

Welfare

aprile | giugno
2021
NUMERO 2

OGGI

NUOVO
PROGETTO
EDITORIALE

PER I PROFESSIONISTI DEL SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

Il posto del Welfare nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Rita Cutini
Diretrice Welfare Oggi

SPECIALE: PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) DOCUMENTAZIONE

Missione 5: Coesione e inclusione

Missione 6: Salute

**PREMIO WELFARE OGGI:
IL BANDO 2021**

**MAGGIOLI
EDITORE**

Fascicolo a uso esclusivo di: - ritacutini@gmail.com - ritacutini@gmail.com

SOMMARIO

EDITORIALE

- 3** Il posto del Welfare nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
Rita Cutini



SPECIALE: PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

- 5** Le politiche sociali nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
Valentina Gnoatto

Documentazione

- 11** Missione 5: Coesione e inclusione
20 Missione 6: Salute

I TEMI DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

- 25** Soluzioni abitative sostenibili per la popolazione anziana: dall'adeguamento degli alloggi al *cohousing*
Assunta D'Innocenzo
- 33** Il Welfare degli altri. I servizi per anziani in Danimarca
Fabrizio Giunco
- 41** Il welfare di prossimità per il contrasto della povertà educativa: l'esperienza lucana
Rocco Di Santo

IL PREMIO WELFARE OGGI: ILLUSTRAZIONE E BANDO – EDIZIONE 2021

- 47** #PREMIOWELFAREOGGI: IL BANDO 2021

Soluzioni abitative sostenibili per la popolazione anziana: dall'adeguamento degli alloggi al *cohousing*^[1]

Assunta D'Innocenzo

Architetto, consulente di enti pubblici e privati per programmi sperimentali per la terza età. Dal 1998 al 2015 Direttore dell'Associazione Abitare e Anziani e della rivista AeA Informa. Membro del Consiglio Direttivo e socio fondatore dell'Associazione Italiana per l'Ambient Assisted Living, AitAAL.

Non a caso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza pone l'accento sul tema della "riqualificazione e aumento dell'housing sociale", e prevede per questo importanti investimenti. L'abitare è certamente un tema trasversale ma riveste per la popolazione anziana particolare importanza. L'articolo offre uno scenario delle problematiche abitative dell'invecchiamento, ponendo la casa e il suo contesto al centro di una nuova visione strategica sulla quale dimensionare l'insieme delle azioni di supporto all'età più fragile, dalla prevenzione alla cura. Un consistente programma di adeguamento degli alloggi esistenti, la ricomposizione nell'ambito domestico di quel "continuum assistenziale" necessario a contrastare le criticità della vecchiaia, anche attraverso il ricorso alle tecnologie innovative di telemedicina, telecontrollo e teleassistenza, e il superamento della residenzialità "istituzionalizzata" attraverso la sperimentazione di nuove tipologie di abitare collaborativo e cohousing costituiscono le tre coordinate essenziali per costruire un Piano Nazionale Anziani, di ampio respiro, nel quale le componenti abitativa, sociale e sanitaria possano trovare una linea comune di intervento, riunificando strategie, risorse finanziarie, governance.

L'epidemia del Covid-19 ha segnato un profondo spartiacque nelle aspettative delle famiglie e in quelle di molti anziani, costretti a confinamenti, separazioni forzate, isolamento sociale. In casa, come in tante strutture residenziali di accoglienza, il sistema di protezione è venuto meno, mettendo in luce l'inadeguatezza dell'offerta abitativa dedicata agli anziani. Secondo l'OMS, garantire a chi invecchia l'opportunità di vivere una vita lunga e sana comporta la realizzazione di alcuni obiettivi specifici, tra cui: sviluppare ambienti di vita adatti ad ogni età, allineare i sistemi sanitari alle crescenti esigenze delle popolazioni

più anziane, promuovere sistemi equi e sostenibili per l'assistenza a lungo termine (OMS, 2016).

La prospettiva di allontanare il più possibile il ricorso al "ricovero" in "istituto" rappresenta pertanto, anche nel nostro Paese, un obiettivo non solo diffuso ma anche in linea con le indicazioni europee e mondiali, cui va dato il necessario supporto normativo, finanziario, operativo. Per raggiungere questo traguardo, occorre, in primo luogo, confrontarsi con il proprio ambiente di vita, e farlo per tempo, molto prima di avvicinarsi alla fase più critica della propria esistenza. Intorno ai 55-60 anni, è il momento giusto per porsi alcune domande sul proprio futuro, ponendo le basi per un invecchiamento maggiormente consapevole.

Sempre più si consolida la volontà di contrastare il più a lungo possibile la fase della non autosufficienza, attraverso una costante attività di prevenzione

[1] L'articolo è una sintesi del capitolo del volume: CARLA COSTANZI e ANTONIO GUAITA (a cura di), *RSA, oltre la pandemia. Ripensare la residenzialità collettiva e promuovere contesti abitativi accoglienti e sicuri*, in pubblicazione dalla casa editrice Maggioli.



delle potenziali malattie della vecchiaia, con la consapevolezza di dover accompagnare l'età più avanzata con stili di vita e comportamenti individuali, alimentari e di salute sempre più virtuosi. Atteggiamenti che ben si coniugano con il desiderio della maggior parte degli over 65enni di restare il più a lungo possibile a casa propria, o in “contesti di accoglienza” non istituzionalizzati, sicuri di poter conservare la propria privacy, ma contemporaneamente di poter contare su un sistema di assistenza capace di intervenire al momento del bisogno e assicurare modalità adeguate di cura sociale, sanitaria, riabilitativa.

Oggi, tuttavia, spesso ci si accosta al problema molto impreparati e solo al momento del bisogno, per l'insorgere improvviso di un evento traumatico, fisico, come una caduta o una malattia invalidante, o sociale, come la perdita del partner o della rete di sostegno familiare e/o amicale. È anche vero che, a tutt'oggi, manca nel panorama istituzionale e sociale un appropriato servizio di orientamento che accompagni verso scelte abitative e di cura in grado di anticipare e contrastare per tempo le difficoltà della vecchiaia.

La maggior parte degli over 65 vive oggi a casa propria, mentre solo un'esigua minoranza, stimata intorno al 2-3%, vive in altri “contesti di accoglienza”, strutture residenziali a diversa intensità di cura, a carattere socio-assistenziale o socio-sanitario.

Chi vive a casa propria lo fa in abitazioni autonome

prevalentemente in proprietà. Questa condizione riguarda l'88,4% delle famiglie con almeno un anziano, e sale al 91,9% per le famiglie con almeno due anziani. Ricorrono invece all'affitto l'11,6% della prima tipologia familiare e l'8,1% della seconda (Istat, 2019)[2]. Gli anziani che abitano in proprietà vivono prevalentemente in centri di piccola e media dimensione (nel 2011 pari a circa il 67%, AeA-Istat, 2015). Il patrimonio in affitto risulta invece localizzato prevalentemente nelle aree metropolitane, ed interessa una larga quota di alloggi pubblici.

Invecchiare nella città metropolitana, in un comune intermedio, in un piccolo centro o in una frazione, o, ancora, in un luogo isolato, in campagna o in montagna fa la differenza.

Il sistema di welfare locale in Italia è infatti notevolmente squilibrato dalla grande alla piccola città, come pure a livello territoriale. Non è la stessa cosa, ad esempio, abitare al centro-nord o al sud del Paese: i cittadini del sud ricevono circa un terzo delle risorse per servizi sociali erogate nel nord d'Italia. Analogamente i comuni capoluogo investono mediamente una spesa *pro capite* molto più alta dei centri non capoluogo: nel 2017, 174 euro/anno contro i 96 euro/anno dei centri minori (Istat, 2020)[3]. Le grandi dif-

[2] Istat (2020), *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*; Istat (2019), *Tabella statistiche su invecchiamento della popolazione e condizioni abitative*.

[3] Istat (2020), *La spesa dei comuni per i servizi sociali*.

ferenze dell'offerta di cura tra una regione e l'altra, accentuate con il trasferimento delle competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni, hanno ritardato una crescita omogenea dell'offerta, rendendo necessari interminabili e costosi trasferimenti da una parte all'altra del Paese, soprattutto dal sud al centro-nord, alla ricerca della cura più appropriata.

Molte delle abitazioni degli anziani risultano inadeguate ad accompagnare i processi di invecchiamento, sia per ragioni di scarsa accessibilità, perché spesso hanno scale e sono prive di ascensore (lo è oltre il 36% delle abitazioni collocate nei piani superiori al secondo, in edifici pluripiano dei Comuni capoluogo), sia per ragioni di sicurezza e confort, perché sono in condizione di basso livello prestazionale, hanno impianti non a norma e presentano spesso obsolescenza delle strutture edilizie, gravi problemi manutentivi, alti consumi energetici. Molto carente è anche il livello tecnologico delle case degli anziani: sono infatti veramente esigue le abitazioni dotate di tecnologie *domotiche*, per il controllo ambientale delle situazioni di rischio e la gestione facilitata della casa, o delle tecnologie di AAL, *Ambient As-*

sisted Living, per il supporto alla cura della persona e il monitoraggio da remoto della salute. Tecnologie che potevano rivelarsi decisive nella gestione a distanza della pandemia da Covid-19, limitando i pesanti inconvenienti derivanti da solitudine e confinamenti forzati.

L'evento pandemico, con le sue conseguenze sul confinamento domiciliare, ha obbligato tutti, anziani e non, forse per la prima volta in modo così diffuso, a ragionare sulla qualità e idoneità degli spazi abitativi in cui si vive. Solitudine, lontananza da parenti e amici, difficoltà di accesso ai servizi di prossimità, assenza di spazi esterni, scarsa familiarità con le reti digitali hanno appesantito notevolmente la vita quotidiana, generando condizioni di paura, depressione, conflittualità, diffidenza verso i propri vicini, difficoltà ad affrontare la vita quotidiana.

Durante la pandemia la casa è stata investita da importanti richieste, in alcuni casi modifiche.

Alle funzioni primarie legate alla vita quotidiana, il confinamento ha imposto di affiancare una nuova gamma di attività, normalmente svolte in altri luoghi (palestre,



parchi, circoli, uffici, scuole, musei, biblioteche, ecc.): lavoro, studio, ginnastica, gioco, e-commerce, cultura, video-incontri, lavori manuali, giardinaggio, ecc. Altre attività, inedite, come liberarsi dei vestiti “contaminati” e sanificare gli oggetti, depositare le scarpe rientrando a casa, ricevere la spesa o eseguire un tampone a domicilio, hanno dovuto adattarsi all’esistente, arrangiandosi sui pianerottoli, per le scale, nell’androne, accanto alla porta di casa; tuttavia, nella maggior parte dei casi, le abitazioni non sono state in grado di rispondere all’intensità d’uso che veniva loro richiesto. Quello che emerge è che, da un lato, gli spazi domestici si presentano spesso troppo rigidi, impreparati ad accogliere modifiche impreviste negli stili di vita ordinari, dall’altro, mancano, negli edifici residenziali, i cosiddetti spazi “intermedi”, quei luoghi dell’edificio in cui trasferire l’insieme di attività che nel corso del tempo sono state estromesse dalla casa, ma non hanno poi trovato posto in spazi di prossimità.

Favorire l’invecchiamento nel proprio domicilio significa pertanto mettere in cantiere un ampio e serio *piano di adeguamento* degli alloggi esistenti, supportato da risorse specifiche e a carattere strutturale e fondato su criteri progettuali e tecnici definiti in Linee Guida condivise a livello nazionale, al pari di quanto avvenuto negli anni 2000 con la redazione del “Disciplinare Tecnico per l’edilizia per gli anziani” promosso dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti (Storto, 2018)[4]. *Adeguare* la propria abitazione significa renderla accessibile, facilmente gestibile e sicura, con interventi edilizi, tecnologici e di arredo in grado di supportare i più comuni deficit psico-fisici e sensoriali della vecchiaia, conformemente agli indirizzi tecnici e progettuali su “accessibilità, visitabilità e adattabilità” della normativa in vigore già dal 1989 (legge 13/1989)[5], valida sia per gli interventi abitativi di nuova costruzione che per quelli di ristrutturazione degli edifici residenziali esistenti, pubblici e

privati. Per chi si avvia verso la vecchiaia, significa anche poter introdurre alcune modifiche distributive utili anche in futuro: è il caso, ad esempio, della creazione di un *ambito autonomo* per ospitare, nell’immediato, parenti o amici in visita, da utilizzare poi, un domani, per eventuali coabitanti con i quali condividere una parte della vita, scambiandosi reciproco aiuto, o per assistenti familiari retribuiti, da coinvolgere quando se ne avrà necessità. Se non intervengono eventi gravissimi, infatti, un’abitazione ben concepita e attrezzata, dotata di sistemi tecnologici studiati per le proprie capacità residue, accompagnata dalla necessaria assistenza sanitaria a domicilio e da un sistema di servizi di sostegno che consentano di continuare a mantenere il proprio stile di vita, può essere vissuta fino alla fine dei propri giorni, senza traumi e trasferimenti impropri. È quanto ci insegna, ad esempio, **l’esperienza di Lucia L.**, una giovane donna affetta da tetraplegia in seguito a patologia neuromuscolare, che a un certo punto della sua vita decide di tentare il distacco dalla famiglia di origine e vivere in una casa tutta per sé. Grazie al sostegno dell’Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare di Bologna e al contributo della Fondazione del Monte, nonché alle idee e all’esperienza di un’équipe multidisciplinare coordinata dalla terapeuta Lucia Sciuto, l’abitazione resa disponibile da una cooperativa di abitazione viene investita da modifiche interne e installazioni di ausili e sistemi tecnologici dedicati, studiati appositamente per le sue abilità residue, rendendo finalmente possibile esaudire il suo sogno di una vita indipendente[6]. Il costo dell’intervento di adeguamento della sua casa conferma la validità della scelta di Lucia L. e il risparmio per la collettività: la spesa sostenuta una sola volta per sempre vale quanto il costo di un anno in una residenza protetta. Per elaborare progetti di adeguamento attenti anche alle problematiche dell’invecchiamento e della disabilità, con l’obiettivo di restare il più a lungo possibile a casa propria, è possibile fare ricorso ai CAAD, Centri per l’Adattamento dell’Ambiente Domestico, presenti oramai in molte regioni del Paese, e operativi anche a livello provinciale o interprovinciale[7]. Nel CAAD

[4] G. STORTO (2018), *La casa abbandonata*, Officina, 2018.

[5] Legge 13/1989, d.m. 236/1989, d.P.R. 503/1996 e successive modifiche e integrazioni: un complesso normativo molto avanzato, che tuttavia non ha conosciuto una larga adesione negli interventi di recupero edilizio, limitandosi spesso la maggior parte dei tecnici ad aggiungere, alle tavole progettuali, un elaborato di generica “conformità” ai requisiti di accessibilità o visitabilità, senza una visione complessiva del livello di funzionalità e dotazioni necessarie per sostenere l’invecchiamento.

[6] L’intervento è raccontato in un video dalla stessa Lucia L., <https://vimeo.com/109602016>.

[7] Un elenco dettagliato dei centri regionali di supporto all’adattamento do-



opera generalmente un'équipe multidisciplinare, che abbraccia professionalità in campo sanitario-riabilitativo e tecnico-tecnologico, a volte anche formativo e psicoterapeutico, e svolge la propria consulenza su richiesta dell'interessato, o, più spesso, di professionisti o dei servizi socio-assistenziali di riferimento. Un modello d'eccellenza di tale servizio è offerto dal **Centro Regionale Ausili di Corte Roncati**, a Bologna, che coordina dal 2004 l'attività dei CAAD provinciali della Regione Emilia-Romagna[8].

Se tuttavia la propria casa e il suo contesto non risultano adattabili alle modifiche richieste, o se, per ragioni economiche o per motivi diversi, si preferisce non intraprendere la strada di interventi edilizi pesanti, le scelte possono essere diverse.

È allora possibile optare per una delle soluzioni abitative innovative, a diversa intensità di supporto e assistenza, che consentono di rispondere più adeguatamente alle proprie esigenze di invecchiamento. Solu-

zioni sempre più diffuse in Europa e all'estero, ma nel nostro Paese ancora oggi limitate ad una sfera sperimentale, grazie all'iniziativa diretta di utenti, associazioni, cooperative di abitanti e sociali, organismi del Terzo settore, Fondazioni, a volte anche di enti locali illuminati, per le quali ci si attende un maggiore impegno istituzionale, finanziario, normativo. È il caso, ad esempio, del "Centro Sociale" di Lastra a Signa, una soluzione alternativa alla tradizionale "Casa di Riposo", nata alla fine degli anni '70 grazie ad un'intuizione di Francesco Maria Antonini, "maestro di geriatria e gerontologia, un pioniere, visionario e profetico". Da oltre 40 anni il Centro Sociale di Lastra a Signa, che accoglie 70 anziani in 61 minialloggi autonomi, 21 per due persone e 40 per single, svolge le funzioni di un *senior cohousing* "pubblico" *ante litteram* che ancora oggi stupisce per la sua "semplicità" e validità terapeutica, economica, sociale (Biotti, Maciocco, 2014)[9].

L'attuale panorama di esperienze, che spaziano dal-

mestico è disponibile sul sito: http://www.retecaad.it/altri_centri/195.
[8] www.ausilioteca.org.

[9] Per approfondimenti, cfr. L. BIOTTI, G. MACIOCCO (2015), *Il Centro Sociale di Lastra a Signa. La sfida continua*.



la *casa famiglia* al *cohousing*, si presenta ancora molto frammentato, insufficiente, e prevalentemente concentrato nel centro-nord del Paese[10]. Tra le diverse soluzioni già realizzate, rivolte esclusivamente ad anziani, ricordiamo **L'Oasi San Gerardo, a Monza**, un prestigioso edificio medioevale nel centro della città di Monza, originariamente abitazione del Santo, successivamente destinato ad ospedale e a Casa di Riposo, che la Cooperativa sociale La Meridiana ha riconvertito in 29 alloggi autonomi per anziani, monolocali, bilocali e trilocali, attrezzati solo con l'angolo cottura, dotati di sistemi di domotica e teleassistenza e assegnati in locazione ad anziani bisognosi di assistenza. Nel canone d'affitto (da 600 euro/mese per monolocale piccolo a 1.350 euro/mese per trilocale grande) sono compresi il servizio di portineria e la reperibilità di un operatore professionale H24; altri servizi, come piccole manutenzioni, aiuti domestici, consegna a domicilio, mediazione di rete, servizi sanitari e di assistenza alla persona, sono disponibili *on demand* (Mauri, 2015)[11].

Una significativa esperienza in contesto intergenerazionale è offerta da **Synergy, a Cardano al Campo**, e

nasce in Provincia di Varese, da un'idea innovativa di Marco Predazzi, medico e gerontologo illuminato, presidente della Fondazione Il Melo di Gallarate, operante dal 1980 nell'ambito della residenzialità socio-sanitaria. Synergy offre un prototipo di combinazione ottimale tra componente abitativa, sociale e sanitaria. Il complesso, di proprietà comunale, è assegnato in affitto alla Fondazione a fronte di un canone annuo. Contiguo alla piazza centrale del paese e ad un grande parco urbano, è costituito da 28 alloggi, 16 dei quali sono destinati ad anziani e famiglie numerose assegnatari di alloggi ERP, selezionati tramite bando, e 12, a canone libero e moderato, destinati a persone anziane assistite e a famiglie *care giver*. Il piano terra ospita, oltre agli uffici, un bar-pasticceria con annessa piazza coperta, molto frequentato da tutta la città, l'Ufficio comunale dei servizi di ADI, un'infermeria di quartiere e una piccola palestra; in mansarda è collocato un grande *open space*, dedicato ad eventi per i residenti e la comunità cittadina. L'edificio è a due piani oltre il piano terra e la mansarda, ed è dotato di un sistema domotico di controllo ambientale non invasivo, che permette la ricezione di chiamate, il monitoraggio dell'autonomia nel tempo, tramite la rilevazione dei principali movimenti in casa, e il pronto intervento in caso di situazioni di emergenza. Due alloggi, al primo e al secondo piano, accolgono altrettante famiglie *care giver*, che, opportunamente formate, si occupano del supporto quotidiano alla comunità e agli operatori, e animano i rapporti di relazio-

[10] Un panorama delle diverse tipologie in M. PREDAZZI, G. ILLARIETTI (a cura di), "Social Housing and care", Fondazione Il Melo 2015. Sulla formula del *cohousing* cfr. L. ROGEL, M. CORUBOLO, C. GAMBARANA, E. OMEGNA (a cura di), *Cohousing, l'arte di vivere insieme, principi, esperienze e numeri dell'abitare collaborativo*, Altraeconomia, 2018.

[11] R. MAURI (2015), *Coop. La Meridiana, Monza: modulare l'assistenza all'evoluzione dei bisogni*, in "AeA Informa", n. 2/2015.

lità e condivisione tra i residenti. La struttura gestionale è organizzata per diversi livelli di intensità assistenziale, in modo da graduare l'apporto economico degli utenti in base all'effettivo utilizzo dei servizi, con fasce di costo articolate: senza oneri aggiuntivi oltre il canone sociale, per gli anziani ERP che usufruiscono dei servizi base di sicurezza e animazione sociale, con costi mirati per servizi *on demand*, erogati a prezzo di costo, per utenti che necessitano di sostegno domestico (catering, igiene personale, servizi domestici, ecc.), con "pacchetti" di servizi programmati, per chi richiede continuità assistenziale in "alloggi autonomia" (canone mensile tra 1.300 e 1.600 euro), fino a nuclei di *cohousing* assistito con presenza continuativa di un operatore per i casi più complessi di non autosufficienza (Bonini, Predazzi, 2021).

Per quanto riguarda infine la scelta della formula del *cohousing*, in Italia, la maggior parte delle esperienze già realizzate sono rivolte a nuclei giovani, maggiormente propensi ad accogliere un modello di vita collaborativo. Solo di recente, in linea con specifici indirizzi europei e nazionali volti a favorire l'inclusione sociale e la de-istituzionalizzazione di larghe fasce di utenti svantaggiati[12], questa formula viene adottata anche in progetti sperimentali finalizzati a promuovere la vita indipendente di persone con disabilità. Un'interessante sperimentazione in questo campo è il *cohousing L'Oasi*, a Bologna, nato dalla collaborazione tra Asp, Comune, l'Unità Socio-Sanitaria Integrata Disabili Adulti dell'Azienda USL e l'AIAS Bologna Onlus (Associazione Italiana Assistenza Spastici). Un piccolo edificio riqualificato nel centro della città accoglie in sette minialloggi indipendenti e accessibili una comunità di altrettanti nuclei multietnici, alcuni dei quali con disabilità fisiche o lievi deficit cognitivi. Al piano terra, negli spazi comuni, si svolgono la vita di relazione e le attività proprie del *cohousing*, la cui gestione viene guidata da educatori dell'AIAS con il supporto di un inquilino che svolge anche funzione di "portiere sociale". La riqualificazione degli ambienti collettivi e la loro desti-

nazione funzionale sono il risultato di un percorso di *codesign* con gli stessi abitanti, promosso e attivato da AIAS Bologna e dal suo team progettuale (M. Malavasi, S. Martinuzzi e M.R. Motolese). Ciascuno mette a disposizione degli altri le proprie abilità, rafforzando il senso di appartenenza alla comunità[13].

Conclusioni

Ricomporre la filiera delle politiche di welfare per sostenere l'invecchiamento, fino alla fase della non autosufficienza, e farlo con strumenti che garantiscano insieme la sostenibilità economica e sociale e l'autodeterminazione delle scelte, anche in età avanzata, costituisce la sfida più importante di fronte ai futuri scenari, segnati dalla presenza di tanti anziani, sempre più longevi. Le tre componenti, abitativa, sociale e sanitaria, devono trovare una linea comune di intervento, dando opportunità differenziate, ma concretamente realizzabili, ai diversi livelli di esigenze che caratterizzano l'età senile. Un processo che dovrà avvenire sottraendo le politiche di welfare da un approccio "istituzionalizzato", che tende ad appiattirle spesso sulla sola componente sanitaria, per mettere al centro la persona anziana, nella sua complessità.

La *casa*, nei suoi diversi significati, estensioni e declinazioni, diviene allora il centro di una nuova visione strategica, sulla quale dimensionare l'insieme delle azioni di supporto all'invecchiamento, dalla *prevenzione* alla *cura*. Come agire?

In primo luogo, occorre un consistente piano di adeguamento degli alloggi esistenti, da finanziare con flussi di risorse regolari, non *una tantum*. Gli interventi devono essere eseguiti secondo linee guida condivise, e misurabili sul piano dell'efficacia raggiunta. L'alloggio "adeguato" potrebbe/dovrebbe rientrare tra i parametri dei *livelli essenziali dell'abitare*, al pari dei LEA o dei LIVEAS. Parametri che potrebbero costituire criteri di apprezzamento anche per la concessione di contributi e per le compravendite di alloggi tra privati.

In secondo luogo occorre ricomporre nell'ambito domestico quel *continuum assistenziale* necessario a supportare le fragilità della vecchiaia, assicurando

[12] DD-808-29 dicembre 2017, *Linee guida per la presentazione di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità*. Anno 2017- Ministero del lavoro e delle politiche sociali. La formula del *cohousing* era già stata introdotta nella legge 22 giugno 2016, n. 112, sul "Dopo di noi".

[13] Cfr. il sito <http://www.aiasbo.it/oasi/>.

Welfare Oggi 2 · 2021

prioritariamente in casa, nel territorio dove la persona anziana vive, le cure e i servizi, nei diversi livelli di intensità richiesti. In questo, un importante ruolo possono svolgerlo le tecnologie innovative applicate all'ambiente domestico, dal telemonitoraggio alla teleassistenza, dalla telemedicina alla teleriabilitazione, dalla domotica all'intelligenza artificiale, per lo sviluppo delle quali occorrono tuttavia un importante processo di adeguamento delle strutture edilizie e una politica mirata di formazione e sensibilizzazione, sia degli operatori che degli stessi anziani e dei *care giver*. Infine, un importante contributo alla *prevenzione* delle fragilità dell'età senile e al superamento di tanta residenzialità "istituzionalizzata", incompatibile con le esigenze di autodeterminazione e di autonomia di molti anziani, praticata spesso anche per profili personali e di salute non gravemente compromessi, può derivare dalla scelta di promuovere sperimentazioni diffuse su tutto il territorio nazionale di iniziative di abitare collaborativo e *cohousing*, meglio se intergenerazionali, dove mettere a fattor comune risorse personali, solidarietà, stili di vita più vir-

tuosi. Un processo che richiede un "Patto di Comunità" tra i diversi attori pubblici, privati e del Terzo settore, per rendere concretamente fattibili, sul piano delle disponibilità di aree e immobili, dei vincoli normativi, della *governance* integrata, delle risorse umane, professionali e finanziarie, nuovi e più appropriati progetti abitativi nei singoli contesti di vita degli anziani.

Obiettivi che richiedono una strategia complessiva e unitaria, che potrebbe scaturire dall'avvio di un Piano Nazionale Anziani, strumento essenziale per aprire un confronto tra strategie e programmazione nei tre settori, sanitario, sociale, abitativo, con l'intento di far confluire l'insieme delle risorse disponibili, oggi parcellizzate, e creare un'unica cabina di regia in grado di indirizzare in modo coordinato e ottimizzato le politiche di *welfare*, ai diversi livelli. Un PNA che sia in grado di costruire modelli tridimensionali di misurazione, valutazione e risposta alle differenti condizioni di vita degli anziani a cui far corrispondere diversi livelli d'intensità abitativa, sociale, sanitaria e altrettante modalità di destinazione delle risorse pubbliche.

