



C E N S I S

L'eccellenza sostenibile nel nuovo welfare

**MODELLI DI RISPOSTA TOP STANDARD AI
BISOGNI DI TUTELA DELLE PERSONE
NON AUTOSUFFICIENTI**

**IL PIANO DELLA CULTURA SOCIALE COLLETTIVA. ANALISI
SOCIO-ECONOMICA E ISTITUZIONALE DEL FENOMENO**

SINTESI DEI RISULTATI

Padova, 13 febbraio 2015

INDICE

1. Obiettivi e contenuti del progetto di ricerca	1
2. I principali risultati	3
3. Un modello esemplare: il Civitas Vitae di Padova, la prima infrastruttura di coesione sociale in Italia	11

1. OBIETTIVI E CONTENUTI DEL PROGETTO DI RICERCA

La ricerca realizzata dal Censis in collaborazione con la Fondazione Generali costituisce l'esito di uno straordinario viaggio nell'universo della longevità e della non autosufficienza nel nostro Paese. L'ampio e dettagliato quadro dei fenomeni che offre vuole contribuire a portare la riflessione pubblica oltre la dimensione della denuncia e dell'indignazione, rendendo possibile un confronto su soluzioni praticabili per un'assistenza di qualità alle persone longeve fragili o non autosufficienti.

Il Rapporto contiene:

- la visione e i valori della longevità prevalenti nella cultura sociale collettiva, cioè il rapporto che i non longevi hanno con il loro personale invecchiamento e il modo in cui affrontano le presumibili conseguenze del tempo che passa;
- il concreto modello italiano di assistenza ai longevi non autosufficienti, con il primato della soluzione domiciliare, il *badantato di massa*, il valore e i limiti di questo modello soprattutto in prospettiva futura;
- i numeri e le criticità della residenzialità per anziani nel nostro paese. Le ragioni del suo ridotto *appeal* e i fattori che possono espandere la sua attrattività come soluzione per i longevi non autosufficienti;
- il profilo dei nuovi longevi, il quadro dettagliato della quotidiana, silenziosa rivoluzione che le attuali generazioni di longevi stanno praticando rendendo la loro età non più fase declinante e marginale del ciclo di vita, ma una fase significativa con contenuti e finalità importanti;
- i fattori costitutivi della longevità attiva che da comportamento individuale diventa strategia sociale e componente vitale della cultura collettiva. Le modalità con cui la nuova cultura della longevità può positivamente impattare sul *care* per i non autosufficienti, a partire dalla pratica della valorizzazione delle potenzialità residue che impone la modificazione radicale dei presupposti sia della domiciliarità che delle residenze;
- casi di eccellenza nei modelli di residenzialità per longevi e non autosufficienti.

La realizzazione del progetto di ricerca ha richiesto il ricorso ad un pacchetto di strumenti qualiquantitativi della ricerca sociale, dall'indagine ad un campione nazionale di cittadini con somministrazione di un questionario strutturato alla realizzazione di *case study* e interviste qualitative su buone prassi nazionali e internazionali; esso è pertanto il portato di uno spettro ampio di azioni portate avanti nel rigore scientifico e metodologico.

Di seguito viene proposta una lettura sintetica e puntuale dei principali risultati emersi dalla ricerca.



2. I PRINCIPALI RISULTATI

I principali risultati, che di seguito sono presentati in forma sequenziale, vanno visti come tasselli di una lettura e interpretazione unitaria della fenomenologia analizzata.

1. *Risorsa e non costo*: questa la visione prevalente dei longevi nella cultura collettiva degli italiani. Persistono stereotipi come quello dell'anziano *sempre e comunque fragile, povero e marginale*, così come avanzano luoghi comuni, molto presenti sui media, del genere *la bancarotta di pensioni e sanità per colpa dei troppi anziani*. Tuttavia, la longevità attiva praticata ormai da quote rilevanti di persone della terza e quarta età ha cominciato a radicare socialmente la convinzione che gli anziani non sono un peso passivo di cui farsi carico, ma i soggetti protagonisti di una fase molto diversa del nostro vivere collettivo.

I longevi danno non solo un contributo concreto, sostanziale alla vita delle famiglie e delle comunità, ma sono portatori di valori e stili di vita che possono costituire riferimento importante per andare oltre la crisi e il semplice rimpianto di *come eravamo* prima che la crisi iniziasse.

Responsabilità, impegno, cultura del limite sono alcuni dei riferimenti valoriali utili per andare oltre una fase di soggettivismo estremo, deregolato, segnato da una irrefrenabile corsa *nel breve e nel presente*, che ha finito per ripiegare le persone su se stesse spegnendo il desiderio.

E' convinzione diffusa che esiste una modernità di valori e stili di vita degli attuali longevi che molto può dire e dare alla società italiana.

2. *La buona longevità si costruisce in età non longeva*. Gli italiani non hanno paura di invecchiare, perché pensano che sia un fatto naturale da affrontare con naturalezza, ma sono consapevoli che la responsabilizzazione individuale conta. Una longevità serena e appagante dipende anche da come ci si prepara; e ciò riguarda la salute, la psiche e l'economia.

Comportamenti salutari nel quotidiano con abitudini attente ad evitare impatti negativi sulla salute aiutano a prevenire l'insorgenza di patologie; prepararsi ad un tempo non più occupato in via primaria da famiglia, lavoro e relazioni tipiche della fase adulta, vuol dire riprogettare e investire su nuovi contenuti della propria vita quotidiana,

sfuggendo al rischio della solitudine e della connessa depressione da cui si origina una spirale regressiva anche sul piano dello stato di salute; per l'economia conta sempre più la capacità di costruire una rete di autotutela perché la sola pensione non basta a garantire benessere e sicurezza. Le generazioni attuali di longevi beneficiano di percorsi previdenziali forti e patrimoni mediamente solidi fatti di proprietà della prima casa e spesso anche di altri immobili, presidi economici che hanno consentito di affrontare le nuove emergenze assistenziali ad alto costo legate alla non autosufficienza. Per il futuro però la dimensione economica dei longevi rischia di non essere più così solida se non sono attivate opportune scelte anche a livello individuale in grado di promuovere nuova accumulazione di reddito e patrimonio.

3. *La non autosufficienza, porta d'accesso alla vera vecchiaia.* La longevità non spaventa, ma la non autosufficienza sí; non a caso nella cultura sociale collettiva si diventa vecchi quando si perde la propria autonomia, diventando dipendenti da altri. La relazione diretta tra invecchiamento, patologie croniche e non autosufficienza ha trasformato negli ultimi dieci anni quest'ultima in una vera e propria insorgenza sociale ed economica, perché il nostro sistema di welfare non era pronto ad affrontarla.

La risposta è stata spontanea, molecolare, tempestiva e, per molti aspetti, adeguata: a occuparsi dei longevi parzialmente o totalmente non autosufficienti sono state le famiglie, garantendo direttamente il *care* (in particolare mogli, conviventi, madri e figlie) o semplicemente assumendo una badante, di solito una donna piuttosto giovane, straniera, proveniente da un paese ad alta pressione migratoria. E' nato così in tempi ristretti un nuovo settore del welfare, quello dell'assistenza domiciliare privata, in cui le famiglie sono datori di lavoro e le straniere sono i prestatori d'opera. L'acquisto dei servizi e delle prestazioni delle badanti è stato finanziato con risorse private, dei longevi e dei familiari e con una quota di risorse pubbliche, tra le quali spicca l'indennità di accompagnamento.

4. *Valore e limiti del modello italiano di assistenza alla non autosufficienza.* La soluzione domiciliarietà con badante è stata tempestiva, flessibile, sostenibile economicamente e soddisfacente per longevi, familiari e badanti. Una soluzione *low cost-high value*, nel senso che le retribuzioni delle badanti si sono attestate su livelli sostenibili (sia pure non senza difficoltà) per le famiglie, e le badanti hanno garantito il *care* ai longevi, alleviando al contempo dal peso

dell'assistenza i familiari più esposti, di solito le donne. Sul piano sociale, le badanti hanno consentito a tante italiane di entrare o restare nel mercato del lavoro. Il modello italiano di assistenza quindi ha avuto il non piccolo beneficio collaterale di emancipare le donne da una parte del peso dell'assistenza ai membri più fragili, consentendogli di prendere posto nel mondo del lavoro.

L'equilibrio del modello italiano però si va incrinando per le note difficoltà che in questi anni stanno colpendo i budget familiari intaccando la capacità di spesa dei longevi e dei familiari. Non sorprende quindi che sono oltre 561 mila le famiglie che per pagare l'assistenza ad un non autosufficiente hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi o vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi. Tanto più che da sempre il finanziamento del costo dell'assistenza a familiari non autosufficienti ha richiesto uno sforzo economico diffuso nelle reti familiari con quasi 910 mila famiglie in cui più membri si sono tassati per contribuire a pagare tale assistenza.

Si consideri poi che la componente regolare delle badanti rivendica retribuzioni più alte e maggiori tutele, cosa che accentua la segmentazione del mercato dell'assistenza, con le più referenziate che spuntano retribuzioni più alte e garantiscono più alta qualità alle famiglie più abbienti, nel mentre molti longevi sono accuditi da badanti visibilmente inadatte alla funzione e molte famiglie sono costrette a rinunciare alle prestazioni delle badanti e a rioccuparsi direttamente dei parenti non autosufficienti. La quadratura economica del modello italiano di assistenza non è più così scontato dentro la formula del welfare *low cost-high value*.

5. *Ma la casa può anche diventare una trappola.* Nella cultura sociale collettiva la soluzione ottimale per la non autosufficienza è la permanenza in casa propria accuditi da un familiare o da una badante, o da entrambi. Tuttavia, non sempre questa si rivela la soluzione ottimale, tenuto anche conto delle esigenze ed aspettative degli attuali longevi. Si consideri che oltre 2,5 milioni di anziani vivono in abitazione non adeguate alla condizione di ridotta mobilità, e avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali per adeguarle; 1,1 milioni vivono in abitazioni che sono *inadeguate e inadeguabili*. Sono poi oltre 9,8 milioni gli italiani che vivono in una abitazione *non adeguata* per una persona anziana magari con problemi di mobilità e ulteriori 6,7 milioni dicono che la propria abitazione non è adeguabile agli standard *age proof*. Sono situazioni limite in cui l'opzione domiciliare è una trappola e non

garantisce alta qualità della vita; sarebbero infatti necessari o investimenti infrastrutturali o semplicemente il trasferimento in altra abitazione. Quel che è certo è che il modello italiano anche su questo aspetto nel lungo periodo non è ottimale, ma richiede una manutenzione incisiva, con adeguati investimenti.

6. *Residenze, così come sono no grazie.* Come rilevato, nella cultura collettiva l'assistenza alla non autosufficienza si fonda sulla convinzione radicata e diffusa che per le persone rimanere in casa propria è sempre e comunque la soluzione migliore. La prevalenza culturale dell'opzione domiciliare ha però potuto beneficiare anche dell'assenza di alternative, perché la residenzialità per longevi non autosufficienti in Italia non è assolutamente competitiva. Infatti, sono poco più di 200 mila i longevi non autosufficienti ospiti di strutture residenziali di contro a circa 2,5 milioni in famiglia, in casa propria o di parenti. Le residenze per anziani non hanno *appeal*, sono *parcheggi per vecchi* lontani da esigenze e aspettative dei longevi. Pensando alla propria longevità con relativa fragilità o addirittura non autosufficienza la maggioranza degli italiani si immagina in casa propria, tra i familiari e/o magari con la badante, anche se la propria abitazione non è pienamente adeguata e/o adeguabile a garantire buona qualità della vita.
7. *Eppure il ricorso alla residenzialità potrebbe essere subito ampliato con una qualità più alta dell'offerta.* Se il predominio assoluto della domiciliarietà è lo stato attuale della situazione, tuttavia il mercato della residenzialità è *potenzialmente espandibile* rispetto all'attuale dimensione residuale, purché migliori la qualità dei luoghi e dei servizi interni. Sono infatti 4,7 milioni i longevi che sarebbero favorevoli per autosufficienti e/o non autosufficienti alla residenzialità, purché la sua qualità migliori rispetto all'attuale situazione. E per qualità migliore si intende non solo una assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, ma contesti ad alta intensità relazionale, aperti alle comunità esterne a cominciare da quelle limitrofe, piattaforme in grado di valorizzare le potenzialità residue delle persone non autosufficienti con uno spettro adeguato di attività diversificate.
8. *Il profilo dei nuovi longevi.* Fragilità e non autosufficienza hanno una relazione diretta con il tempo che passa, tanto che tra gli ottantenni cresce in modo esponenziale la quota di persone che hanno bisogno di supporto. Tuttavia non esiste un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza, e la buona longevità come si è visto va costruita. I 12 milioni di longevi italiani, che sono le generazioni della ricostruzione,

del miracolo economico e le prime fila dei *baby boomers*, stanno rivoluzionando il modo di vivere la terza e quarta età. La longevità attiva è oggi il paradigma concreto di questa rivoluzione silenziosa, quotidiana, molecolare. Non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita, la longevità è una fase con contenuti e finalità proprie, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità. La moltiplicazione della relazionalità è il cuore della longevità attiva e costituisce non solo la chiave della soddisfazione per la propria esistenza espressa dalla maggioranza dei longevi (84,5% degli anziani valuta positivamente la propria vita), ma anche una forma di prevenzione primaria rispetto all'insorgere di patologie, in particolare quelle indotte dalla solitudine da cui si generano circuiti regressivi con depressione, patologie varie dello stato dell'umore, e ricorso eccessivo e inappropriato a farmaci e prestazioni sanitarie.

9. *Attività, relazioni, impegni, buonvivere: la vita dei longevi al tempo della longevità attiva.* I numeri certificano il set articolato di attività che connotano la vita di tanti longevi: infatti, svolgono attività di volontariato regolarmente oltre 712 mila longevi e quasi 3,1 milioni di tanto in tanto; fanno regolarmente attività fisica, dalla palestra alla piscina, oltre 1 milione di longevi e oltre 2,6 milioni di tanto in tanto. 727 mila frequentano regolarmente cinema, teatro e musei e oltre 5,2 milioni vi si recano di tanto in tanto; 346 sono clienti abituali, regolari di ristoranti, trattorie e quasi 6,2 milioni vi si reca di tanto in tanto; giocano a lotto, superenalotto, scommettono in modo vario regolarmente 353 mila longevi e lo fanno di tanto in tanto quasi 4,4 milioni; frequentano regolarmente scuole di ballo, balere, locali in cui si balla 314 mila longevi e oltre 2,5 milioni di tanto in tanto; 151 mila viaggiano regolarmente all'estero e non lontano da 2,9 milioni di tanto in tanto. Guidano più o meno regolarmente l'auto circa 7 milioni di longevi. Inoltre, in ambito lavorativo, svolgono attività lavorativa regolare o in nero quasi 2,7 milioni di persone con 65 anni e oltre: 1,7 milioni lavorano di tanto in tanto e 929 mila con continuità. Oltre 407 mila longevi dichiarano che nel prossimo futuro proveranno ad avviare un'attività autonoma, da una piccola impresa ad un'attività artigiana o commerciale o entrando come socio in una cooperativa, e oltre 225 mila nei prossimi anni si preparano a cercare lavoro.

Sono numeri che descrivono in modo eloquente e impressionante cosa sia concretamente la longevità attiva nel quotidiano della nostra società.

10. *Il welfare erogato dai longevi.* I longevi che si prendono cura di altre persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti in modo regolare sono oltre 972 mila e 3,7 milioni lo fanno di tanto in tanto; oltre 1,5 milioni di longevi dichiarano di contribuire con i propri soldi alla famiglia di figli o nipoti, mentre sono non lontano da 5,5 milioni i longevi che lo fanno di tanto in tanto; oltre 3,2 milioni di longevi si prende cura regolarmente dei nipoti e quasi 5,7 milioni lo fanno di tanto in tanto. I longevi quindi non sono solo recettori passivi di risorse e servizi di welfare, ma sono tra i grandi protagonisti di una redistribuzione orizzontale sia a vantaggio di altri longevi che delle altre classi di età. La bilancia del *dare e avere* tra generazioni deve tenere presente i rilevanti flussi di reddito che partono dal monte pensioni e arrivano ad integrare redditi familiari traballanti e/o a finanziare le spese impreviste e/o gli investimenti relativi all'acquisto casa e/o la formazione dei nipoti; deve tenere anche conto del *care* per i nipoti che consente a tante mamme di lavorare.
11. *Promuovere la longevità attiva e la valorizzazione delle potenzialità residue per i non autosufficienti.* E' strategico per il futuro promuovere la valorizzazione della longevità attiva, incentivarla, facilitarne la diffusione e la pratica, vale a dire offrire in modo diffuso agli individui le condizioni materiali per attuare la riprogettazione di vita, per decidere di investire sugli anni di vita residua. Gli anni di vita residua a partire dai 65 anni, compatibilmente con il proprio stato di salute e il connesso grado di autosufficienza, devono diventare per ciascuna persona un contenitore pieno di relazioni, attività, impegni, progetti, voglia di fare, insomma devono creare un valore che finisca per avere anche un positivo impatto sociale. E' questa la filosofia della longevità attiva che si enuclea dai comportamenti di milioni di anziani attuali, e che deve diventare il cuore della risposta sociopolitica e istituzionale alla sfida dell'invecchiamento. E tale filosofia deve informare anche il *care* per i non autosufficienti perché ad ogni stadio di autonomia, anche quello dove essa è minima, è possibile e sicuramente più efficace puntare sulla valorizzazione delle potenzialità residue, piuttosto che operare in modo puramente assistenziale accrescendo, nei fatti, la dipendenza. Solo così sarà possibile costruire un *modello sostenibile e di qualità* in grado di valorizzare l'età longeva senza trasformarla in una patologia e al contempo dare *care* adeguato ai non autosufficienti.

12. *Il valore decisivo della relazionalità per il care di qualità.* Le esperienze degli altri paesi, in particolare quella olandese, hanno confermato quanto emerso anche dalle *best practice* italiane per l'assistenza ai longevi non autosufficienti: occorre allentare il dominio della sanità sulla vita dei longevi e promuovere contesti che siano piattaforme per la moltiplicazione delle relazioni, in cui ci sia un *set* ampio di attività, iniziative, progetti in cui le persone possono coinvolgersi e a partire dalle quali sviluppare rapporti con gli altri. Una longevità serena richiede buona salute, una certa sicurezza economica e reti di relazioni, contesti in cui rompere la gabbia della solitudine che, con il passare degli anni, diventa una minaccia consistente, e che molto spaventa i longevi. Quale che sia la soluzione che prevale per la persona non autosufficiente, la domiciliarità o la residenzialità, tutto deve essere orientato a garantire reti di relazioni, opportunità per essere attivi, condizioni per realizzare progetti e aspettative, affinché i longevi siano protagonisti della vita delle comunità. Il nuovo paradigma socioculturale, la longevità attiva e la valorizzazione delle potenzialità residue, deve informare ogni luogo, attività, iniziativa rivolta ai longevi, perché solo così sarà possibile promuovere soluzioni anche assistenziali sostenibili.
13. *La dimensione finanziaria dell'assistenza ai non autosufficienti.* Nei diversi paesi europei il rebus principale riguarda il *come finanziare* questo segmento di welfare, visti gli elevati costi destinati a crescere ulteriormente dato l'invecchiamento della popolazione. In Svezia e nel Regno Unito si spinge per spostare gli anziani dalla soluzione residenziale, considerata troppo costosa, a quella domiciliare che dovrebbe essere più praticabile. Esplodono però i casi di cattiva assistenza che nel Regno Unito accendono il furore popolare, laddove emergono casi di maltrattamenti di longevi a domicilio da parte di operatori sottopagati e stressati dall'obbligo di rispettare tempi di intervento ridottissimi. Non c'è ad oggi un modello replicabile in toto o che si è affermato come *benchmark*. In Italia per la non autosufficienza si stima siano mobilitate rilevanti risorse private di longevi e famiglie: oltre 9 miliardi di euro per le badanti, 4,9 miliardi di euro per il pagamento delle rette per gli oltre 295 mila longevi ospiti di residenze; poi ci sono le risorse pubbliche come l'indennità di accompagnamento che risulta pari a 9,6 miliardi di euro per i longevi e a oltre 12,7 miliardi per il totale dei beneficiari. La spesa pubblica per la *long term care* per gli anziani non autosufficienti risulta pari all'1,28% del Pil, vale a dire circa 20 miliardi di euro, ed è aumentata del +0,21 in sei anni. Il futuro

è legato alla valorizzazione delle redditività sociale di queste risorse, alla capacità di migliorare quello che viene finanziato e prodotto con esse.

14. *Le risorse aggiuntive.* Se ad oggi la maggioranza degli italiani in caso di non autosufficienza conta sulle coperture di risorse *non dedicate* come i propri risparmi mobiliari e immobiliari ed il supporto dei familiari, dall'indagine è emersa una propensione potenziale degli italiani ad accantonare risorse *dedicate* a finanziare nel tempo forme di tutela dalla non autosufficienza: considerando le dichiarazioni soggettive degli occupati sono potenzialmente mobilitabili poco più di 17 miliardi di euro annuali.

E' una cifra virtuale, puramente indicativa, eppure segnala una novità: la disponibilità dei non longevi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza. Quindi vista la crescente attenzione nella cultura collettiva verso il rischio non autosufficienza, il timore che esso genera e la propensione potenziale ad investire nel tempo per costruirsi una tutela adeguata, si apre la partita del come mettere concretamente in movimento l'accumulo concreto di queste risorse. E' una questione di prodotti assicurativi, di connotati dei soggetti chiamati a operare su questo mercato, e di modalità di promozione, anche fiscale, dell'importanza strategica che hanno per una buona longevità il ricorso a strumenti di assicurazione sociale per la non autosufficienza. La logica che la buona longevità si costruisce nella fase di vita non longeva deve sempre più valere anche per la dimensione economica: è questa la partita vera da giocare subito.

15. *La relazionalità perno di un diverso modo di fare welfare.* Nei casi di eccellenza analizzati è fondamentale l'attenzione a creare contesti, luoghi, attività, progetti prorelazionali capaci di generare integrazione sociale oltre che servizi e prestazioni di qualità. E' il caso del Civitas Vitae di Padova, esperienza top standard con un sistema di valori, frame organizzativi, strutturali e funzionali che possono costituire riferimento concreto per un welfare comunitario sostenibile. Di seguito ne viene offerta una sintetica presentazione.

3. UN MODELLO ESEMPLARE: IL CIVITAS VITAE DI PADOVA, LA PRIMA INFRASTRUTTURA DI COESIONE SOCIALE IN ITALIA

3.1. I presupposti culturali e di valori del Civitas Vitae

La crisi del sociale si condensa oggi in una crescente *sconnessione sociale* e rende prioritario anche nel welfare un aspetto: la qualità delle relazioni, la forma, l'intensità e l'efficacia dei processi di integrazione e il modo in cui i cittadini, *tutti i cittadini*, si sentono parte di un contesto sociale. Tutto va riorientato a ricostruire la filiera sociale e le relazioni interpersonali, offrendo così una solida sponda collettiva, di comunità, alle persone e alle famiglie.

Il Civitas Vitae dimostra nel concreto come affrontare il nodo decisivo del nostro tempo: rimettere al centro della vita collettiva e della stessa azione istituzionale ai vari livelli la *priorità delle relazioni*, della reciprocità, delle modalità in cui si vive insieme e si includono soprattutto le persone più fragili, meno autonome; tutte le persone che a titolo diverso lavorano e/o frequentano il Civitas Vitae hanno come riferimento il principio costitutivo della relazione: il partecipare alla vita del Civitas Vitae è legittimato dal "produrre relazioni" perché la relazione è l'elemento costituente iniziale del processo. La relazione, che al Civitas Vitae interagisce con la non autosufficienza da cui non necessariamente può trovare ricambio, è mossa dall'interno da due componenti inscindibili:

- *il rapporto*, e cioè l'afflato che stimola ciascuno ad ascoltare, parlare, agire con l'altro;
- *il dono*, e cioè l'afflato di donare qualcosa di sé per meglio supportarsi vicendevolmente, per "trasformare" l'altro in una visione di integrazione al meglio, e quindi proiettandolo oltre l'esistente e lo status quo.

Il diffondersi di relazioni così praticate promuove la comunità e fa acquisire in ciascuna persona (singola od aggregata) quei valori di pieno compimento della propria personalità, di maggior sicurezza di fronte alle turbolenze del cambiamento, di consapevole percezione del valore del vivere insieme. In tale contesto la diversità, molla per gli scambi, agisce da vettore di produttività e di aggregazione nella società.

La relazione rinvia anche alla centralità della persona che deve fare premio sui processi e le organizzazioni, tanto più nel welfare in cui prevale una condizione di asimmetria tra la persona fragile, sofferente e gli operatori e le strutture.

Il Civitas Vitae si ispira alla convinzione che pur nella complessità le persone devono tornare al centro della scena economica e sociale come unione originale di *differenze e unicità*; ogni persona è importante e tale assioma consente di considerare la longevità non come un rischio e un costo, ma come una opportunità e una risorsa.

L'allungamento della durata della vita, il numero crescente assoluto e relativo di longevi diventano leve per attivare processi sociali di creazione di relazionalità diffusa. I longevi sono il perno della progettualità Civitas Vitae.

Le persone però contano solo se si organizzano per condividere una visione e realizzare i relativi contesti promuovendo conoscenza generativa. E' questa la dimensione del welfare community innovativo orientato a creare nuova relazionalità sociale e con gli anziani protagonisti primi, pionieri di un modo diverso di fare e vivere il welfare. La promozione del nuovo welfare richiede di muovere su due versanti:

- il primo, fondato sulla interrelazione tra le residenze per anziani non autosufficienti e le strutture rivolte ad altre classi di età, a cominciare dall'infanzia. Il Civitas Vitae ha saputo ricostruire una filiera integrata ad anelli trasversale ai bisogni delle generazioni, che consente incontri altrimenti altamente improbabili tra ospiti longevi non autosufficienti e genitori e bimbi, con una positiva sensibilizzazione alla cultura del limite. D'altro canto la rete di strutture esterne al Civitas Vitae (sportive, ludiche, scolastiche, etc.) offre vere e proprie occasioni di rinascita alle persone non autosufficienti stimolandone la partecipazione alle dinamiche sociali;
- il secondo versante consiste nella propensione di personale e volontari coinvolti nel *Civitas Vitae* ad esprimere, oltre alle competenze e alla missione, un afflato donativo istintivo e voluto. La cultura e pratica del dono oltre il dovuto consente di prendersi cura realmente delle persone fragili e il dono è l'ossigeno del contesto. Ciò richiede anche una gestione *non profit* che destina le risorse con efficienza ed efficacia al benessere degli ospiti della comunità generata ed allargata.

La coesistenza dei due versanti citati consente di promuovere concretamente il sentimento più qualificante: l'inclusione degli esclusi.

Il Civitas Vitae mostra che operativamente un sistema di valori deve esprimersi in luoghi, contesti per potersi dispiegarsi, consentendo una moltiplicazione delle attività e dei progetti che concretamente generano relazioni, opportunità per incontrarsi, stare insieme, condividere.

Senza contesti prorelazionali, vere e proprie piattaforme in cui ogni aspetto è ispirato alla centralità della persona ed all'obiettivo di produrre relazioni, si rischia di non rispondere in modo efficace alla crisi del sociale e del welfare ed ai reali bisogni delle persone.

L'eccellenza del Civitas Vitae, quindi, non sta tanto in una tecnicità di altissimo profilo o in modelli organizzativi capaci di trasferire nel sociale aspetti virtuosi della gestione di impresa, ma nel mostrare con *il fare* come si può riattivare un welfare community che genera relazioni, non rinunciando ad offrire servizi e prestazioni di alta qualità e sostenibili.

E' utile per capire la trasferibilità del modello fare riferimento a quanto emerso nell'ambito di una sessione dedicata dalla Comunità Europea all'analisi delle interrelazioni tra innovazione sociale e sistema urbano. Il Civitas Vitae è emerso come una *best practice*, realizzata peraltro senza interventi comunitari, con alcuni items identificativi molto precisi.

Esso infatti si connota come una cittadella del welfare sussidiario, nella forma di una Infrastruttura di coesione sociale in cui l'attenzione è focalizzata sulle persone, non solo sui loro bisogni. Operativamente, sviluppa integrazione intergenerazionale anche grazie a servizi a matrice aggregante. Il modello poi si caratterizza per una vocazione all'innovazione e alla tecnologia come filosofia, e in esso il capitale sociale umano é contestualmente paradigma e risultato per fare innovazione. Viene sottolineata la capacità di fare partnership in vari ambiti, non ultimo quello culturale con le Università.

Di seguito viene proposta una descrizione di cosa compone il Civitas Vitae di Padova.

3.2. Il frame strutturale

Il Civitas Vitae è la prima infrastruttura di coesione sociale (ICS) in Italia, costruita nella convinzione che la risorsa longevità possa essere *asset* fondante per realizzare progetti di vita nella prima e terza età, cioè al servizio delle fasce di popolazione più fragili e meno tutelate.

Il Civitas Vitae è una vera e propria città integrata di oltre 12 ettari, composta da elementi tra loro sinergici, resa viva da diversi catalizzatori di relazione, pensati, promossi e realizzati in collaborazione con l'iniziativa privata e pubblica.

Grazie ad un collegamento sotterraneo di oltre 2,5 km e alle moderne tecnologie informatiche, in questo luogo convivono armonicamente strutture sanitarie e sociosanitarie, attività di formazione e ricerca, abitazioni private ed organizzazioni commerciali, nonché edifici per la pratica sportiva e luoghi di aggregazione sociale e culturale. Si tratta di una grande rete inserita in un ampio polmone verde, volutamente senza soluzione di continuità con il territorio circostante.

Ogni giorno mediamente 3.500 persone entrano in contatto con il Civitas Vitae, siano esse operatori, medici, dipendenti, familiari, visitatori, bambini, famiglie, scolaresche, istituzioni ecc. ecc.

3.3. Elementi diversi ma non distanti perché uniti in relazione sistemica

Ogni elemento del Civitas Vitae esprime tutto il suo potenziale essendo connesso a tutti gli altri: dunque non ha senso enuclearne solo alcuni (per esempio l'elemento sociosanitario) riproducendo in altro luogo solo una parte di questo *social lab*, dato che verrebbe a mancare quel patrimonio di relazioni e valore aggiunto che è invece naturalmente generato dall'essere parte del tutto.

Nel Civitas Vitae convivono:

1) Strutture sociosanitarie:

- *Residenza Santa Chiara*, che ospita 480 persone non autosufficienti in ambienti dotati di ogni comfort e di tutti i servizi medico-infermieristici;



- *Struttura intermedia*, ovvero un Ospedale di Comunità per l'assistenza post acuzie e la riabilitazione, gestito in collaborazione con l'USL16 di Padova;
- *N.A.I.S.S.* (Nucleo ad Alta Intensità Socio Sanitaria), perno della rete dei servizi residenziali territoriali dell'USL16, che accoglie persone non in grado di proseguire la convalescenza presso il proprio domicilio;
- *Residenza del sollievo Paolo VI*, in cui vi sono circa 40 posti per persone in stato terminale (*hospice*) o di minima coscienza (coma vigile), gestita in collaborazione con l'USL16 di Padova;
- *Residenza Pio XII* che accoglie circa 220 persone anziane non autosufficienti, con ricettività e servizi ai più alti standard di mercato;
- *Casa della Sussidiarietà Filippo Franceschi* che ospita su tre piani, religiosi e anziani o in servizio presso il Civitas Vitae, giovani disabili anche come *coach* per non autosufficienti anziani nonché ambulatori di medicina generale ed attività commerciali;
- *Centro di riabilitazione*, che offre servizi integrati di logopedia, ergoterapia, fisioterapia, recupero post rianimazione, fisiokinesiterapia, idroterapia, servizi ambulatoriali, punto prelievi (in collaborazione con USL16).

2) **Strutture residenziali e relazionali:**

- *Residenze Airone*, che accoglie persone longeve autosufficienti in un complesso strutturato come le antiche corti venete, formato da 11 villette con appartamenti da 27 a 77 mq, comunicanti tra loro mediante percorsi protetti dalle intemperie;
- *Auditorium S. Pontello*, che consiste in un sistema di sale attrezzate di oltre 1.200 metri quadri con capienza fino a 320 posti, punto di interrelazione con l'esterno per convegni, congressi, incontri, esposizioni, mostre ecc.;
- *Centro Benessere*, dove sono erogati servizi per il tempo libero e la cura della persona (biblioteca, mediateca, connessione internet, bar, animazione sociale, parrucchiera, barbiere, pedicure, podologo).

3) *Strutture educative e culturali:*

- *Centro formazione e ricerca Varotto-Berto*, in cui vengono formati (anche in collaborazione con Enti esterni) sia gli operatori OIC sia i gruppi di longevi attivi che frequentano i corsi gratuiti “Terza Età Protagonista”. Vengono inoltre inventate e sperimentate soluzioni materiali ed immateriali per aumentare e migliorare il benessere degli ospiti;
- *Centro Infanzia Intergenerazionale C.G. Ferro*, ovvero un asilo nido e una scuola materna nelle quali viene data forma concreta alla costruzione di relazioni intergenerazionali e offerto un supporto pratico e pedagogico alle famiglie del territorio e della comunità OIC;
- *Museo Veneto del Giocattolo*, riconosciuto dalla Regione Veneto, raccoglie una collezione straordinaria di giocattoli da collezione a partire dal primo novecento e ospita ogni settimana numerose scuole che partecipano ad iniziative didattiche (come laboratori del riciclo) animate dal team dei Nonni del Cuore in Azione;
- *Pista didattica*, un sistema di strade ed arredo urbano dove tutti i bambini delle scuole elementari di Padova e provincia imparano l’educazione stradale, accompagnati sia da Ospiti delle residenze sia da longevi attivi, con la collaborazione della Polizia Municipale e dell’Associazione Amici della Bicicletta, sotto l’egida dell’Ufficio Scolastico di Padova;
- *TalentLab*, uno spazio di oltre 650mq strutturato in 5 aree tematiche (*fablab*, musica, *food*, *coworking* e *visual arts*) dove persone di tutte le età collaborano secondo logiche *opensource* nella creazione di nuovi prodotti ed attività, mettendo a frutto strumenti e relazioni normalmente di difficile accesso¹;
- *Palazzetto sportivo*, omologato Coni per diverse discipline, a disposizione per esercizi sportivi da parte di persone con disabilità, per associazioni sportive, per manifestazioni di aggregazione, ecc. Il Palazzetto accoglie la nazionale femminile di basket in carrozzina e il campionato italiano maschile di rugby in carrozzina.

Tutte le strutture sono inserite nel Parco della Vita e delle Esperienze, un ampio spazio verde senza soluzione di continuità con l’esterno, dove si trovano orti sociali, area giochi per i più piccoli, percorso vita attrezzato,

¹ www.talent-lab.it

punto di ristoro, bocciodromo con tribuna, laghetto per modellismo navale e dal 2015 anche un nucleo per la *pet therapy*.

Polivalenza e varietà delle attività del Civitas Vitae ogni giorno rinforzano in quanti vi lavorano e in quanti lo frequentano quel senso di appartenenza ad una comunità civile che riesce ad armonizzare in modo vitale le differenze di stato, di ruolo, di salute e di identità individuale.

3.4. I catalizzatori delle relazioni

Come avviene in qualsiasi contesto sociale complesso (dal quartiere fino alla metropoli), non sono mai le strutture fisiche a dare vita alla comunità bensì le singole persone e le loro aggregazioni. Per questo motivo l'esperienza del Civitas Vitae è un quotidiano rinnovarsi grazie all'intreccio relazionale promosso anche da:

- *Agorà*, un'associazione di longevi attivi come “civil servant” che collaborano con istituzioni pubbliche e private in progetti eterogenei che vanno dalla cultura dell'alimentazione al supporto a consumi e acquisti, dalla costruzione di reti intergenerazionali nelle scuole allo studio delle tecnologie informatiche, ecc. Chi per sei mesi ha frequentato i corsi gratuiti “Terza Età Protagonista” ha realizzato corsi per la qualifica di amministratore di sostegno, una nuova figura giuridica nata per supportare in modo disinteressato persone longeve nella delicata fase del passaggio generazionale. Inoltre, dal 2008 l'associazione ha promosso la prima *community online* di longevi e gestisce un'innovativa mediateca digitale;
- *Nonni del Cuore*, gruppo di longevi soci di *Agorà* che hanno seguito un corso di oltre 600 ore per imparare ad interagire in modo pedagogicamente corretto con bimbi ed adolescenti in modo da diffondere e disseminare quel risultato di gioia tipico dell'approccio nonno/nipote. Si occupano dell'animazione dei laboratori didattici del Museo del Giocattolo, di specifiche attività all'interno del Centro Infanzia, dell'animazione della pista didattica e del *TalentLab*;
- *Comitato ospiti*, organo di rappresentanza di Ospiti e familiari eletti nelle residenze della Fondazione OIC, con votazione democratica ogni sei anni, si dedica allo sviluppo delle relazioni tra strutture operative ed Ospiti: una sorta di *ombudsman ante litteram*, introdotto in OIC fin dal

1987 e solo nel 2001 reso obbligatorio per tutte le altre residenze per anziani dalla Regione Veneto;

- *VADA (Volontari Amici degli Anziani)*, unisce quanti, in spirito di solidarietà, si spendono a favore degli Ospiti per combatterne la solitudine, per supportare chi si trova in situazione fragile e delicata, per dare consistenza all'ideale di famiglia allargata caratteristico del modello *Civitas Vitae*;
- *Cilpress*, cooperativa i cui soci, tutti over sessantacinque, concretizzano la loro carica imprenditoriale in attività di *relational service*: dall'accompagnamento in ospedale alla consegna di pasti a domicilio fino ad arrivare al Banco Ausili, un riferimento di gestione e riparazione di ausili per disabili realizzato insieme alla Ong israeliana Yad Sarah.

Insieme a questi momenti strutturati, il *Civitas Vitae* collabora quotidianamente con moltissimi soggetti attivi nel territorio ed in particolare con il Consiglio di quartiere Armistizio, le parrocchie, il Comune e la Provincia di Padova, il Centro Servizi per il Volontariato, diverse scuole primarie e secondarie, l'Università di Padova, il Museo Civico di Rovereto, l'Accademia di Arti Grafiche di Venezia nonché diverse imprese private. Il tutto in un'atmosfera di agire donativo e di fervida spiritualità.

Il processo di “trasformazione” dei soggetti promosso nel *Civitas Vitae* grazie all'intergenerazionalità e all'interconnessione tra le persone singole ed aggregate diverse, legittima quel riconoscimento della *longevità come risorsa* che comprende sia la longevità fragile (cultura del limite e della solidarietà) sia la longevità attiva (cultura della sussidiarietà circolare).

Ad esempio la pratica sportiva con diverse discipline per consentire ai disabili giovani e ai disabili vecchi di trovare questa motivazione per uscire dall'handicap, contaminandosi l'un l'altro. Ad esempio, le polizze assicurative che gestiscono, dai 50 in poi, l'accumulo dei premi pagati non per avere soldi al sopravvenire della non autosufficienza (perché non certo in grado di gestirli per soddisfare i nuovi bisogni) ma servizi reali personalizzati che tutelano la dignità della persona.

L'OIC si fa carico dell'obbligazione delle prestazioni derivanti, in presenza dell'atto di rinuncia da parte dell'assicurato alla richiesta del contributo sanitario regionale. un modo per dare sicurezza di accoglienza sinergico unito, una manifestazione concreta di solidarietà verso l'altro.



Da qualche mese opera all'interno del Civitas Vitae la Fondazione di Ricerca HPNR - *Human Potential Network Reserch* - con l'intento di supportare sotto il profilo scientifico le metodologie qui applicate nelle fasi esistenziali dell'infanzia e della vecchiaia, perché in tali età è il contesto a dare piena valorizzazione al potenziale umano. Un contesto *non profit* che sviluppa anche una costruttiva economia di condivisione.

