adeguato, ma anche dall'isolamento sociale, culturale e politico: famiglie con livelli di reddito a malapena superiori agli *standard* fissati dalla programmazione dei servizi, a cui si accede sempre più frequentemente presentando l'attestazione ISEE, o incapaci di

accedere all'aiuto professionale (diffidenza, scarsità di capitale umano attivabile), sono gli “esclusi fra gli esclusi”, isolati dall'offerta dei servizi e dalla comunità di riferimento.

Le condizioni economiche

Durante l'ultima fase della ripresa dell'attività economica della Lombardia, che ha avuto effetti positivi sul mercato del lavoro e sul livello generale dei redditi, abbiamo assistito all'emergere di un "paradosso della povertà". Per effetto di una crescita delle disuguaglianze nella distribuzione del reddito e di un arretramento del *welfare state*, infatti, sono aumentati i poveri sia in senso relativo (che non riescono a godere del livello di benessere generale che caratterizza la società in un dato momento storico) sia in senso assoluto (che non riescono ad acquistare un paniere minimo di beni e servizi necessario per conseguire uno standard di vita "accettabile"). Secondo i dati più recenti diffusi dall'ISTAT, nel 2016 gli uni rappresentavano l'8,0% della popolazione regionale (erano il 3,4% all'inizio della fase di recessione economica), gli altri il 6,4%. Il tessuto socioeconomico della nostra regione, pur essendosi dimostrato più reattivo rispetto ad altre aree del Paese, è stato in grado solo in parte di far fronte alle nuove difficoltà della popolazione.

Nonostante il "travaso" dei contribuenti verso le fasce di reddito intermedie e medio-alte verificatosi negli ultimi anni, la percentuale di redditi bassi era ancora consistente nel 2017: considerando le dichiarazioni fiscali (fonte MEF), il 35,6% dei contribuenti lombardi e il 36% di quelli cremonesi percepivano un reddito annuo inferiore a 15.000 euro lordi. Il reddito medio per contribuente della nostra provincia (22.226 euro) è inferiore a quello lombardo di circa 2.500 euro.

Le elaborazioni sui casellari dell'INPS evidenziano per la nostra provincia un elevato tasso di copertura degli assegni pensionistici, che costituiscono la principale fonte di reddito della popolazione anziana. Dall'incrocio dei dati sui beneficiari e di quelli sulla popolazione di inizio anno riportati nella

Tabella 9, risulta che il 93,9% degli ultrasessantacinquenni cremonesi disponesse nel 2017 di un reddito da pensione, un tasso leggermente superiore rispetto a quello regionale (93,0%). Mentre il tasso di copertura maschile, tenendo conto anche della presenza nella popolazione di soggetti non ritirati dal lavoro, è quasi totale (99,0%), quello femminile raggiunge soltanto il 90%.

L'importo lordo medio annuo delle pensioni destinate agli ultrasessantacinquenni era di 19.265 euro, un dato più vicino alla media italiana (18.900) rispetto a quella lombarda (20.404). Una parte significativa dei pensionati, infatti, riceve bassi importi mensili: il 53,2% inferiore ai 1.500 (nel complesso della Lombardia il 49,7%). La stessa percentuale arriva al 67,5% considerando soltanto la sottopopolazione delle pensionate. La marcata differenza tra gli importi medi (23.350 euro per gli uomini, 15.880 per le donne), oltre a riflettere i divari di genere nella partecipazione al mercato del lavoro e nella qualità delle retribuzioni e delle posizioni lavorative, aggrava la condizione di fragilità delle donne anziane, che si

trovano più spesso in difficoltà economica e a vivere sole potendo contare esclusivamente sulla pensione di reversibilità (fenomeno della vedovanza), in abitazioni spesso inadeguate alle condizioni fisiche della proprietaria. A causa delle differenze nella speranza di vita e nell'età al matrimonio, nella nostra Provincia sono vedove quasi la metà (44%) delle donne ultrasessantacinquenni contro il 10,8% degli uomini.

Tabella 9. Ultrasessantacinquenni beneficiari di trattamenti pensionistici. Anno 2017.

	Tassi di copertura (beneficiari/residenti)			Reddito medio da pensione per beneficiario (valori in euro)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Bergamo	99,2%	88,1%	92,9%	23.717	15.018	19.083
Brescia	98,6%	85,1%	90,9%	22.389	14.537	18.211
Como	98,0%	90,4%	93,7%	23.126	15.579	18.996
Cremona	99,0%	90,0%	93,9%	23.350	15.880	19.265
Lecco	99,0%	91,1%	94,6%	25.089	15.541	19.910
Lodi	98,4%	88,5%	92,7%	24.315	16.194	19.913
Mantova	98,5%	89,6%	93,4%	21.735	15.411	18.247
Milano	97,2%	89,7%	92,8%	28.414	18.368	22.786
Monza-Brianza	98,5%	89,7%	93,5%	25.547	16.158	20.457
Pavia	97,5%	92,2%	94,4%	23.679	17.033	19.928
Sondrio	98,5%	90,6%	94,0%	21.433	15.400	18.141
Varese	97,5%	90,2%	93,3%	24.180	16.064	19.702
Lombardia	98,0%	89,3%	93,0%	25.126	16.527	20.404

Nota: Le prestazioni pensionistiche incluse nell'analisi sono: pensioni di vecchiaia, anzianità e prepensionamento; pensioni e assegni di invalidità; pensioni di inabilità; pensioni ai superstiti e di reversibilità; rendite per infortuni sul lavoro e per malattia professionale; pensioni, assegni e indennità a favore dei non vedenti civili, dei non udenti civili e degli invalidi civili e a favore di cittadini in età avanzata con redditi insufficienti; pensioni di guerra.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e INPS

All'inizio del 2019 erano 15.476 le pensioni di natura previdenziale (IVS) percepite da ultrasessantacinquenni integrate al trattamento minimo (18 ogni 100 anziani, mentre in Lombardia sono solo 17), delle quali 14.134 destinate a pensionate donne, ovvero 29 ogni 100 donne anziane, e 1.342 a pensionati uomini, ovvero 3,6 ogni 100 uomini anziani. Stimiamo, inoltre, che nello stesso anno circa il 3% degli anziani, ovvero 2.561 in termini assoluti, sia beneficiario di un assegno sociale (il 2,2% degli uomini e il 3,5% delle donne anziane), non disponendo di un reddito sufficiente a raggiungere le soglie minime fissate dalla legge. Si tratta di una percentuale contenuta ed anche leggermente inferiore al 3,1% osservato per l'intera regione, che riflette l'elevata copertura delle pensioni di vecchiaia e anzianità. Dal 2019 una parte di loro potrà beneficiare dell'integrazione al reddito introdotta con l'ultima Legge di Bilancio sotto il nome di Pensione di Cittadinanza. In attesa dei dati definitivi sui beneficiari, possiamo tuttavia anticipare che questa misura interesserà una platea ridotta degli anziani e che avrà un impatto limitato sui loro redditi. Infatti, dall'importo massimo riconoscibile (determinato in base al numero di componenti

del nucleo familiare) verranno sottratti tutti i redditi percepiti, compreso l'assegno sociale, l'integrazione al minimo e la maggiorazione sociale.

Questi indicatori, in ogni caso, non consentono di fornire una dimensione attendibile del disagio economico degli anziani. Infatti, i requisiti da soddisfare per accedere al trattamento dell'assegno sociale e all'integrazione della pensione al minimo sono poco inclusivi, determinando una selezione dei beneficiari penalizzante per i residenti nelle aree del Paese con un più elevato costo della vita come la nostra, dal momento che viene adottata un'unica soglia di povertà per tutto il territorio nazionale¹³. Inoltre, come noto, le misure pubbliche di contrasto alla povertà non raggiungono l'intera platea dei bisognosi poiché, da un lato, non tutti i potenziali beneficiari presentano domanda e, dall'altro, essendo la povertà un fenomeno dinamico, le misure di sostegno al reddito (statiche per definizione, essendo concesse sulla base di una valutazione annuale) non sono in grado di rispondere alle situazioni di vulnerabilità transitorie e a quelle che si presentano in modo intermittente nell'arco della vita delle persone e che spesso chiamano in causa gli anziani, i cui redditi da pensione fungono da "salvagente" per le difficoltà, generalmente di carattere temporaneo, delle generazioni più giovani. Dall'analisi delle risposte ai questionari è emerso che, nei due anni precedenti all'intervista, il 6,5% dei pensionati avevano prestato denaro a parenti o amici non conviventi mentre soltanto lo 0,7% ne aveva ricevuto in prestito¹⁴.

Secondo le più recenti indagini dell'ISTAT (2018b), in Italia gli anziani ultrasessantacinquenni sono la fascia anagrafica con la più bassa incidenza delle situazioni di povertà materiale, grazie alla protezione fornita dai trasferimenti pensionistici, che a differenza dei redditi da lavoro rappresentano entrate sicure, all'istituzione dell'assegno sociale e alla composizione dei nuclei familiari, che in genere non includono minori a carico dei percettori di reddito. Ciò che le analisi dei redditi e dei consumi non consentono di rilevare, tuttavia, sono le vulnerabilità e le fragilità tipiche dell'età anziana, durante la quale gli individui sostengono spese sanitarie sistematicamente più alte. In questa fase della vita, inoltre, è elevato il rischio di un repentino peggioramento delle condizioni di salute, che determina la necessità di acquistare servizi di assistenza anche molto costosi sul mercato privato (posti letto nelle

¹³ L'importo massimo dell'assegno sociale nel 2019 è pari a 5.954 euro su tutto il territorio nazionale. Possono accedere alla misura gli individui di età pari o superiore a 67 anni non coniugati che hanno un reddito annuo inferiore a tale importo e, se coniugati, che hanno un reddito annuo inferiore al doppio di tale importo. Hanno diritto all'importo massimo ("misura intera") i soggetti non coniugati che non possiedono alcun reddito e i soggetti coniugati che hanno un reddito familiare inferiore al totale annuo dell'assegno, mentre hanno diritto all'assegno in "misura ridotta" i soggetti non coniugati che hanno un reddito inferiore all'importo annuo dell'assegno e i soggetti coniugati che hanno un reddito familiare compreso tra l'ammontare annuo dell'assegno e il suo doppio.

La soglia al di sotto della quale le prestazioni previdenziali (IVS) vengono integrate al trattamento minimo è pari nel 2019 a 513,01 euro su tutto il territorio nazionale.

¹⁴ Percentuale di risposte alla domanda "Negli ultimi due anni, la sua famiglia ha ricevuto o prestato soldi? Per favore, indichi tutte le situazioni applicabili."

strutture socio-sanitarie e assistenza delle badanti, in primo luogo), determinando un “irrigidimento” del bilancio familiare (Kidd e Whitehouse, 2009). Nelle situazioni in cui una parte rilevante delle risorse vengono assorbite dalla spesa per le cure e per l’assistenza, misurare il benessere economico servendosi del livello dei redditi o dei consumi può essere fuorviante.

Per superare i limiti dell’approccio monetario allo studio della povertà degli anziani della Provincia di Cremona, abbiamo chiesto agli intervistati di indicare quali voci di spesa, selezionate da un dato insieme, fossero in grado di sostenere. Da questa analisi (Tabella 10) è emerso non soltanto che la maggior parte degli intervistati non è in condizioni di risparmiare (70,9%), di aiutare i parenti (67,5%) e di investire (83,6%) ma anche una diffusa incapacità di sostenere spese di prima necessità. Quasi la metà degli intervistati (46,9%) non è in condizione di andare in vacanza una volta all’anno, quasi un terzo (29,8%) non riesce a consumare un pasto con proteine di origine animale ogni due giorni e il 22,9% non può riscaldare adeguatamente la propria abitazione. Per fornire un’indicazione sintetica del livello di disagio economico, seguendo l’approccio adottato dall’ISTAT nell’Indagine EU-SILC, abbiamo calcolato la percentuale di intervistati che dichiarano di non potersi permettere almeno quattro capitoli di spesa, trattandolo come un indicatore di disagio economico. In seguito, abbiamo studiato la sua relazione con altre variabili individuali, per verificare se questo seguisse alcuni gradienti suggeriti dalla letteratura sul tema.

In primo luogo, abbiamo osservato che le difficoltà economiche aumentano con l’età dell’intervistato. Tra i pensionati con meno di 65 anni, il 16,1% sperimenta almeno cinque situazioni di disagio e tale percentuale aumenta al 22,6% tra i 65-74enni, al 25,8% tra i 75-84enni fino al 44,4% tra i grandi anziani con più di 85 anni. In parte, l’effetto dell’età può essere attribuito agli importi inferiori dei trattamenti pensionistici di cui beneficiano i grandi anziani, in parte ai maggiori costi sostenuti per l’assistenza. Infatti, la percentuale di anziani in situazioni di disagio è maggiore tra gli individui che dichiarano di essere non autosufficienti o di avere un familiare non autosufficiente (58,3%) rispetto agli individui che vivono in famiglie composte soltanto da persone autonome (40,6%).

Un’altra variabile associata al disagio economico è la dimensione del nucleo familiare. Le famiglie unipersonali, composte esclusivamente dal pensionato intervistato, sono quelle con la maggiore incidenza di situazioni di disagio (il 33,7% non riesce a permettersi quattro o più capitoli di spesa), soprattutto se donne (37,1%). Il rischio di disagio si riduce per le famiglie bi-personali, tipicamente composte da due coniugi entrambi con reddito da pensione e aumenta per le famiglie con almeno tre componenti, in cui spesso convivono due coniugi con uno (o più) parenti a basso reddito, in particolare figli o genitori anziani.

Tabella 10. Indice di disagio economico (percentuale di intervistati che dichiarano di non potersi permettere determinati capitoli di spesa).

	Andare in vacanza	Mangiare proteine ogni due giorni	Riscaldare l'abitazione	Risparmiare	Aiutare i parenti	Investire	Sintesi
Fascia di età							
55-64	29,0%	29,0%	25,8%	64,5%	54,8%	83,9%	16,1%
65-74	37,9%	29,8%	26,6%	62,9%	58,9%	78,2%	22,6%
75-84	59,8%	27,8%	17,5%	79,4%	81,4%	91,8%	25,8%
85 o più	77,8%	37,0%	25,9%	85,2%	77,8%	92,6%	44,4%
Tipologia di nucleo familiare							
Unipersonale	66,3%	32,6%	25,0%	78,3%	82,6%	87,0%	33,7%
- Unipersonale donna	71,0%	38,7%	24,2%	83,9%	90,3%	87,1%	37,1%
2 componenti	39,7%	22,1%	16,8%	61,1%	61,1%	84,0%	14,5%
3 o più	22,2%	36,1%	22,2%	75,0%	52,8%	69,4%	22,2%
Presenza di soggetti non autosufficienti nel nucleo							
No	41,2%	27,3%	23,0%	66,7%	61,2%	80,0%	22,4%
Sì	66,7%	12,5%	4,2%	100,0%	66,7%	91,7%	12,5%
Totale	46,9%	29,8%	22,9%	70,9%	67,5%	83,6%	24,3%

Nota 1: Risposte alla domanda “La sua famiglia può permettersi quali delle seguenti voci di spesa? Indichi tutte le tipologie applicabili”.

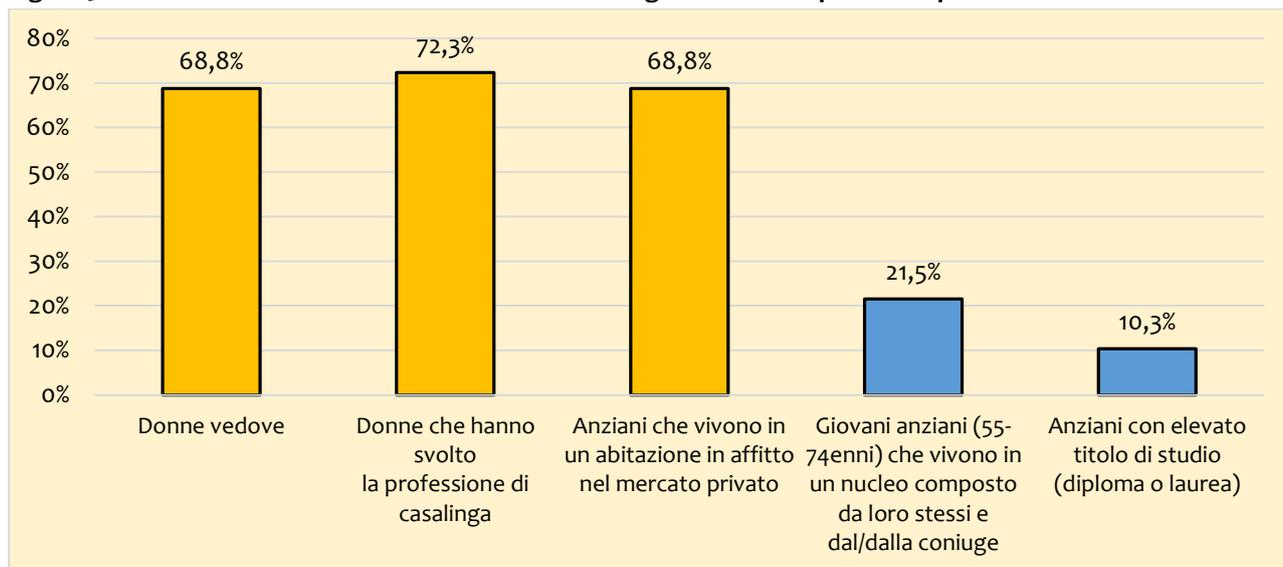
Nota 2: Nella colonna “Sintesi” è riportata la percentuale di intervistati che hanno indicato di non potersi permettere quattro o più capitoli di spesa.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

In un secondo momento, abbiamo studiato la diffusione del disagio economico per alcuni profili “a rischio” individuati sulla base di particolari caratteristiche sociodemografiche. La prima categoria che abbiamo preso in considerazione sono le donne vedove, che nel 34,4% dei casi si trovano in condizioni di disagio economico (Figura 5). La seconda sono le donne che dichiarano di aver svolto l'attività prevalente di casalinga durante l'età lavorativa, le quali spesso non raggiungono gli anni di contribuzione minimi per poter beneficiare della pensione di vecchiaia: in questo gruppo l'incidenza del disagio economico raggiunge il 42,6%. Abbiamo poi individuato negli anziani che vivono in affitto un'altra categoria a rischio, non potendo disporre della garanzia e della protezione del patrimonio immobiliare: gli individui in condizioni di disagio, in questo gruppo, raggiungono il 43,8%.

D'altra parte, nel gruppo dei giovani anziani che vivono in coppia, i quali spesso possono contare su due redditi da pensione e beneficiare di maggiori economie di scala rispetto ai vedovi e ai single, solo il 7,9% sperimenta disagio economico. Un'altra categoria “al riparo” dal rischio (10,3%) sono gli anziani che hanno conseguito il diploma o la laurea.

Figura 5. Percentuale di intervistati in condizione di disagio economico per alcuni profili sociali.



Nota: Gli individui in condizione di disagio economico sono quelli che hanno indicato di non potersi permettere quattro o più capitoli di spesa.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Condizioni e stili di vita: il ruolo dei pensionati nella comunità

“La vecchiaia è un arricchimento della vita e non il suo impoverimento”

(Citazione di un intervistato)

L'immagine dell'anziano come risorsa attiva (o attivabile) nasce in una società occidentale post-fordista in cui gli individui dispongono, solitamente, conclusa la fase dedicata al lavoro per il mercato, di un lungo periodo di buona salute e di sicurezza economica che fornisce l'opportunità di riconciliarsi con le passioni personali che i carichi familiari e le responsabilità professionali non consentivano di coltivare. Non c'è ragione di ritenere che la terza età sia (e, a maggior ragione, *debba essere*) una fase in cui gli stili di vita e gli interessi cambiano o si ridimensionano rispetto alle stagioni precedenti, in particolare nelle prime due decadi che seguono l'evento del pensionamento. D'altra parte, sembra che lo sviluppo del sistema previdenziale si sia accompagnato alla diffusione dell'aspettativa che i pensionati spendano tempo ed energie per mettersi al servizio degli altri, sia nella sfera familiare sia in quella pubblica.

Nell'ambito familiare, l'anziano veste i panni del custode e dell'educatore dei nipoti (Billari e Dalla Zuanna, 2010) e quindi di “facilitatore” per le generazioni più giovani – in particolare per le donne, che in Italia faticano a conciliare i ruoli di madri e lavoratrici (Saraceno, 2003) – e talvolta di caregiver verso i propri genitori, come anziani che assistono altri anziani (Robine *et al.*, 2007); una casistica in crescita, quest'ultima, dato l'aumento della speranza di vita in tarda età, che ha reso più frequente la coesistenza di quattro o più generazioni della stessa linea di parentela.

Nella sfera pubblica, l'anziano può mettersi al servizio della comunità dedicandosi al *volontariato*, un termine comprensivo delle diverse forme della vita associativa, del servizio civico organizzato, della partecipazione politica e sindacale. La figura dell'anziano-volontario viene promossa dai principali soggetti di policy (regioni, UE, ...) e dalle organizzazioni sindacali, che riconoscono la capacità di una terza età attiva e partecipativa di tradursi in un contributo al bene pubblico e di posticipare la condizione di fragilità fisica ed anche il declino cognitivo, configurandosi pertanto come un gioco a somma positiva che produce welfare locale per la comunità e benessere per i soggetti anziani (Mirabile, 2011). Un ulteriore aspetto di cui bisogna tenere conto è che l'impegno civico rappresenta un efficace contrasto all'immagine del pensionamento come fonte di privilegio (o anche parassitismo) che rischia di produrre nuovi conflitti intergenerazionali. Le indagini sul tema mostrano che gli anziani italiani sono meno coinvolti nel volontariato

rispetto ai loro coetanei nord-europei e tuttavia i dati più recenti a disposizione mettono in risalto una forte crescita della partecipazione.

La Tabella 11 mostra l'evoluzione, durante un arco di tempo quasi quindicennale, di alcuni aspetti degli stili di vita della popolazione anziana in Italia. Nel 2016 il 41,3% praticava sport o attività fisica, il 16,6% navigava con frequenza su Internet e il 18,5% si cimentava nei passatempi individuali (arti, informatica, giochi, ...): si tratta di percentuali crescenti rispetto al 2002 che segnalano una maggiore propensione, rispetto alle coorti precedenti, a condurre stili di vita più sani e ad impegnarsi in attività ludiche, digitali e cognitivamente stimolanti, nonostante la percentuale di anziani impegnati in attività di formazione in un giorno medio settimanale sia ancora quasi irrilevante (0,4%). Diminuiscono invece quelli che svolgono un lavoro retribuito e quelli che vedono gli amici almeno una volta alla settimana, suggerendo un indebolimento dei canali di socializzazione informale.

Rispetto alle occasioni di socializzazione in contesti formali e associativi, si assiste ad uno spostamento del tempo dedicato alle attività condotte nell'ambito delle istituzioni tradizionali (sindacati, partiti, luoghi di culto) verso quelle effettuate nel mondo delle associazioni. Un'altra chiave di lettura di questo cambiamento è quella secondo cui le attività socialmente orientate si stiano spostando dalle grandi istituzioni con una *mission* di grande respiro alle piccole realtà organizzative con obiettivi più circoscritti. Nel 2016 il 7,8% degli anziani ha prestato attività gratuita in associazioni di volontariato e una percentuale analoga ha partecipato a riunioni in associazioni culturali e ricreative. Si tratta di una quota minoritaria che tuttavia è quasi doppia rispetto a quella osservata 14 anni prima. Gli anziani che frequentano settimanalmente un luogo di culto, invece, sono diminuiti di 7,2 punti percentuali e quelli che prestano attività gratuite per sindacati e partiti politici sono scesi allo 0,5%, rispettivamente dallo 0,6% e dallo 0,7%.

Tabella 11. Percentuale di ultrasessantacinquenni che svolgono alcune attività. Italia. Anni 2002, 2013 e 2016.

	2002	2016	Var. p.p
Frequenta un luogo di culto almeno 1 volta alla settimana	38,2%	31,0%	-7,2
Partecipa a riunioni di associazioni culturali o ricreative	4,0%	7,8%	+3,8
Presta attività gratuita in associazioni di volontariato	4,1%	7,8%	+3,7
Presta attività gratuita per un sindacato	0,6%	0,5%	-0,1
Presta attività gratuita per un partito politico	0,7%	0,5%	-0,2
Vede gli amici almeno una volta alla settimana	55,8%	51,6%	-4,2
Svolge lavoro retribuito in un giorno medio settimanale	3,3%	2,3%*	-1,0
Pratica sport e/o attività fisica	35,2%	41,3%	+6,1
È impegnato nella formazione in un giorno medio settimanale	0,2%	0,4%	+0,2
Naviga su internet almeno una volta alla settimana	1,3%	16,6%	+15,3
Pratica arti/passatempo/informatica/giochi in un giorno medio settimanale	15,0%	18,5%*	+3,5

* Dati al 2013

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Nel 2016 i 60-64enni italiani mostravano una propensione maggiore al volontariato rispetto alla popolazione complessiva dai 14 anni in su (13,2% di volontari contro 10,7%), i

65-74enni del 10,1% (era appena il 5,5% nel 2002) e gli ultrasettantacinquenni del 5,5% (era del 2,3% nel 2002). Non c'è consenso sui fattori responsabili dell'incremento sostanziale delle pratiche di volontariato in età avanzata, ma potrebbero avere avuto un ruolo decisivo il maggiore livello medio di istruzione, le migliori condizioni di salute e le maggiori disponibilità economiche delle coorti nate nel secondo Dopoguerra, che da pochi anni sono entrate nelle fasce di età anziana. È noto, infatti, che il capitale culturale, lo stato di salute e le condizioni economiche sono variabili associate positivamente con il grado di impegno individuale (Barbabella *et al.*, 2011). D'altra parte, è possibile ipotizzare, in una prospettiva secolarista, che le associazioni di volontariato presenti sul territorio abbiano intercettato la domanda di partecipazione che i tradizionali luoghi di aggregazione (in primo luogo i partiti politici e le parrocchie) oggi non riescono a soddisfare.

La percentuale dei soggetti da noi intervistati che hanno svolto attività di volontariato nel corso dell'anno precedente è del 31,5%. Tenendo conto delle modalità di selezione del campione, è verosimile che questo dato non rispecchi la reale propensione della popolazione anziana cremonese ad intraprendere percorsi di volontariato: infatti una parte degli intervistati è stata inclusa nel campione proprio in virtù della loro appartenenza o dei loro legami con enti del terzo settore (si veda la nota 6). L'impiego di altre dimensioni di analisi, in ogni caso, può fornire delle indicazioni su quali caratteristiche individuali siano associate al grado di coinvolgimento in queste attività (Tabella 12). È emerso che la percentuale di uomini coinvolti (39,0%) è più alta rispetto a quella delle donne (23,3%), sulle quali gravano in misura maggiore le incombenze domestiche e i carichi di cura. Come prevedibile, la partecipazione al volontariato diminuisce dopo i 75 anni di età, quando una parte dei soggetti va incontro ad un peggioramento del quadro clinico-funzionale. Tra gli anziani di età compresa tra i 65 e i 74 anni, il 38,7% ha svolto volontariato e questa percentuale si riduce al 23,7% tra i 75-84enni e al 18,5% tra i grandi anziani ultra-ottantacinquenni. Un'indicazione ulteriore dell'influenza decisiva delle condizioni di salute si evince dalla bassa percentuale di volontari (12,5%) tra i soggetti che vivono in famiglie in cui è presente almeno un individuo non autosufficiente, che può essere lo stesso anziano o un parente di cui l'intervistato si prende cura.

Come documentato dalla letteratura sul tema, la propensione al volontariato aumenta con il grado di istruzione, non soltanto perché il capitale culturale accresce l'inclusione nella comunità, ma anche perché, per avere un ruolo attivo nelle moderne associazioni, spesso sono necessarie competenze specifiche e un solido bagaglio culturale. Alcuni studi (*ibidem*) suggeriscono che formazione e volontariato costituiscano un binomio virtuoso in età avanzata, che consente di preservare e coltivare le capacità individuali (pratiche e cognitive) e di preparare adeguatamente gli anziani a questo tipo di attività. Eppure, dall'analisi dei questionari, è emerso che tra gli intervistati, particolarmente attivi nel

volontariato, solo una piccola proporzione (2,1%) frequenta corsi di formazione organizzati dalle università della terza età o da altri enti. Ricevere istruzione in età avanzata assume un significato diverso rispetto ad altre fasi della vita e può essere decisivo per restare al passo con i cambiamenti (si pensi all'utilizzo di Internet e delle nuove tecnologie), approfondire delle tematiche d'interesse o, ancora, evitare l'esclusione sociale e rimanere attivi e creativi. In Lombardia, i dati disponibili mostrano come l'offerta educativa per gli adulti sia ancora estremamente contenuta, sebbene maggiore rispetto a molte delle altre regioni italiane, e come solamente il 2% della popolazione ultrasessantacinquenne frequenti uno dei corsi proposti dalle agenzie istituzionali (università della terza età, centri studio, CPIA, ...). Una migliore promozione delle iniziative già esistenti oltre ad una diversificazione dell'offerta potrebbero essere dei primi passi avanti verso uno sviluppo crescente di esperienze formative durante l'età anziana.

Tabella 12. Percentuale di anziani coinvolti in alcune iniziative nel corso dell'ultimo anno e indice di sintesi del livello di partecipazione.

	Formazione	Gite/ viaggi	Cene sociali	Volontariato	Attività politica	Attività sindacale	Indice di sintesi
Sesso							
Maschio	1,3%	36,5%	36,5%	39,0%	15,7%	31,4%	25,2%
Femmina	3,1%	31,0%	19,4%	23,3%	4,7%	10,1%	17,8%
Classe di età							
55-64	0,0%	38,7%	22,6%	35,5%	12,9%	16,1%	19,4%
65-74	2,4%	39,5%	31,5%	38,7%	10,5%	25,8%	27,4%
75-84	1,0%	29,9%	28,9%	23,7%	8,2%	17,5%	17,5%
85+	3,7%	22,2%	22,2%	18,5%	14,8%	18,5%	14,8%
Presenza di non autosufficienti nel nucleo							
Sì	4,2%	16,7%	16,7%	12,5%	4,2%	8,3%	8,3%
No	1,8%	35,6%	31,4%	33,1%	11,9%	25,0%	21,8%
Livello di istruzione							
Nessun titolo	0,0%	0,0%	28,6%	14,3%	0,0%	14,3%	0,0%
Licenza di scuola elementare	0,7%	20,3%	22,5%	13,8%	5,1%	11,6%	12,3%
Licenza di scuola media	2,3%	47,7%	31,4%	40,7%	16,3%	30,2%	26,7%
Diploma di scuola superiore	5,6%	46,3%	40,7%	57,4%	20,4%	37,0%	38,9%
Laurea o titolo superiore	0,0%	80,0%	40,0%	80,0%	0,0%	0,0%	40,0%
Totale	2,1%	33,9%	28,8%	31,5%	11,0%	21,9%	21,9%

Nota 1: Risposte alla domanda "È coinvolto nelle seguenti iniziative? Si consideri coinvolto solo se ha partecipato nell'ultimo anno".

Nota 2: La colonna "Indice di sintesi" riporta la percentuale di intervistati che svolgono tre o più attività.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Uno dei principali motivi di interesse delle scienze sociali e della gerontologia verso il grado di partecipazione civica e di inclusione degli anziani risiede nel complesso delle ricadute positive che queste producono sulla salute degli anziani, fornendo benessere psico-emotivo e stimoli all'attività cerebrale. Esistono solide evidenze empiriche dei benefici prodotti sia dal coinvolgimento nelle attività della comunità sia da un'elevata frequenza delle micro-interazioni con amici e parenti (Zunzunegui *et al.*, 2003), che

giocano un ruolo decisivo nella prevenzione del declino cognitivo e della demenza. Gli studi sulla qualità della vita degli anziani mostrano che la presenza di contatti frequenti con amici, parenti e vicini di casa agisce positivamente sul benessere emotivo e sul senso di tranquillità e sicurezza, rafforzato dalla consapevolezza di poter contare su qualcuno nel momento del bisogno (Gabriel e Bowling, 2004).

Dall'analisi delle reti sociali degli intervistati, ai quali è stato chiesto di elencare le prime 5 persone di riferimento con cui intrattengono relazioni al di fuori del nucleo familiare, specificando il tipo di legame, emerge che il 22,3% del campione vive una condizione di isolamento relazionale, non frequentando nessuna persona non appartenente al proprio nucleo.

Le persone che necessitano di aiuto per compiere alcune attività quotidiane¹⁵ sono allo stesso tempo più isolate e godono di una rete meno sviluppata. Quasi un terzo (31,5%) non riporta legami con l'esterno.

Un'altra variabile associata alla dimensione della rete di riferimento è il genere, con gli uomini che presentano più contatti, in media (2,1), rispetto alle donne (1,9).

La convivenza con il coniuge sembra non influire positivamente sulla qualità e l'intensità delle relazioni esterne: il 23,5% dei coniugati dichiara di non avere rapporti con familiari, amici o altri conoscenti al di fuori del nucleo, valore superiore a quello che si riscontra per i vedovi e i separati.

L'età ha un effetto negativo sulla dimensione della rete sociale, che tende a ridursi dopo i 65 anni, mentre il titolo di studio ha un effetto positivo. I laureati hanno, in media, 2,6 contatti e gli anziani senza un titolo di studio 1,1.

¹⁵ Usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, governare la casa, fare il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, maneggiare le proprie finanze.

Tabella 13. Numero di persone indicate come contatti con cui si intrattengono relazioni esterne al nucleo familiare.

	Numero di nomine					Media contatti	
	0	1	2	3	4		5
Genere							
Maschi	23,9%	17,6%	26,4%	18,9%	6,3%	6,9%	1,9
Femmine	19,4%	19,4%	17,1%	28,7%	9,3%	6,2%	2,1
Stato civile							
Coniugato/a	23,5%	18,7%	22,9%	19,9%	8,4%	6,6%	1,9
Vedovo/a	18,1%	20,5%	21,7%	25,3%	8,4%	6,0%	2,0
Celibe/nubile	32,1%	14,3%	14,3%	28,6%	7,1%	3,6%	1,8
Separato/a o divorziato/a	8,3%	8,3%	33,3%	33,3%	0,0%	16,7%	2,6
Età							
55-64	14,3%	7,1%	28,6%	17,9%	21,4%	10,7%	2,6
65-74	23,4%	16,9%	22,6%	27,4%	5,6%	4,0%	1,9
75-84	20,6%	21,6%	23,7%	18,6%	6,2%	9,3%	2,0
85 e oltre	18,5%	25,9%	14,8%	25,9%	7,4%	7,4%	2,0
Titolo di studio							
Nessuno	42,9%	28,6%	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	1,1
Elementare	26,1%	21,0%	22,5%	20,3%	2,9%	7,2%	1,7
Media	16,3%	17,4%	25,6%	26,7%	9,3%	4,7%	2,1
Superiore	20,4%	14,8%	14,8%	20,4%	20,4%	9,3%	2,3
Università	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	2,6
Necessità di aiuto nelle attività quotidiane							
No	18,2%	18,2%	25,6%	24,1%	8,9%	4,9%	2,0
Sì	31,5%	19,1%	13,5%	20,2%	5,6%	10,1%	1,8
Totale	22,3%	18,5%	21,9%	22,9%	7,9%	6,5%	2,0

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Affinché gli anziani possano essere coinvolti nelle attività presenti sul territorio, incontrare le proprie persone di riferimento e accedere ai servizi di cui hanno bisogno, potendo anche ampliare il ventaglio delle proprie scelte, spesso devono coprire delle lunghe distanze, anche spostandosi al di fuori del comune di residenza. La presenza di una rete per la mobilità è un elemento che accresce la qualità della vita e contribuisce a costruire una comunità a misura di anziano (Gabriel e Bowling 2004, Holley-Moore e Creighton 2015) e questo è particolarmente vero nella nostra provincia, caratterizzata dalla presenza di tanti comuni le cui ridotte dimensioni non favoriscono lo sviluppo di servizi di cura e di iniziative socio-culturali.

Tuttavia, anche se può apparire paradossale, nonostante lo sviluppo urbanistico e delle telecomunicazioni, il trasporto delle persone rappresenta ancora un problema per i paesi avanzati. I dati mostrano infatti che gran parte della popolazione italiana incontra difficoltà negli spostamenti verso i propri luoghi di interesse.

L'invecchiamento determina un aumento delle necessità di usufruire dei servizi sanitari e, allo stesso tempo, è responsabile di diverse limitazioni della mobilità. Gli spostamenti a piedi, infatti, possono diventare difficoltosi o anche impossibili, mentre la capacità di guidare autoveicoli è compromessa dalle condizioni fisiche. La difficoltà negli

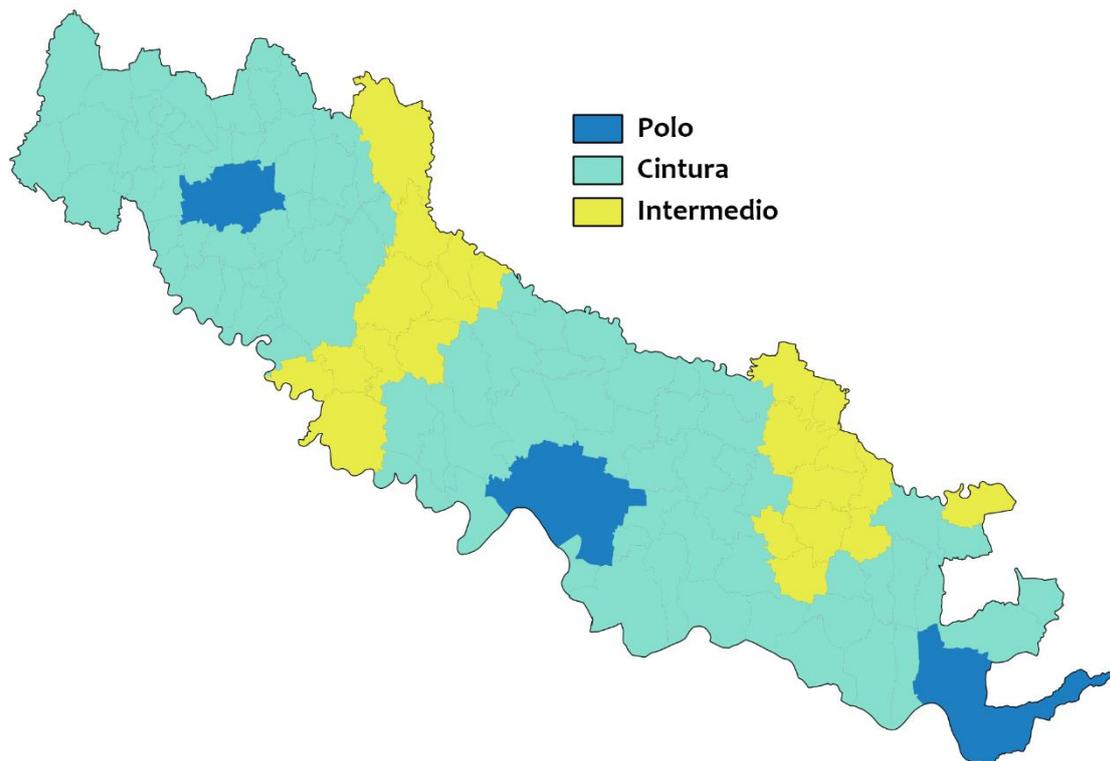
spostamenti è responsabile di una riduzione del livello di autosufficienza, dal momento che limita le possibilità di consumo, di socializzazione e di auto-realizzazione.

Mettere gli anziani nelle condizioni di muoversi liberamente è una sfida di primaria importanza non soltanto per favorire l'invecchiamento attivo ma anche per garantire l'accesso ai servizi di cittadinanza (in primo luogo, quelli sanitari), fornire strumenti di contrasto alle situazioni di isolamento e sostegno all'autonomia della persona. Spesso, tuttavia, gli anziani risiedono in insediamenti di piccole dimensioni e situati in zone interne o montuose dell'Italia, dove la domanda di trasporto è limitata e in cui gli elevati costi di attivazione delle linee, per effetto delle economie di scala, non permettono un'adeguata copertura territoriale del servizio. Allo stesso tempo, queste sono zone in cui la presenza di esercizi commerciali e servizi pubblici è rarefatta, spingendo i residenti a soddisfare le proprie esigenze fuori dal territorio comunale.

Le caratteristiche degli insediamenti lasciano ipotizzare che anche la nostra provincia possa soffrire queste difficoltà: circa un terzo della popolazione risiede negli 85 piccoli comuni cremonesi con meno di 3.000 abitanti e quasi la metà in comuni che non raggiungono i 5.000 abitanti, che spesso sono poco integrati nella rete del trasporto pubblico. D'altra parte, a differenza di altre aree della Lombardia (in particolare quelle dell'arco alpino e alcune zone dell'Oltrepò pavese e mantovano), la nostra provincia sembra toccata solo marginalmente dalla questione delle "aree interne". Adottando la classificazione dell'Agenzia per la Coesione Territoriale (2014), soltanto 22 dei 115 comuni distano più di 40' dal più vicino polo urbano che garantisce un'offerta completa di servizi di cittadinanza¹⁶ mentre, dei 93 restanti, 90 sono aree di cintura che distano meno di 20' dal polo più vicino e i comuni capofila dei tre Ambiti Territoriali (Cremona, Crema e Casalmaggiore) sono poli di offerta di servizi.

¹⁶ Si tratta di comuni ("poli") o aggregati di comuni confinanti ("poli intercomunali") che garantiscono tutta l'offerta scolastica secondaria, almeno un ospedale sede di DEA di primo livello e almeno una stazione ferroviaria di qualità media o alta.

Figura 6. Classificazione dei comuni cremonesi rispetto alla distanza dal più vicino polo di offerta di servizi. Anno 2014.



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e Agenzia per la Coesione Territoriale

Nella realtà della nostra provincia, in ogni caso, non sembra che i comuni maggiori dispongano di una rete adeguatamente sviluppata di trasporto pubblico locale. Quello dei comuni capoluogo lombardi ha subito una netta contrazione nel periodo 2011-2016, sia rispetto al numero di automezzi impiegati, sia rispetto al numero di passeggeri annui per abitante: anche se la città di Cremona è una delle poche realtà il cui flusso di passeggeri è aumentato, seppure in modo discontinuo nel periodo di rilevazione 2011-2016, questo resta su valori molto bassi rispetto a quelli osservati negli altri comuni ad eccezione di Lodi e Sondrio (

Tabella 14).

Tabella 14. Passeggeri annui per abitante del trasporto pubblico locale. Anni 2011-2016. Comuni capoluogo.

Comune capoluogo	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bergamo	141,2	142,5	153,9	152,9	157,7	151,2
Brescia	174,4	172,3	204,0	250,1	261,1	270,6
Como	113,1	125,9	123,7	125,5	93,6	90,3
Cremona	17,8	18,7	18,5	15,4	19,1	19,4
Lecco	67,6	63,9	54,7	51,7	55,4	51,8
Lodi	21,6	21,2	18,7	16,2	15,5	15,8
Mantova	85,1	82,3	87,2	87,7	89,1	92,0
Milano	569,1	570,8	474,2	428,8	442,6	420,9
Monza	40,0	39,9	31,1	28,8	44,1	43,9
Pavia	106,5	105,1	98,4	91,3	63,3	62,8
Sondrio	4,2	3,7	3,7	3,8	3,6	3,5
Varese	79,6	73,7	65,6	64,2	65,0	71,6

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT.

Oltre alle carenze dell'offerta, altri elementi responsabili dell'utilizzo limitato del trasporto pubblico da parte degli anziani sono le barriere legate all'età avanzata, sia di natura fisica (inaccessibilità delle fermate, difficoltà nel salire e scendere dai mezzi, scarsa disponibilità di posti a sedere, ...) sia di natura psico-sociale (timore di subire incidenti o infortuni, di essere bersaglio di furti e molestie, ...). Alcuni studi suggeriscono inoltre che il trasporto pubblico vada a beneficio degli anziani "in salute" e non di coloro che sono seriamente limitati nella deambulazione. Un'indagine effettuata in Inghilterra ha rilevato che gli anziani in cattiva salute e con limitazioni funzionali si servono meno frequentemente del trasporto pubblico e che i problemi di salute sono la terza causa del mancato utilizzo e le difficoltà nella deambulazione la quarta (Holley-Moore e Creighton, 2015). Si noti, infatti, che l'automobile non è necessariamente meno "comoda" dei mezzi pubblici, che comportano peraltro un maggior tragitto da compiersi a piedi. In futuro, parte delle limitazioni degli anziani potrà essere affrontata con successo grazie al mercato privato di autovetture di nuova generazione, che richiedono un impegno del

conducente minimo o persino nullo nelle versioni “driverless”. Tuttavia, affinché la popolazione possa godere di questa nuova frontiera dello sviluppo tecnologico, saranno indispensabili una ripresa nella crescita del potere di acquisto e il consolidamento di una cultura digitale nella popolazione anziana. Questa favorirebbe anche l’adozione di soluzioni di trasporto innovative già disponibili sul mercato e a costo contenuto (scooter per anziani, biciclette con pedalata assistita, ...) la cui scarsa presenza sulle strade sembra dipendere prevalentemente dalla mancanza di conoscenza e di informazioni.

Ad oggi, però, gli anziani devono confrontarsi con le opportunità e i limiti del trasporto pubblico locale su gomma e su rotaie. Dai dati disponibili sembra che queste costituiscano soluzioni di mobilità secondarie rispetto all’automobile. Infatti, la percentuale di intervistati che si serve dell’autobus o del treno come mezzo principale per raggiungere alcune destinazioni di interesse è soltanto il 6,5% del campione e cresce all’aumentare della fascia di età considerata. Questa proporzione è nulla tra i pensionati con meno di 65 anni, raggiunge valori compresi tra il 5 e il 10% tra i giovani anziani 65-74enni e gli anziani tra i 75 e gli 84 anni, mentre è più alta tra i grandi anziani ultra-ottantacinquenni (14,8%).

Tabella 15. Percentuale di intervistati che per raggiungere almeno una destinazione di interesse (ufficio postale, uffici comunali, altri uffici amministrativi, servizi sanitari, negozi, luoghi di culto, luoghi culturali, bar, amici e parenti) utilizzano il trasporto pubblico come mezzo principale.

55-64 anni	0,0%
65-74 anni	7,3%
75-84 anni	6,2%
85 e più anni	14,8%
Totale	6,5%

Nota: Risposte alla domanda “Quale mezzo di trasporto utilizza prevalentemente per raggiungere i seguenti luoghi?”

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Sembra pertanto che i mezzi pubblici non costituiscano un’opzione privilegiata. A questo proposito, l’analisi delle risposte ai questionari mostra che gli intervistati rilevano molte criticità nell’offerta di trasporto pubblico locale. Oltre la metà di loro ritiene che la frequenza delle corse non sia elevata e che gli orari non siano adeguati alle loro esigenze. Quasi la metà rileva che la fermata non è vicina alla propria abitazione e che non è semplice salire e scendere dai mezzi. Circa un terzo ritiene che il prezzo dei biglietti non sia adeguato mentre solo una piccola minoranza lamenta un numero insufficiente di posti a sedere (21,2%). La disaggregazione delle risposte mostra che i residenti nei piccoli comuni rilevano maggiori criticità rispetto alla media. In particolare, hanno espresso opinioni più negative sugli aspetti quantitativi dell’offerta: il 73,3% dei residenti nei comuni fino a 3.000 abitanti ritiene che il numero di corse non sia elevato e il 64,6% che gli orari non siano adeguati alle loro esigenze (una problematica che potrebbe discendere proprio dal ridotto numero di corse). Inoltre, una più alta percentuale (56,3%) rispetto ai residenti

nei comuni di dimensioni maggiori lamenta un'eccessiva distanza tra la fermata dell'autobus e l'abitazione.

Tabella 16. Percentuale rispondenti "Per niente" o "Poco d'accordo" sulla presenza di alcuni aspetti positivi nel TPL.

	Fermata vicina	Orari adeguati	Costo adeguato	È semplice salire/scendere	Posti a sedere adeguati	Alto numero di corse
Classe di ampiezza comunale						
Fino a 3.000	56,3%	64,6%	39,8%	54,4%	19,5%	73,3%
3.001-5.000	33,3%	39,2%	41,3%	39,1%	27,3%	46,7%
5.001-30.000	37,4%	35,3%	36,4%	38,5%	25,4%	50,0%
Oltre 30.000	22,7%	52,9%	0,0%	42,1%	11,8%	57,9%
Zona di residenza						
Centro storico	44,9%	54,2%	36,8%	46,4%	17,9%	51,4%
Zona residenziale	42,9%	47,3%	33,3%	53,9%	30,9%	65,5%
Frazione o zona isolata	44,4%	51,2%	27,0%	25,0%	2,9%	62,9%
Totale	44,2%	50,7%	33,9%	46,4%	21,2%	59,5%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

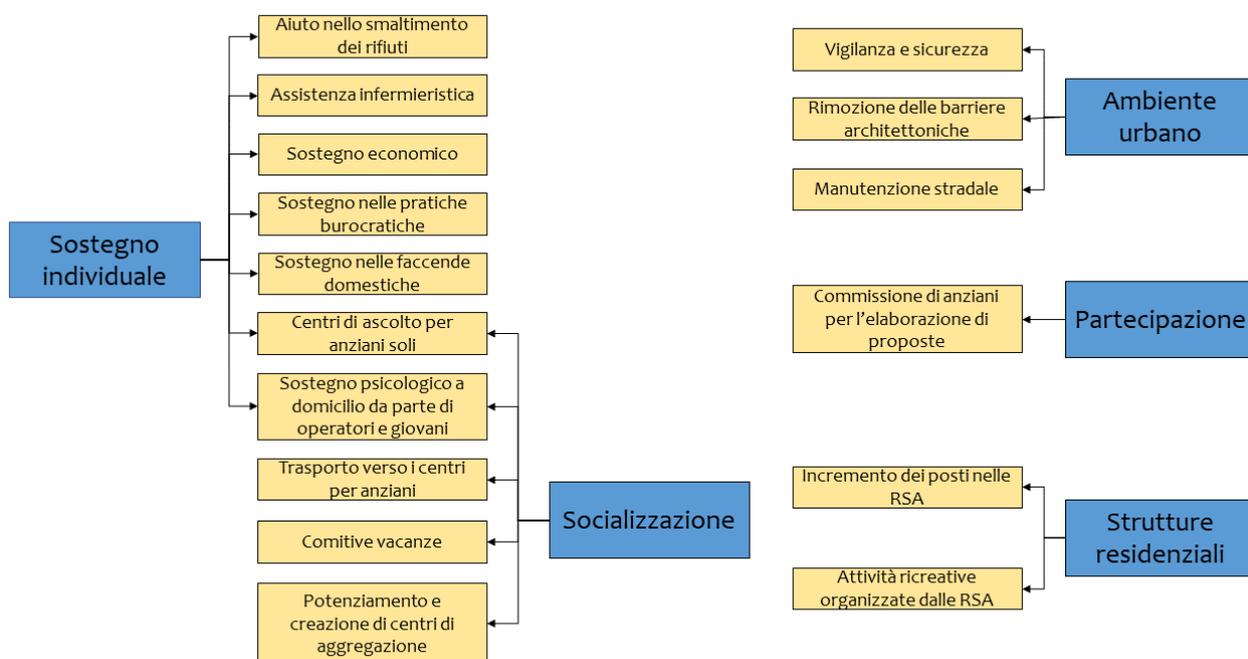
In queste pagine abbiamo cercato di dare conto della multidimensionalità delle sfide che comporta l'essere anziano nella provincia di Cremona sul piano economico, su quello dell'accesso ai servizi e su quello delle relazioni con le persone. Il diagramma riportato nella Figura 7 rappresenta una classificazione delle risposte a una domanda in forma aperta che abbiamo rivolto agli intervistati sulle iniziative che potrebbero migliorare la vita degli anziani cremonesi¹⁷. Le risposte sono state raggruppate per aree tematiche, ovvero quelle del sostegno individuale, della socializzazione, dell'ambiente urbano, della partecipazione e del potenziamento delle funzioni svolte dalle strutture residenziali, e confermano alcune delle problematiche già rilevate in precedenza. Ancora una volta, infatti, emerge l'esigenza di un miglioramento e di una diversificazione dei servizi, sia sul versante socio-sanitario (assistenza infermieristica, potenziamento e diversificazione del ruolo delle RSA), sia su quello sociale, dove le priorità espresse vertono sul sostegno nelle faccende domestiche, nello smaltimento dei rifiuti e nel disbrigo delle pratiche

¹⁷ "Vuole suggerire liberamente una o più iniziative che servirebbero, secondo lei, a migliorare la vita degli anziani nel suo comune?"

burocratiche. Si tratta di richieste puntuali, che possono agevolare la definizione delle proposte del Sindacato in sede di negoziazione territoriale.

Quella della solitudine è una tematica che emerge ripetutamente, mostrando che il problema dell'isolamento relazionale è particolarmente sentito in quest'area dove all'elevato livello di partecipazione civica non corrisponde uno sviluppo soddisfacente delle relazioni informali al di fuori del nucleo familiare, come suggerisce la domanda di sostegno psicologico (centri di ascolto e visite a domicilio) ed anche la richiesta di una maggiore presenza di iniziative per l'incontro e la socializzazione: comitive vacanze, incremento dei centri di aggregazione per anziani e dei servizi di trasporto verso i medesimi.

Figura 7. Mappa concettuale delle iniziative che, secondo gli intervistati, possono migliorare la vita degli anziani della Provincia di Cremona.



Nota: Classificazione delle risposte aperte alla domanda “Vuole suggerire liberamente una o più iniziative che servirebbero, secondo lei, a migliorare la vita degli anziani nel suo comune?”.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su questionari SPI-CGIL

Bibliografia

Ambito Sociale Cremonese (2019). *Piano di Zona 2019-2020 (Bozza di marzo)*. Cremona.

Billari F., Dalla Zuanna G. (2010). *La rivoluzione nella culla: il declino che non c'è*. Egea. Milano.

Caselli G., Egidi V. (2011). Una vita più lunga e più sana. In Golini A., Rosina A. (a cura di). *Il secolo degli anziani. Come Cambierà l'Italia*. Il Mulino. Bologna.

Corte dei Conti (2018). *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica*. Roma.

Ferrera M., Maino F. (2011). Il «secondo welfare» in Italia: sfide e prospettive. *Italianieuropei*. 3: 17-22.

Gabriel Z., Bowling A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing Soc.* 24, 675–691.

Holley-Moore G., Creighton, H. (2015). *The future of transport in an ageing society*. Age UK, London.

Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*. 20(1): 21-33.

IRES Morosini (2017a). *Le condizioni sociali degli anziani in Lombardia*. Torino.

IRES Morosini (2017b). *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*, Torino.

ISTAT (2015). *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*. Roma.

ISTAT (2018a). *Rapporto annuale 2018. La situazione del Paese*. Roma.

ISTAT (2018b). *La povertà in Italia. Anno 2017*. Roma.

ISTAT (2018c). *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1.1.2017)*. Roma.

Kidd S., Whitehouse E. (2009). *Pensions and old-age poverty*. In Holzmann R., D. A. Robalino D. A., Takayama N. *Closing the coverage gap: The role of social pensions and other retirement income transfers*. Washington, DC: World Bank.

Micheli G. A. (2007). *Coperture variabili. Non autosufficienza anziana ed erogazioni di welfare*. *Stato e mercato*. n. 3: 409-440.

Mirabile M. L. (2011). *Anziani come risorsa e invecchiamento attivo*. In Golini A., Rosina A. (a cura di) *Il secolo degli anziani. Come Cambierà l'Italia*. Il Mulino. Bologna.

NNA (2009). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Maggioli. Sant'Arcangelo di Romagna.

Organizzazione mondiale della sanità (1998). *La salute per tutti nel 21° secolo. Introduzione alla strategia della Salute per tutti nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*.

Pesaresi F. (2007). *Il Sad per anziani in Italia. Prospettive sociali e sanitarie*. n. 18.

Robine J. M., Michel J. P., Herrmann F. R. (2007). *Who will care for the oldest people in our ageing society?* *BMJ* 2007. 334(7593): 570–571.

Saraceno C. (2003). *La conciliazione di responsabilità familiari e attività lavorative in Italia: Paradossi ed equilibri imperfetti*. *Polis*, 17:2, 199–228.

Sarvimaki A., Stenbock-Hult B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*. 32(4): 1025 – 1033.

Zunzunegui M. V., Alvarado B.E., Del Ser T., Otero A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in communitydwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 58: 93-100.

Appendice. I servizi sociali dei comuni in favore degli anziani

Tabella 17. Anziani ultrasessantacinquenni che hanno usufruito del servizio di competenza comunale nel corso dell'anno. Provincia di Cremona e Lombardia. Anni 2012 e 2015.

	Cremona		Lombardia	
	2012	2015	2012	2015
Attività di servizio sociale professionale				
Servizio sociale professionale	6,47%	6,35%	4,42%	3,71%
Intermediazione abitativa/assegnazione alloggi	0,04%	0,06%	0,04%	0,02%
Servizio per l'affidamento familiare	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%
Altre attività di servizio sociale professionale	0,00%	1,71%	0,04%	0,13%
Integrazione sociale				
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	0,20%	0,11%	0,08%	0,03%
Attività ricreative, sociali, culturali	2,75%	1,65%	2,31%	1,58%
Altre attività di integrazione sociale	0,14%	0,30%	0,13%	0,30%
Assistenza domiciliare				
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,56%	1,49%	1,40%	1,18%
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	0,30%	0,22%	0,18%	0,17%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,05%	0,15%	0,49%	0,20%
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,81%	0,75%	0,82%	0,70%
Telesoccorso e teleassistenza	0,94%	0,82%	0,54%	0,32%
Servizi di prossimità (buonvicinato)	0,00%	0,00%	0,45%	0,31%
Altri interventi di assistenza domiciliare	0,19%	1,45%	0,05%	0,38%
Servizi di supporto				
Mensa	0,14%	0,07%	0,05%	0,03%
Trasporto sociale	2,15%	2,41%	1,46%	1,43%
Trasferimenti in denaro				
Contributi per servizi alla persona	0,38%	0,05%	0,12%	0,21%
Contributi per cure o prestazioni sanitarie	0,06%	0,25%	0,12%	0,09%
Contributi per servizio trasporto	0,13%	0,20%	0,17%	0,14%
Contributi per l'affido familiare	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%
Contributi e integrazioni a retta per centri diurni	0,01%	0,01%	0,03%	0,04%
Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%
Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	0,14%	0,14%	0,39%	0,31%
Buoni spesa o buoni pasto	0,03%	0,01%	0,01%	0,01%
Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Contributi per alloggio	0,08%	0,06%	0,11%	0,06%
Contributi a integrazione del reddito familiare	0,17%	0,23%	0,32%	0,26%
Altri contributi economici	0,04%	0,11%	0,03%	0,82%
Strutture a ciclo diurno, comunitarie, residenziali e semi-residenziali				
Centri diurni	0,21%	0,22%	0,37%	0,32%
Centri di aggregazione / sociali	1,22%	0,77%	2,11%	1,12%
Altri centri e strutture a ciclo diurno	0,00%	0,04%	0,02%	0,02%
Strutture residenziali	0,42%	0,25%	0,20%	0,18%
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%
Altri centri e strutture residenziali	0,00%	0,01%	0,01%	0,06%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

ALCUNE CONSIDERAZIONI, CONCLUSIONI E PROPOSTE

Dalla ricerca emergono situazioni note, altre meno.

Sappiamo che la nostra Provincia è demograficamente tra le più vecchie della Regione, come sappiamo che ciò è dovuto a una crescente longevità non compensata da altrettanta natalità: all'invecchiamento dall'alto si aggiunge quindi anche l'invecchiamento dal basso.

Il positivo apporto delle nascite fra gli immigrati non ha invertito nella popolazione residente la tendenza allo squilibrio tra giovani e anziani.

Anche se potessimo da subito mettere in atto misure capaci di favorire il ripristino dell'equilibrio perduto, i benefici sarebbero misurabili solo fra qualche decina di anni. E per ora non si vedono prospettive in tal senso.

L'invecchiamento demografico richiede attenzione alle diverse problematiche di ordine sociale, culturale ed economico che investono la società e ne mutano abitudini e comportamenti. Interessanti gli approfondimenti sui cosiddetti "giovani vecchi", sulle aspettative di vita, con l'osservazione delle dinamiche di genere, ma soprattutto meritano riflessioni le statistiche relative agli anni che attendono una persona anziana "senza limitazioni funzionali".

Questo significa soffermarsi nell'analisi non solo su quanto si "campa", ma principalmente sul "come" si vivono o si potrebbero vivere gli anni della vecchiaia, sia in relazione alla salute, sia alle altre situazioni oggettive di vita (povertà, relazioni, attività...) che come sappiamo influiscono in modo determinante sulle condizioni psico-fisiche di ogni persona, specialmente se fragile e anziana.

E qui stanno il nostro ruolo e i nostri obiettivi, i perché della ricerca. Ovvero mettere in luce cosa si può e si deve fare per rendere dignitosi e degni di essere vissuti gli anni della vecchiaia di questa crescente fetta di popolazione, oggi sempre meno sostenuta da sistemi famigliari anch'essi in estremo mutamento; cosa dobbiamo chiedere al sistema di welfare pubblico, trovando strade per cui la richiesta si giovi e si arricchisca anche del nostro apporto di idee, di esperienza e di conoscenza.

Pensiamo che quanto contenuto in queste pagine rappresenti un inizio, un approccio utile, quasi indispensabile, per il lavoro che quotidianamente svolgiamo, per meglio affrontare gli anni che ci attendono che vedranno acuirsi le dinamiche demografiche e le polarizzazioni delle fasce d'età previste per i prossimi 30-50 anni.

Ci è sembrato opportuno perciò, come ulteriore apporto conclusivo alla ricerca, stilare un breve resoconto di quanto fatto fino ad ora sul territorio in merito alle attività negoziali e di confronto fra il sindacato unitario, i soggetti istituzionali dedicati al sociale, le reti dei servizi profit e non, individuando, dal nostro punto di vista, le necessarie azioni, i necessari compiti che ci attendono in tal senso.

La rete dei servizi domiciliari. Si evidenzia, nella ricerca, la tendenza a privilegiare l'assistenza degli anziani, anche non autosufficienti, nell'ambiente domestico, presso la propria residenza, anche se ciò rappresenta spesso un fardello, a volte insopportabile, sulle spalle dei figli o dei coniugi quest'ultimi spesso anch'essi anziani e fragili.

Le assistenti famigliari. Le cosiddette "badanti", rappresentano una soluzione concreta, molto diffusa ma spesso poco qualificata e con elevato rischio di irregolarità nei rapporti di lavoro. Sarebbe opportuno ri-sollecitare (le OO.SS. lo hanno fatto più volte ufficialmente) l'attivazione a livello di ambito distrettuale dello sportello degli assistenti famigliari come previsto dalla L.R.n°15. Precisiamo che la Provincia di Cremona aveva costituito un elenco delle assistenti famigliari che avevano seguito l'apposito percorso formativo. Oggi purtroppo le famiglie trovano risposte rivolgendosi ancora alle parrocchie, al passaparola, o negli uffici strutturati presso Associazioni private (ACLI).

SAD. Nei confronti e nelle discussioni svolte in preparazione dei 3 Piani di Zona è emersa l'inadeguatezza del servizio. L'esiguità degli accessi, la complessità assistenziale delle persone non autosufficienti, la compartecipazione alla spesa delle famiglie, i tempi di attivazione, inducono le famiglie a considerare questo importante servizio assolutamente parziale e pertanto scarsamente utilizzato.

Rispetto a questo servizio a domanda individuale si rende necessario proseguire negli approfondimenti avviati coi tre ambiti: in particolare è utile monitorare la progettualità sperimentale avviata nel distretto cremasco: attivazione immediata del servizio in forma gratuita. Anche nel cremonese e casalasco servirà proseguire e monitorare i risultati per omogenizzare territorialmente la compartecipazione alla spesa. Resta comunque attuale il tema della qualità del servizio e della globale presa in carico.

Il sistema RSA in Provincia di Cremona è stato oggetto di approfondita ricerca da parte delle OO.SS.. Riaffermiamo che la rete di offerta è elevata, che le rette sono ben al di sotto della media regionale e generalmente omnicomprensive di tutti i servizi. Resta il problema, segnalatoci dalle strutture, dell'inadeguatezza della quota sanitaria riconosciuta da Regione Lombardia, tema che sarebbe opportuno rilanciare anche da parte delle OO.SS. Regionali per le ricadute non solo sul sistema delle rette, ma anche sulla qualità del servizio nonché sul trattamento del personale occupato. Nonostante l'offerta in Provincia sia elevata (n°Posti Letto/abitanti +65) rimane il problema dei tempi di attesa spesso affrontato nella contrattazione sociale svolta, ma ancora da risolvere. Agli 85 giorni di attesa media spesso si risponde per necessità di urgenza con ingressi "in solvenza", creando disparità per i costi che in questo caso esorbitano spesso dalle possibilità economiche degli interessati. Si potrebbe ragionare sull'avvio di progetti sperimentali coinvolgenti le strutture, gli Enti Locali, ATS e ASST di competenza (nel territorio cremasco si è tentata una strada, per noi interessante, ma mai decollata). Si rende necessario anche affrontare il tema della prossimità agendo, perché no, anche sui criteri di accesso. Spesso invece le difficoltà di accesso costringono i famigliari ad inserire i loro cari in strutture disponibili, ma lontane, con conseguenze negative sulla serenità dell'intero gruppo famigliare.

Abbiamo in atto un percorso, rispetto al quale riscontriamo disponibilità, per definire incontri preventivi alle necessità di intervento sulle rette da parte delle RSA per approfondirne le motivazioni, siano esse economiche o organizzative. Vicini alla sottoscrizione con ARSAC, registriamo la condivisione anche dalle singole strutture fin ora interpellate.

Povertà. La sfera della povertà tra le persone anziane rappresenta un mondo complesso, variegato e contraddittorio. Si tratta di un sommerso difficile da far emergere: da un canto celato dal bisogno di salvaguardare un senso profondo di dignità che rende difficile il chiedere, dall'altro frenato da difficoltà nell'individuare e percorrere le strade burocratiche dell'accesso agli aiuti. Spesso infatti chi riesce ad agganciare informazioni relative a prestazioni o misure apposite, si trova perso tra le proposte (che ci sono e sono tante) e le modalità di accesso che esigono capacità di spostamento o abilità

tecnologiche che gli anziani anche parzialmente autosufficienti spesso non hanno. La povertà degli anziani così, pur essendo un dato certo, diventa difficilmente quantificabile e ne determina l'invisibilità sociale.

Come messo in evidenza dalla ricerca e ancor meglio dai questionari, i poveri anziani sono spesso donne, quasi sempre grandi anziani, soli, con bassi redditi da pensione derivati o da una vita lavorativa povera e discontinua o prodotti dalla progressiva perdita del potere d'acquisto che si è accumulata negli anni.

Si confermano così le rilevazioni quotidiane dei nostri molteplici sportelli, resta il problema della capacità di scoperchiare un mondo che incide pesantemente sul benessere complessivo di una comunità. La situazione economica del mondo degli anziani, dei pensionati è questione, infatti, che riguarda tutti, incide sul reddito delle famiglie, dei figli, specialmente al venir meno del ruolo, fin ora anche improprio, di vero e proprio welfare sostitutivo o rafforzativo di quello pubblico.

Finora la contrattazione sociale territoriale ha potuto determinare alcuni benefici anche importanti per le persone anziane come per esempio la riduzione mirata di alcune tariffe locali, il sostegno economico alla NNA o gli aiuti ai morosi incolpevoli, ma pensiamo sia importante uscire dall'episodico e affrontare il problema nella sua globalità, partendo dalla conoscenza precisa delle situazioni di bisogno attraverso un'analisi puntuale e dettagliata alla quale non sfugga alcuna esigenza. Pensiamo che il nostro territorio in tal senso abbia le risorse per formare quella necessaria rete dalle fitte maglie che impedisca l'invisibilità del bisogno là dove si manifesta. Già i pdz hanno iniziato un importante percorso e una base di partenza imprescindibile. Ancora una volta vincente sarà la capacità di tutti i soggetti (istituzionali e non) di collaborare attivamente e in accordo. Nell'ambito cremonese si è costituito un apposito "tavolo degli anziani" che dovrà decollare a breve; partiamo da queste semplici buone prassi per costruire il vero sistema di intervento. Il sindacato c'è.

Politiche abitative. Una politica pubblica di Welfare abitativo che si ponga nella prospettiva di affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione deve organizzare nel territorio la risposta del sistema di protezione sociale per un'effettiva presa in carico della persona, con il coinvolgimento e la partecipazione dell'anziano e della sua famiglia, nel suo contesto di vita, intervenendo sulle criticità che sono di primario ostacolo alla realizzazione di un buon rapporto tra lo spazio abitativo e di relazione e il sano invecchiamento.

La proprietà immobiliare rappresenta una prima peculiarità italiana nel settore casa e abitare; dal contatto con i territori emergono altre specificità. Molti anziani a riguardo delle proprie condizioni abitative, lamentano una serie di problematiche: presenza di barriere architettoniche, costruzioni vecchie e non adeguate alle nuove situazioni,

manca di relazioni e condizioni di solitudine e, per una parte della popolazione anziana proprietaria dell'abitazione, di difficoltà economica nell'affrontare le spese di mantenimento dell'immobile. Tutti fattori questi che incidono negativamente sullo stato di salute e sulla vita sociale di tante persone anziane.

Quattro sono i capitoli fondamentali che evidenziano le problematiche dell'abitare sostenibile: l'edilizia residenziale pubblica, la proprietà immobiliare, i servizi di residenza condivisa, le barriere architettoniche.

Pensiamo che vada fatto un ragionamento di più ampio respiro, con il coinvolgimento della società civile e dei partner istituzionali, anche rivalutando antiche politiche di intervento pubblico nel settore casa, che in anni passati hanno fatto uscire il nostro paese da una condizione di miseria e di precarietà.

È maturo allora il tempo di avanzare alcune proposte, nelle sedi istituzionali e non solo:

- realizzare a breve termine in ogni territorio degli alloggi destinati alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne che rispondano alla domanda alloggiativa ma che presentino anche requisiti strutturali di particolare agibilità per una popolazione prevedibilmente portatrice di caratteristiche di fragilità.
- riconvertire edifici pubblici, anche nelle zone centrali dei paesi e delle città, per realizzare soluzioni residenziali per anziani, famiglie in difficoltà.
- Favorire le convivenze degli anziani in alloggi ERP da destinare a questo scopo.

Per conoscere e affrontare le problematiche inerenti alle abitazioni per anziani, pensiamo che sia indispensabile costruire una banca dati che possa contenere un insieme di informazioni strutturati sulle unità abitative disponibili di Aler e dei Comuni ovviamente dei 3 distretti Cremonesi. Diventa prioritario pertanto conoscere il numero delle unità abitative sfitte e altresì importante conoscerne le motivazioni.

Accesso ai servizi e liste di attesa. Ribadiamo l'importanza di creare le condizioni migliori perché le persone anziane e le loro famiglie abbiano chiare le varie misure di necessario sostegno e agevoli i loro percorsi di accesso.

Dalla semplice prenotazione di un esame diagnostico alla ricerca e ottenimento di misure più complesse i luoghi degli accessi si moltiplicano, le strade diventano sempre più tortuose.

Serve semplificare e provare con punti unici di accesso, con informazioni capillari e puntuali, considerato che anche le normative e le misure a disposizione nascono o cambiano con frequenza.

Il sindacato unitariamente ha da tempo posto sui vari tavoli questo tema, trovando disponibilità dalle due asst e da ats. Importanti i percorsi individuati nella declinazione della nuova L.R. sulla cronicità a proposito di centro servizi, delle dimissioni protette.

Anche in questo caso servirà una capacità collettiva particolare, mettere in relazione soggetti diversi, lavorare anche con coraggio in scelte sperimentali od innovative. Altro tema specifico le liste di attesa. La riforma del sistema sociosanitario lombardo, con la nuova presa in carico dei pazienti cronici, non ha ancora prodotto i risultati sperati. La distanza tra accessi pubblici (ticket) e privati (a pagamento) rimane un divario, per il sindacato, ancora insopportabile ed estremamente ingiusto. Conforta trovare condivisione sui tavoli istituzionale e riscontrare sincera volontà di intervento. Con le due ASST del nostro territorio proseguiranno infatti i confronti con questo tema in evidenza. La sperimentazione dei codici d'argento al pronto soccorso a Cremona rappresenta un'iniziativa che segue questa direzione così come l'implementazione dello spazio donna che risponde a esigenze legate alla medicina di genere, ma agisce anche positivamente sui sistemi di accesso.