

IL DOPO PANDEMIA LE PROPOSTE DEL CUPLA

Premessa

Da più di un anno la situazione politica, economica e sociale è condizionata pesantemente dalla pandemia da Coronavirus. Ogni comportamento, ogni atto, ogni progetto, ogni richiesta, ogni iniziativa, sia nell'ambito pubblico che in quello privato, debbono tener conto a monte della virulenza del Covid-19 e si debbono inquadrare in un contesto di regole che ci si è dati per limitare la diffusione del contagio. Tutto ciò, giocoforza, limita non solo le attività economiche e sociali, ma anche le libertà individuali.

Gli anziani sono quelli che sono stati maggiormente toccati dalla pandemia, non tanto per la percentuale di coloro che sono rimasti infettati dal virus, quanto perché la malattia colpisce in maniera molto più grave i soggetti più fragili, e quindi le persone più avanti con l'età. Basti pensare che oltre il 95 per cento delle persone decedute a causa del Covid era di età superiore a 60 anni (dati Istituto Superiore Sanità).

La pandemia ha messo in rilievo l'inadeguatezza del nostro sistema sanitario nel rispondere allo stress causato dall'aumento abnorme dei ricoveri ordinari e in terapia intensiva, ma ha anche evidenziato carenze macroscopiche nell'assistenza sociale e territoriale, specie in situazioni in cui persone anziane fragili durante i periodi di lockdown si sono trovate in piena solitudine e privi di ogni supporto morale e materiale.

Le conseguenze economiche e sociali per le famiglie, per le imprese e per il Paese tutto dovute alla sospensione o alla riduzione di molte attività sono enormi.

Si spera che i timidi segnali di una inversione della curva dei contagi e soprattutto una campagna massiccia di vaccinazioni possa portare a breve a riprendere una vita pressoché normale, anche se si calcola che l'Italia dovrà attendere circa due anni per tornare alla situazione ante-Covid. A questo proposito, molto dipenderà dalle politiche che saranno adottate dal Governo o dai Governi in carica, a cominciare dal Recovery Plan, che deve essere innanzitutto uno strumento per finanziare e stimolare la ripresa economica, senza dimenticare, però, che deve costituire anche l'occasione per fare importanti riforme di fondo attese da decenni e per avviare decisivi interventi nel campo sociale e sanitario che da una parte colmino i divari con altre nazioni europee e dall'altra pongano le basi affinché futuri eventi pandemici trovino il nostro Paese preparato e strutturato.

Sarebbe assurdo che il Recovery Plan, concepito per contrastare le conseguenze della pandemia, sia carente di interventi per far sì che non abbiano più a ripetersi eventi drammatici, come quelli che stiamo vivendo, che colpiscono le persone, a cominciare da quelle più fragili, ma che poi si ripercuotono a livello complessivo nell'economia del Paese e nell'organizzazione della società.

Fattori da considerare

Secondo il CUPLA qualsiasi proposta di intervento di riforma o revisione legislativa che abbia l'obiettivo di migliorare la sicurezza economica, sociale e sanitaria dei cittadini nel dopo pandemia - e per quanto ci

riguarda dei soggetti anziani - deve tener conto, oltre che dell'evento pandemia, che troneggia su tutto, di alcuni fattori che caratterizzano lo scenario attuale.

- Il fattore demografico

L'Italia è il Paese delle contraddizioni demografiche, con una delle percentuali più basse al mondo di nuovi nati e di giovani in rapporto alla popolazione totale e una delle percentuali più alte di anziani, i quali peraltro hanno il triste primato del numero più alto di anni vissuti in condizione di non autosufficienza rispetto ai loro coetanei europei. Questo può spiegare il perché del numero di morti da Covid più alto rispetto ad altri Paesi. Peraltro la durata media della vita, il cui aumento rappresenta una conquista, si è contratta nell'ultimo anno a causa della pandemia, ma sicuramente il valore si espanderà di nuovo una volta sconfitto il virus.

L'invecchiamento della popolazione può porre problemi riguardo al rapporto giovani/anziani, nonché problemi di sostenibilità dei sistemi previdenziali e sanitari, ma, se opportunamente interpretato e gestito, può rappresentare una opportunità di crescita complessiva. Si pensi ad esempio alla *Silver Economy* o Economia d'Argento, vale a dire al complesso delle attività economiche rivolte specificamente alla popolazione con 65 anni o più e che offrono servizi materiali e immateriali, beni, prodotti di consumo o investimento nonché forme di assistenza psicologica, riabilitativa e sanitaria.

- Il fenomeno della non autosufficienza

Son oltre 3,5 milioni le persone non autosufficienti in Italia che richiedono assistenza continua - la stragrande maggioranza di esse anziane -, senza contare le molte altre che hanno bisogno quotidianamente di un supporto.

La risposta data dalle Istituzioni a queste persone è del tutto insufficiente dal punto di vista monetario e dei servizi assicurati, oltre che frammentata, dispersiva e disomogenea tra Regione e Regione.

Peraltro va considerato che con il previsto invecchiamento della popolazione la quota di anziani non più in grado di badare a sé stessi è destinata a crescere e ad esercitare una pressione ancor più alta sulle strutture socio-sanitarie.

- Le strutture residenziali per anziani

Se ce ne fosse stato bisogno, la pandemia ha mostrato tutte le carenze del sistema di residenzialità in Italia, che non solo è largamente insufficiente per numero di strutture pubbliche o private convenzionate, ma presenta anche condizioni di fatiscenza e inadeguatezza assistenziale. Prova ne è l'impressionante numero di morti che si sono verificati nelle RSA e la diffusione del contagio all'interno delle strutture che ha interessato ugualmente pazienti ed operatori sanitari.

Dall'inadeguatezza del sistema residenziale pubblico – e dall'insufficienza delle risposte pubbliche alla non autosufficienza - deriva il forte coinvolgimento economico e assistenziale delle famiglie nel lavoro di cura, con il ricorso tipicamente italiano alle assistenti familiari (o badanti) quando le condizioni economiche lo consentono, oppure con il sacrificio personale, quasi sempre al femminile.

- Le carenze del Sistema sanitario

Nonostante l'aumento della popolazione anziana e della maggiore richiesta di assistenza, abbiamo assistito da molti anni a questa parte ad una riduzione in termini reali del finanziamento del nostro Sistema Sanitario Nazionale, con conseguente riduzione del numero dei posti letto e del personale sanitario addetto.

Se guardiamo, ad esempio, i letti di terapia intensiva, pur con l'ampliamento effettuato dall'inizio della pandemia (l'Italia è passata da 8.6 posti-letto per 100.000 abitanti a 14), siamo comunque ancora sempre dietro a Germania (34 posti letto di terapia intensiva per 100.000 abitanti), Austria (29), Belgio (17) e Francia (17).

Anche per quel riguarda il Personale Sanitario operante negli ospedali in Italia, nel 2016 i medici ospedalieri erano circa 130 mila (successivamente sono anche diminuiti), mentre in Germania sono 190 mila ed in Francia 172 mila. Così come è evidente la carenza di personale infermieristico, con 5.8 infermieri ogni 1000 abitanti, contro la media OCSE pari a 8.8 e con un grande distacco da Austria (6.9), Francia (10.5), Belgio (11) e Germania (12.9).

Ciò ha comportato una risposta qualitativamente e quantitativamente inferiore da parte delle strutture pubbliche, con tempi di attesa per le prestazioni spesso insostenibili ai fini della cura e soprattutto della prevenzione, e contemporaneamente si è verificato il lievitare del ricorso al privato e il conseguente spostamento della spesa a carico delle famiglie.

Di fronte all'emergenza Covid-19, il SSN ha risposto con l'esemplare abnegazione del personale sanitario (medici e infermieri) a cui va tutto il nostro grande ringraziamento, ma ha anche mostrato le carenze della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare, che hanno contribuito decisamente al sovraccarico degli ospedali e alla mancanza di tempestività nella presa in carico dei malati.

- Il disagio economico dei pensionati

Nonostante i redditi da pensione, a differenza dei redditi da lavoro dipendente o autonomo, non siano stati toccati dalla pandemia, permane una situazione di povertà o semi povertà per una parte maggioritaria di pensionati. Inoltre va posto in evidenza come l'inadeguatezza del sistema di indicizzazione delle pensioni, con i ripetuti blocchi della perequazione automatica, l'aggravio del carico fiscale, specialmente quello locale, nonché la disparità di trattamento fiscale dei redditi pensionistici rispetto a quelli da lavoro dipendente, abbiano contribuito negli ultimi anni ad una sensibile diminuzione del potere di acquisto delle pensioni, tanto per quelle basse, quanto per quelle di importo più elevato.

Nonostante ciò, i pensionati nel periodo della pandemia sono stati spesso l'unico supporto delle famiglie dei figli colpite dalle chiusure delle attività.

- Il contesto sociale e la solitudine degli anziani

I problemi di solitudine e di isolamento degli anziani nel contesto di una società in evoluzione che tende ad emarginare quanti non rivestono più un ruolo attivo e in ambienti familiari frammentati ben diversi da quelli uniti di qualche decennio di anni fa erano ben presenti anche prima del Covid-19. Tuttavia, l'impatto delle restrizioni durante la pandemia è stato devastante per gli anziani. La necessità di ridurre le interazioni sociali ha drammaticamente ridotto lo "spazio vitale" di molti anziani, con un impatto negativo non solo sullo stato di funzione fisica ma anche sul tono dell'umore e a volte anche sulla performance cognitiva, i cui costi non tarderanno ad appalesarsi nel breve-medio termine.

L'isolamento domestico ha comportato una significativa riduzione del livello di attività fisica con conseguenze negative in particolare nei soggetti affetti da osteoporosi, artrosi, sarcopenia (perdita di forza e massa muscolare), malattie neurologiche come il Parkinson, diabete mellito, malattie cardiovascolari.

Non da ultimo è importante sottolineare che i minori contatti, l'isolamento e la paura di contrarre l'infezione ha molto spesso causato il differimento di cure mediche con conseguenze importanti sul piano della salute.

- L'accelerazione sulla digitalizzazione

Una delle conseguenze della pandemia da Coronavirus è quella di aver accelerato la transizione verso l'adozione di tecnologie digitali. Il confinamento a casa, il divieto di contatti personali, la chiusura di uffici pubblici aperti al pubblico, la chiusura di molti negozi per le vendite con presenza, la nuova organizzazione dell'accesso a banche, uffici postali, luoghi di lavoro, nonché la fruizione di servizi sanitari e dello stesso medico di famiglia attraverso prenotazioni, hanno costretto molte persone ad usare gli strumenti informatici per non restare tagliati fuori o isolati.

Molti anziani hanno iniziato a prendere confidenza con il web per fare acquisti, nei rapporti col medico di fiducia e col SSN, per interloquire con la pubblica amministrazione, per rimanere in contatto vivo con figli e nipoti, ma per una parte di essi le tecnologie digitali rappresentano ancora un tabù e quindi debbono essere aiutati.

Le proposte del CUPLA

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano è il documento programmatico post Covid del Governo da cui dovrebbe derivare un finanziamento da parte dell'Unione Europea di un ammontare complessivo pari a 209 Miliardi di euro per progetti da sviluppare nell'arco del 2021, 2022 e 2023 e costituisce quindi l'occasione unica per ammodernare il Paese e recuperare alcuni gap rispetto ad altri Paesi europei.

Mentre il Governo si accinge a presentare il Piano alla Commissione Europea, il CUPLA auspica che il documento definitivo sia comprensivo delle istanze da tempo avanzate dai pensionati e dagli anziani. Il CUPLA ritiene in ogni caso che ci sia lo spazio nella gestione pluriennale dei progetti per intervenire su alcune questioni di grande spessore che interessano direttamente gli anziani, anche sulla base delle esperienze fatte con la pandemia, e che sono compatibili con i contenuti del Piano.

Il CUPLA avanza le proposte che seguono, le quali non esauriscono l'ambito delle rivendicazioni del nostro mondo degli anziani, ma costituiscono le priorità in questo particolare e difficile momento sociale, sanitario ed economico del nostro Paese ed in generale nella storia dell'umanità. Esse sono riassumibili in tre grandi filoni:

➤ **Salute, assistenza, disabilità**

L'emergenza sanitaria ha messo a nudo le carenze del nostro sistema pubblico di tutela della salute e della dignità delle persone anziane: dalle infrastrutture sociali al sistema territoriale di prevenzione e cura, dal coordinamento degli interventi socio-sanitari alla precarietà del sistema di residenzialità e di lungodegenza, dalla scarsità di personale sanitario alla inadeguatezza dell'assistenza alle persone non autosufficienti, dalla insufficienza delle risorse dedicate al Fondo sanitario nazionale a alla scarsità di quelle dedicate alle politiche sociali sul territorio. D'altra parte alcuni dati sulla spesa complessiva del nostro Paese per il Servizio Sanitario Nazionale sono assai eloquenti: l'Italia è al quindicesimo posto in ambito europeo per percentuale di PIL dedicato alla spesa sanitaria (media europea 9,9% contro 8,8 % per l'Italia), ma, se togliamo la quota parte a carico dei pazienti, in realtà la spesa pubblica per la sanità risulta essere del 6% circa nel nostro Paese, contro il 12,4 % della Svizzera, l'11,3 % di Francia e Germania, l'11% della Svezia, il 10,3% del Belgio, etc.

Abbiamo sperimentato sul campo non solo quanto nel settore socio-sanitario il nostro Paese viaggi con velocità e modalità diverse a seconda dei territori, ma anche quale confusione e inconvenienti generi un contrasto tra governi regionali e governo nazionale.

Ciò può essere frutto di approcci diversi da parte delle singole Amministrazioni regionali, ma certamente deriva a monte da interventi normativi nazionali da rivedere o da perfezionare e – su tutto – da un assetto costituzionale ambiguo nella distribuzione delle competenze nella materia.

La sanità deve essere uno dei cardini sui quali deve far affidamento la ripresa economica, nella consapevolezza che, specie se nel futuro gli eventi pandemici – come sembra -saranno ricorrenti, un Sistema sanitario inadeguato non preserva le attività economiche e i settori produttivi da possibili interruzioni o difficoltà di gestione dell'emergenza e le attività di relazione da fenomeni di mancanza di coesione sociale.

Nel campo socio-sanitario è necessario:

- Riconfermare e perseguire nei fatti il carattere nazionale ed universalistico del Servizio Sanitario Nazionale, sostenendolo con una adeguata dote di risorse;
- Potenziare gli ospedali pubblici attraverso massicce assunzioni di personale medico, infermieristico e tecnico e tramite la dotazione strutturale di un numero adeguato di posti letto ordinari e in terapia intensiva, con misure che rafforzino il sistema anche nella capacità funzionale di rispondere alle emergenze e colmando le differenze esistenti fra Italia e altri Paesi;
- Negli ospedali separare nettamente i reparti di cura e assistenza per pazienti Covid da quelli per pazienti non Covid;
- Predisporre il sistema socio-sanitario per la prevenzione e la tutela della salute di tutti i pazienti di tutte le patologie, senza sacrificare le strutture non Covid, tipo quelle di oncologia medica, di cardiologia, di ematologia, medicina interna-geriatria che debbono rimanere pienamente operative sia a livello ospedaliero che a livello ambulatoriale;
- Predisporre un piano per ridurre le sperequazioni territoriali, sia nel campo sanitario che in quello socio-assistenziale;
- Individuare i Livelli Essenziali delle prestazioni per assicurare in modo uniforme in tutto il Paese il diritto alle salute e all'assistenza sociale, superando le incongruenze e la frammentazione esistenti e perseguendo la piena integrazione tra gli interventi dei Livelli sociali con quelli dei LEA sanitari;
- Spostare il baricentro dall'ospedale alla medicina territoriale, anche attraverso la istituzione di strutture ad hoc, atte a svolgere funzioni attualmente svolte dagli ospedali, in collaborazione strutturata con i medici di medicina generale;
- Strutturare o consolidare Servizi adeguati (Ambulatori della fragilità e della cronicità) volti ad intercettare attraverso figure/team professionali preparati (infermieri/geriatri di comunità) la condizione di fragilità fisica e cognitiva prima che questa si traduca nella condizione più onerosa (sia in termini sia economici che di qualità di vita) di non autosufficienza;
- Potenziare e riqualificare l'Assistenza Domiciliare assicurando la continuità tra acuzie e lungodegenza;
- Assicurare il diritto a tutti gli anziani di poter fruire di strutture residenziali sane e con standard qualitativi alti e che comunque rispettino la dignità delle persone, facendo dimenticare quanto tristemente si è verificato nelle RSA in quest'ultimo anno.

Un particolare discorso va fatto per il grande **problema della non autosufficienza in Italia**, vista la particolare caratteristica di avere una percentuale molto alta di anziani con uno stato di salute - rispetto ad altri Paesi - più precario nell'età più avanzata.

Malgrado i continui allarmi demografici, tuttavia l'Italia è ancora largamente impreparata ad affrontare la sfida della non autosufficienza, avendo un sistema di interventi monetari e prestazionali dispersivo, frammentato,

disomogeneo, largamente insufficiente a coprire le necessità dei disabili e delle loro famiglie, per cui è necessario un riordino complessivo attraverso un provvedimento legislativo nazionale.

Basta guardare ad alcuni dati per rendersi conto di quanto il nostro Paese sia in ritardo rispetto ad altri Paesi europei in fatto di assistenza ai non autosufficienti:

- L'Italia non ha mai fatto una riforma dedicata alla non autosufficienza, mentre l'Austria l'ha fatta nel 1993, la Germania nel 1995, la Francia nel 2002, la Spagna nel 2006.
- I posti letto nelle strutture residenziali ogni 100 persone over 65 sono l'1,9% in Italia, mentre in Germania sono il 5,4%, in Francia il 5%, in Austria il 4,6%, in Spagna il 4,4%. Solo la Grecia sta ai nostri livelli (1,8%).
- Solo il 6,5% degli anziani usufruisce in Italia dei servizi domiciliari, livello assai distante dalle necessità e dalle buone pratiche europee, peraltro con una media di 18 ore annue, assolutamente non adeguate allo scopo.

E' quindi necessario ed urgente rivedere e coordinare l'intera materia che riguarda la non autosufficienza e questo **non può non trovare spazio nel Recovery Plan**. Il CUPLA auspica che il Governo predisponga un provvedimento legislativo nazionale di razionalizzazione che si muova secondo queste direttive principali:

- Finanziare il necessario ampliamento dei servizi pubblici (domiciliari, semi-residenziali e residenziali) attraverso un'incisiva azione a sostegno di Regioni e Comuni;
- Adottare un approccio multidimensionale integrato, che realizzi sinergie fra servizi sanitari e sociali, professionalità diverse, attori pubblici e privati, profit e non profit, mettendo a sistema tutte le risorse disponibili, in termini sia di finanziamento sia di organizzazione dell'erogazione delle prestazioni;
- Definire alcune nuove regole rispetto agli obiettivi e alle modalità di funzionamento del sistema, per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle risposte, eventualmente graduando i servizi e gli interventi a seconda del grado di non autosufficienza;
- Razionalizzare le erogazioni monetarie (come l'indennità di accompagnamento), attraverso una graduazione degli importi a seconda del reddito ISEE;
- Privilegiare quanto più possibile i servizi socio-sanitari rispetto alle erogazioni monetarie e, a questo scopo, emanare delle direttive per estendere e qualificare la rete dei servizi residenziali e del sostegno domiciliare alle persone bisognose, garantendo ad ogni anziano uno spazio di vita personale tale da consentire dignità e privacy;
- Favorire le relazioni con i familiari, conciliando sicurezza e libertà di movimento;
- Dedicare particolare attenzione alle LTC (Long Terme Cares – Cure a Lungo Termine);
- Alleggerire le famiglie, e soprattutto le donne, dal lavoro di assistenza ai non autosufficienti, con ricadute positive sulla parità di genere e con la creazione di nuovi posti di lavoro;
- Legiferare in materia di riconoscimento e tutela della figura del caregiver familiare e stanziare risorse economiche a favore della famiglia, riconoscendola come il luogo migliore per garantire, soprattutto ai soggetti più fragili, assistenza, cure domiciliari, benessere psico-fisico, con il risultato di alleggerire la pressione sulle strutture socio-sanitarie;
- Immettere nel sistema un ulteriore elemento che possa, fin da adesso, creare una più stabile prospettiva di finanziamento degli interventi pubblici verso i disabili, per esempio costituendo un'assicurazione obbligatoria contro il rischio di non autosufficienza.

➤ **Invecchiamento attivo e inclusione**

Il fenomeno demografico dell'invecchiamento della popolazione e al tempo stesso la trasformazione della convivenza sociale, nonché degli ambiti familiari e lavorativi, da tempo sollecitano la necessità di individuare percorsi per dare risposte concrete non solo ai problemi che ciò comporta per la comunità, per la sostenibilità del welfare, per l'attività produttiva, per la conciliazione di interessi tra diversi strati sociali e le diverse fasce di età, ma anche alla nuova domanda che avanza di integrazione e partecipazione da parte degli anziani.

Si è sviluppato così il concetto di **Invecchiamento Attivo**, che vuole sintetizzare l'insieme delle politiche e dei servizi per promuovere e supportare ambiti sociali e di lavoro in cui ciascun individuo possa perseguire i propri interessi e le proprie aspirazioni, in uno o diversi ambiti della sfera sociale e personale, in maniera attiva ed inclusiva, traendone benefici di salute fisica e psichica e, in definitiva, la percezione di una buona qualità della vita. Il CUPLA saluta positivamente che le più importanti Istituzioni a livello internazionale (ONU, C.E.) e lo stesso Governo Italiano abbiano posto tale problematica al centro della loro attività.

Puntare sulla valorizzazione della persona anziana come risorsa per la società nel suo insieme favorisce la sostenibilità del sistema di welfare in termini di riduzione della spesa pubblica per gli interventi di assistenza e cura socio-sanitaria, riduce il peso sul sistema previdenziale, può dare un apporto importante all'economia con le attività che decide di intraprendere, anche come volontariato, nonché agisce come elemento propulsore per la coesione sociale.

La sfida è proprio considerare il concetto di invecchiamento attivo come qualcosa che non riguarda solo l'età anziana, ma l'intero arco della vita, non solo perché la durata più lunga dell'esistenza, e soprattutto la vecchiaia in buona salute, si costruisce fin dall'infanzia, ma anche perché gli input e l'educazione per un miglior rapporto e un'integrazione tra giovani e anziani va costruito e monitorato costantemente ai fini della coesione sociale.

Ad avviso del CUPLA è necessario:

- Assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società a livello nazionale e regionale attraverso normative adeguate e specifiche e un nuovo sistema di welfare;
- Promuovere politiche di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze che garantiscano l'accesso ai percorsi di invecchiamento attivo anche per gli anziani in condizioni di fragilità, sia socio-economica che dal punto di vista della salute;
- Per la tutela della salute della popolazione, compresa la salute mentale, investire in campagne di comunicazione rivolte a tutte le fasce d'età, dai bambini nelle scuole alle persone anziane, con interventi che mirino al coinvolgimento delle persone anziane in attività fisiche e sociali e alla promozione di stili di vita sani (dieta equilibrata, ecc.).
- Promuovere l'apprendimento permanente e favorire lo scambio intergenerazionale di conoscenze reciproco tra giovani ed anziani, mettendo a frutto le conoscenze e le professionalità, anche imprenditoriali, degli anziani ex lavoratori autonomi (artigiani, agricoltori, commercianti), azioni di formazione da indirizzare anche verso giovani migranti e rifugiati al fine di favorirne l'inclusione sociale;
- Favorire lo sviluppo delle competenze digitali tra le persone anziane. A tal fine la formazione e l'apprendimento continuo devono includere anche le competenze digitali, facilitando così anche

l'accesso ai servizi che riguardano la salute e l'assistenza, nonché l'inclusione sociale degli anziani e dei disabili al fine di ridurre l'isolamento;

- Favorire, anche attraverso forme di divulgazione di buone pratiche, lo sviluppo e la partecipazione a programmi di volontariato per tutti i gruppi di età, incoraggiando gli anziani ad utilizzare a questo scopo le piattaforme digitali;
- Prevedere campagne di stampa e pubblicitarie, anche attraverso le TV, volte a far comprendere a tutti i cittadini, ed in particolare ai giovani, l'importanza del rapporto intergenerazionale e interpersonale ai fini della coesione sociale, diffondendo anche una comunicazione per la riaffermazione di alcuni valori che debbono essere alla base della coesistenza civile e familiare;
- Prevedere un sistema normativo stringente di garanzia affinché alle persone anziane venga assicurato il sostegno di cui hanno bisogno per condurre una vita dignitosa, sia nelle proprie case che nelle case di cura, scongiurando e prevenendo ogni forma di abuso su di essi, di natura fisica come di natura psicologica o economica;
- Rivedere completamente il sistema della residenzialità, ampliando l'offerta pubblica e qualificando e mettendo in sicurezza gli alloggi, le residenze assistite, le comunità alloggio e altre forme di residenzialità che si adattino alle diverse esigenze di questo gruppo della popolazione, con particolare riguardo alle aree rurali che scontano la lontananza dai centri urbani e dalle reti sanitarie e assistenziali, senza dimenticare lo spopolamento e quindi l'invecchiamento progressivo dei soggetti residenti. In tali territori si potrebbe prevedere la riconversione di strutture pubbliche o anche agrituristiche, che hanno esaurito la loro funzione ricettiva originaria, in residenze socio-sanitarie.
- Prevenire, anche in collaborazione con le forze dell'ordine, le truffe e i raggiri ai danni degli anziani;
- Incentivare e favorire una assistenza specializzata e professionale da parte delle badanti;
- Promuovere iniziative che facilitino lo spostamento e la mobilità da parte degli anziani per poter accedere a tutti i servizi attivi all'interno della comunità, ivi compresi quelli per la salute e per l'istruzione;
- Promuovere l'adeguamento degli standard edilizi e urbanistici, nonché la riorganizzazione degli spazi abitativi, in un'ottica di invecchiamento attivo.

➤ **Questione reddituale**

Dai dati dell'Osservatorio sulle pensioni dell'INPS risulta che nel 2020 sono state 10.608.976 (il 59,6% del totale) le pensioni con un importo inferiore a 750 euro erogate dall'Istituto. Questa percentuale (per le donne il 72,6%), che già di per sé è significativa della collocazione di una grandissima parte dei pensionati sotto la soglia della povertà, costituisce la media di tutte le Gestioni dell'INPS, ma se si prendono solo le Gestioni degli ex lavoratori autonomi, la quota di coloro che stanno al di sotto dei 750 euro mensili è ben più elevata. Esiste, quindi, ed è ben radicato, un problema di povertà dei pensionati, ed in modo particolare degli ex autonomi, anche a causa della riduzione del potere di acquisto dei trattamenti.

In un recente studio commissionato dal CUPLA al CER (Centro Europa Ricerche) viene evidenziato che negli ultimi dieci anni il potere di acquisto delle pensioni si è ridotto in maniera assai cospicua. Cumulando le perdite registrate dal 2009 al 2019 si arriva ad una perdita pari a circa 3.400 euro per una pensione di 1.000 euro lorde al mese e a circa 26 mila euro nel caso di un reddito di 4.000 euro lorde il mese.

Le pensioni si sono impoverite a causa dell'effetto combinato di due fattori. Il primo fattore è rappresentato dal meccanismo di adeguamento automatico del valore delle pensioni alle variazioni dei prezzi, che è il responsabile principale della perdita di potere di acquisto delle pensioni superiori a 1.500 euro lordi mensili. L'aumentato prelievo fiscale sui redditi pensionistici è invece il responsabile principale dell'impoverimento delle pensioni inferiori a 1.500 euro lorde mensili. E il peso percentuale della perdita dovuta a questo secondo fattore è maggiore sulle pensioni più modeste che su quelle più ricche, perché è stato causato dall'espansione delle addizionali locali.

L'introduzione del bonus Irpef solo per i lavoratori dipendenti ha, inoltre, accentuato la disparità di prelievo tra questi e i pensionati.

Il CUPLA avanza le seguenti proposte:

- Sostenere i redditi dei pensionati, con particolare riguardo alle fasce economicamente più deboli;
- Adeguare, seppur gradualmente, i trattamenti minimi di pensione al 40 per cento del reddito medio nazionale;
- Riformare il meccanismo di rivalutazione annuale calcolata dall'ISTAT adottando l'indice dei prezzi al consumo armonizzato per i paesi dell'Unione europea (IPCA), decisamente più adatto del FOI per misurare le variazioni del costo della vita per gli anziani, includendo i generi per loro di prima necessità, le spese farmaceutiche, le prestazioni specialistiche non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, le spese per le assistenti familiari;
- Ripristinare la doppia indicizzazione delle pensioni, non solo in base alle variazioni dei prezzi, ma anche in base alla variazione della massa delle retribuzioni lorde di contabilità nazionale (aggancio alla dinamica salariale).
- Colmare lo svantaggio in fatto di tassazione ai danni dei pensionati o allineando le detrazioni da lavoro dipendente e da pensione, oppure introducendo un nuovo bonus Irpef pensionati, che coinvolga, ad esempio tutti coloro che percepiscono pensioni basse, escluse quelle assistenziali.

Sui temi sopra enunciati il CUPLA propone al Governo di istituire un TAVOLO DI LAVORO PERMANENTE (Piano Anziani Nazionale - PAN) composto da Ministeri coinvolti, dal CUPLA, dalle altre Organizzazioni dei pensionati, dal Volontariato, dal Terzo Settore e dall'ANCI, nel quale si possa avviare un confronto costante utile a definire le azioni da realizzare nel futuro tese a risolvere le attuali criticità.

Roma, 5 maggio 2021