

# Assistenza sotto pressione

Per una buona  
vita nella terza  
e quarta età

Sintesi e racco-  
mandazioni

**Elisabeth Ryter e  
Marie-Louise Barben**  
Berna, 2015

Edito da Gruppo del manifesto  
della GrossmütterRevolution

**grossmütter  
manifest**

Impressum

**Assistenza sotto pressione**

Per una buona vita nella terza e quarta età  
Sintesi e raccomandazioni

Edito da: Gruppo del manifesto della GrossmütterRevolution  
La GrossmütterRevolution è un progetto del Percento culturale Migros  
[www.grossmuetter.ch](http://www.grossmuetter.ch)

Questo opuscolo si basa sullo studio:  
Elisabeth RYTER, Marie-Louise BARBEN (2015):

**Care-Arbeit unter Druck**

Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum

Lo studio completo (in tedesco) e la sintesi possono essere scaricati dal sito  
[www.grossmuetter.ch](http://www.grossmuetter.ch)

od ordinati presso:

Movimento AvaEva  
Norma Bargetzi, coordinatrice  
via Selva 27  
6990 Cassina d'Agno  
[norma@avaeva.ch](mailto:norma@avaeva.ch)

Sostegno **MIGROS**  
percento culturale

## Gli anziani non mollano!

Nel mese di maggio 2012, il Gruppo del manifesto GrossmütterRevolution ha pubblicato lo studio *Das vierte Lebensalter ist weiblich* (La quarta età è donna).<sup>1</sup> La quarta età è quella fase della vita in cui non si è più in grado di gestire completamente le faccende quotidiane senza un aiuto esterno. Lo studio raccoglie fatti e cifre sulle condizioni economiche e sociali delle donne appartenenti a questa fascia d'età e mette in luce la questione delle cure di lungodegenza. Nel settore ambulatoriale come in quello stazionario, le persone anziane, i collaboratori e i familiari coinvolti nelle cure sono in maggioranza donne.

Teniamo a sottolineare, a scanso di equivoci, che l'incremento della fascia di popolazione più anziana è una conseguenza positiva della nostra società del benessere. Ma è una situazione nuova, che comporta nuove sfide sociali.

Nel presente rapporto, ci occupiamo di nuovo della questione chiedendoci di quali condizioni quadro necessita la nostra società affinché la qualità e il senso della vita possano rimanere soddisfacenti anche in età avanzata, come dovrebbe essere una società in cui gli anziani costituiscono una grande fetta della popolazione e come sia possibile condurre una vita serena anche quando la vecchiaia ci obbliga a dipendere dagli altri.

<sup>1</sup> [www.grossmuetterrevolution.ch/projekte/grossmuettermanifest](http://www.grossmuetterrevolution.ch/projekte/grossmuettermanifest)

### **Che cosa significa vivere bene in età avanzata?**

Che le persone anziane possano vivere bene non è importante solo per i diretti interessati, ma anche per i familiari, gli amici, i vicini e tutti i professionisti che si occupano di loro nel settore ambulatoriale e stazionario. È necessario dunque assicurare il benessere degli anziani, buone condizioni per chi lavora con loro e la consapevolezza della situazione da parte di amici e familiari.

### **Due punti principali**

Il rapporto si concentra su due grandi temi.

- **Cure:** per chi? Da parte di chi? A carico di chi? Di che livello qualitativo?
- **Assistenza:** che significa? Che cosa comporta in pratica?

Il rapporto si basa su fatti, cifre e referenze bibliografiche, così come su interviste a specialisti del campo della ricerca e della prassi.

### **Cure: ambulatoriali e stazionarie**

È soprattutto dopo i 90 anni – e sempre più spesso solo dopo i 95 – che la maggior parte delle persone vive in un istituto. Le donne sono più numerose degli uomini. Le case anziani e di cura in Svizzera dispongono di 93'000 posti, ossia in media 68 posti ogni mille abitanti sopra i 65 anni, anche se l'offerta varia molto da un Cantone all'altro.

Anche le persone anziane che rimangono a casa propria necessitano sovente dell'aiuto informale di parenti, amici e conoscenti, e di quello professionale dei servizi di cura ambulatoriali. Gli anziani che ricevono cure e assistenza vivendo a casa sono molto più numerosi di quelli residenti in istituto. È quindi vero che prima di ricorrere alle cure stazionarie si ricorre a quelle ambulatoriali. Che poi sia sempre questa la soluzione migliore è un'altra questione.

### **Finanziamento delle cure 1: chi paga?**

Dal 1° gennaio 2011, vigono nuove regole per il finanziamento delle cure nel quadro della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Che cosa è cambiato? Anche i destinatari delle prestazioni e il settore pubblico partecipano al finanziamento delle cure, siano esse ambulatoriali o erogate in un istituto. L'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria (OPre) fissa gli importi fatturati alle casse malati. Esiste un limite alla parte giornaliera massima dovuta dalle persone assicurate oltre all'aliquota percentuale e alla franchigia. Anche gli importi orari e giornalieri dovuti dalle casse malati per le cure ambulatoriali e stazionarie sono fissati e calcolati per unità di tempo. I dettagli vengono decisi a livello cantonale, il che comporta differenze tra un Cantone e l'altro negli importi a carico degli assicurati.

Nonostante le riduzioni dei premi, che per gli anziani devono essere calcolate in maniera più che proporzionale, non si riesce a raggiungere l'obiettivo formulato dal Consiglio federale secondo cui le economie domestiche non devono essere gravate da contributi di cassa malati superiori all'8 per cento del reddito imponibile.

### **Finanziamento delle cure 2: che cosa viene pagato?**

L'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria fissa quali prestazioni sono coperte dalle casse. Si tratta di prestazioni prescritte dal medico ed erogate da professionisti, per cui l'assistenza non è inclusa. Ne deriva che le prestazioni di assistenza sono difficilmente quantificabili, anche se comprendono un ampio ventaglio di attività, da quelle di tipo quasi infermieristico a quelle legate alle faccende domestiche e ai contatti sociali. Esse vengono svolte in buona parte da familiari, conoscenti e volontari.

### **Finanziamento delle cure 3: le esigenze in caso di demenza**

Nel 2013, in Svizzera si contavano circa 113'000 persone affette da demenza. Il problema riguarda l'8 per cento delle persone con più di 65 anni e oltre il 30 per cento degli ultranovantenni. Pressoché la metà dei pazienti vive a casa propria, l'altra metà in una residenza per anziani o una casa di cura. Negli istituti, circa la metà dei residenti è affetta da demenza. I costi che ne derivano sono ingenti sia per gli istituti sia per le persone colpite e chi si occupa di loro. Le prestazioni della LA-Mal non bastano. Mancano risorse finanziarie e personale infermieristico e di cura. Negli stadi precoci della malattia, i pazienti necessitano soprattutto di servizi di assistenza che le casse malati non coprono.

La Strategia nazionale sulla demenza 2014–2017 dell'Ufficio federale della sanità pubblica e della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità evidenzia i campi d'azione prioritari e propone una serie di idee di progetto senza tuttavia precisare come vadano attuate.

### **Qualità di vita – qualità delle cure: che cosa è misurabile?**

Per valutare il benessere, si può misurare la qualità di vita, che include tutti gli ambiti più importanti: lavoro, salute, alloggio, integrazione sociale, tempo libero. Si tratta di aspetti importanti a prescindere dall'età, ma quando si invecchia alcuni di essi possono assumere una rilevanza diversa. Ciò è vero soprattutto nella quarta età. Essere autonomi, condurre una vita dignitosa o essere ben integrati nel tessuto sociale sono elementi che acquisiscono un nuovo significato. Parallelamente, aumenta l'importanza delle cure. La qualità delle prestazioni erogate dai professionisti non dipende soltanto dal benessere che meritano i pazienti, ma in gran parte anche da questioni finanziarie.

Tutti sono consapevoli di quanto sia importante la salvaguardia della qualità nel campo delle cure, ma quando si tratta di misurare, si misura il misurabile. Purtroppo, i dati così ottenuti non rivelano per forza quale sia la qualità di vita di chi riceve le cure. I dati misurabili non sono indicatori affidabili del fatto che viviamo più o meno bene.

### **Una crisi dell'assistenza?**

#### **Che cos'è l'assistenza?**

Il lavoro di assistenza comprende tutte le prestazioni di aiuto a persone, che siano pagate o no. Si tratta inoltre di attività in cui regna una certa asimmetria, ossia un rapporto di dipendenza di chi riceve le prestazioni nei confronti di chi le eroga. Altre caratteristiche fondamentali sono la componente emotiva e la componente temporale poiché, a differenza di altre attività, nell'assistenza l'organizzazione del tempo può essere razionalizzata solo in parte.

### **Chi presta assistenza oggi?**

Ogni anno, in Svizzera viene prestata una quantità incalcolabile di lavoro di assistenza. Secondo l'Ufficio federale di statistica, nel 2010 sono state 8,2 miliardi di ore, tra lavori domestici di qualsiasi genere, cura di bambini e adulti, e volontariato formale e informale. Gli uomini hanno prestato 3 miliardi di ore di lavoro, le donne 5,2 miliardi. La componente femminile prevale anche nel settore sanitario: nel 2012, il personale delle case di cura era composto all'84 per cento di donne.

### **Crisi dell'assistenza 1: chi se ne occuperà in futuro?**

Sempre più donne lavorano. Da diversi anni, ormai, il loro tasso di attività si aggira intorno all'80 per cento, approssimandosi così a quello degli uomini. C'è tuttavia una grande differenza: quasi il 60 per cento delle donne lavora a tempo parziale, per cui il lavoro femminile corrisponde appena al 38 per cento del totale. Ciò è dovuto soprattutto ai problemi legati alla custodia dei bambini fuori dalla famiglia. Benché qualcosa sia cambiato negli ultimi anni, i posti negli asili nido e nelle scuole a orario continuato rimangono insufficienti. Al contempo, cresce il numero di anziani in seno alla popolazione che prima o poi avranno bisogno di cure. Si tratterà sempre più spesso di persone sole, che non possono far capo al sostegno di familiari. Ma è necessario ripensare anche il sistema delle cure dispensate dai parenti. Per molto tempo, l'incompatibilità tra famiglia e lavoro sembrava toccare unicamente le persone con figli a carico, ma ora si parla sempre più spesso anche delle cure ai congiunti. A differenza dei figli, i parenti anziani solitamente non vivono sotto lo stesso tetto di chi si occupa di loro. Spesso abitano in un altro Comune o addirittura in un'altra regione. Sebbene le donne continuino a fornire una parte preponderante del lavoro di assistenza non retribuito, in futuro non avranno più la stessa disponibilità di oggi.

### **Crisi dell'assistenza 2: lacune nell'assistenza**

Oggi, buona parte del personale sanitario – circa un quarto, stando al censimento delle aziende 2008 – è straniero. La Svizzera dipende sempre più dalla manodopera internazionale perché forma troppo pochi professionisti. Gli stranieri forniscono quindi un contributo vitale al crescente fabbisogno nel settore sanitario e l'attuazione dell'iniziativa contro l'immigrazione di massa di febbraio 2014 acuirà ulteriormente il problema. Non va poi sottovalutato il fatto che i professionisti stranieri attivi da noi mancano in patria: anche lì ci sarebbe bisogno di loro, sia come lavoratori sia come familiari che possano prendersi cura dei propri congiunti bisognosi di cure.

Sempre più spesso, le lacune nel settore privato vengono colmate grazie all'immigrazione di donne per lo più provenienti dall'Europa dell'Est che lavorano come badanti. Non ci sono cifre precise sul fenomeno, anche perché a volte queste persone lavorano in nero. Anzi, è probabile che le condizioni di lavoro illegali – salari troppo bassi, nessuna assicurazione sociale, orari di lavoro incontrollati ecc. – siano la regola, non l'eccezione. Inoltre, al personale immigrato vengono talvolta assegnati compiti di cura per i quali, secondo il diritto svizzero, è necessaria un'autorizzazione all'esercizio.

### **Crisi dell'assistenza 3: dispersione del lavoro di assistenza**

Nel corso del XX secolo, le spese delle assicurazioni sociali sono aumentate vertiginosamente a causa dello sviluppo della sicurezza sociale. Rispetto ad altri paesi industrializzati occidentali, la Svizzera ha agito con un certo ritardo e il lavoro di assistenza è per lo più assente dal sistema delle assicurazioni sociali. Il legislatore ha dato per scontato che queste attività venissero eseguite in buona parte dalle donne

nella loro vita privata. Non ci si è preoccupati del fatto che in tal modo le donne sarebbero state private di una copertura personale, dato che le assicurazioni sociali e la previdenza professionale sono in larga misura legate al reddito da lavoro.

### **Dov'è rimasta la solidarietà?**

Dagli anni Novanta, lo Stato sociale ha subito costanti riduzioni o, nella migliore delle ipotesi, revisioni. Non si ragiona più in termini di solidarietà, bensì di individualità, ossia di persone indipendenti in pieno possesso delle proprie forze fisiche e mentali, che possono scegliere di agire liberamente, secondo le proprie esigenze e preferenze. È un modello basato sulla teoria economica liberale neoclassica che non si concilia con la realtà dei compiti di assistenza. Le persone che forniscono e ricevono prestazioni di assistenza sono legate non tanto da rapporti contrattuali fra pari, bensì da relazioni asimmetriche e di dipendenza. Questo è particolarmente vero nel caso degli anziani bisognosi di cure.

Quando le persone bisognose di cure e assistenza appartengono alle fasce di popolazione a basso reddito, non importa tanto avere a disposizione un'ampia scelta sul mercato, quanto sapere quali sono le offerte che si è in grado di pagare con i propri soldi o con l'aiuto di prestazioni complementari. Le opzioni sono un servizio spitex di pubblica utilità o una casa di cura, sempre che vi si liberi un posto in tempo utile. Con il nuovo finanziamento delle cure, le prestazioni coperte dalle casse malati sono state standardizzate e limitate nel tempo. Ciò significa che le prestazioni assunte dall'assicurazione di base sono definite con unità di tempo fisse. Lo spitex e le case di cura sono tenuti a fornire i loro servizi nel modo più economico possibile.

Chi invece dispone di una buona situazione finanziaria viene corteggiato da tutti gli attori che si muovono sul libero mercato, dove servizi e mezzi ausiliari di ogni genere vengono venduti alla clientela che può permetterselo come fossero merci.

### **Cambiamenti e adeguamenti**

Anche le persone intervistate<sup>2</sup> per questo progetto sono a favore di un equilibrio fra efficienza ed economicità dei servizi, ma con criterio. Come vanno gestite le situazioni problematiche? Il principale cambiamento positivo degli ultimi anni sono la professionalizzazione e l'aumento delle competenze specialistiche in vari ambiti delle cure. Il rovescio della medaglia è l'incremento dei costi e dell'onere amministrativo.

I problemi più urgenti per i fornitori di servizi sono dovuti alla commercializzazione rampante del sistema sanitario. La necessità di offrire servizi di qualità al prezzo più basso possibile e di dover comprovare il tutto nei minimi dettagli per ottenere il pagamento (dalle casse malati) li mette sotto forte pressione. Ciò va anche a scapito delle persone che prestano le cure, poiché devono costantemente cercare l'equilibrio fra le prestazioni richieste e l'etica professionale. Pazienti e ospiti degli istituti percepiscono questa pressione quando vengono dedicati loro meno tempo e attenzioni di quanto sarebbe necessario per garantire un benessere adeguato, un problema soprattutto in relazione ai malati di demenza. Con il nuovo finanziamento delle cure, i costi sono aumentati per tutti i destinatari di servizi. Di conseguenza, è anche diventa-

<sup>2</sup> Specialisti attivi nella ricerca, dirigenti di organizzazioni e di servizi ambulatoriali e stazionari.

to difficile trovare personale qualificato in quantità sufficiente. Urge creare più posti di formazione e praticantato, e aumentare il numero di studenti di livello terziario in campo sanitario. Ciò sarà possibile soltanto potendo offrire condizioni di lavoro eque, specialmente nel campo della lungodegenza.

### **Lavoro di assistenza e qualità di vita**

La qualità di vita degli anziani dipende dalla dignità e dall'autonomia. L'autonomia comprende diversi aspetti, che l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri classifica in quattro categorie: affettiva, mentale, fisica e sociale. Perdere l'autonomia in uno di questi campi non comporta necessariamente la perdita anche negli altri. L'importante è che la persona sia considerata in quanto tale e che possa partecipare, nel limite delle sue capacità, alla gestione, alla discussione e alla presa di decisioni.

L'assistenza si distingue da altre attività anche e soprattutto per l'organizzazione del tempo, che può essere razionalizzata solo in parte. Il nuovo paradigma del finanziamento delle cure ha tuttavia accelerato il processo di razionalizzazione, costringendo non solo i pazienti e gli ospiti degli istituti, ma anche il personale a comprimere i tempi, per cui gli aspetti emotivi del lavoro di assistenza vengono spesso relegati in secondo piano.

## **Raccomandazioni**

Considerato quanto precede, il Gruppo del manifesto Grossmütter-Revolution formula le sei raccomandazioni seguenti all'attenzione dei detentori dei poteri decisionali di tutte le correnti politiche. Si tratta di raccomandazioni mirate ai problemi che hanno un rapporto diretto con il lavoro di assistenza e le persone anziane.

### **1 Finanziamento delle cure: non separare quello che va unito**

In considerazione della qualità di vita e delle cure, la separazione tra cure e assistenza va assolutamente riconsiderata.

*La separazione tra cure e assistenza operata con l'elenco delle prestazioni secondo l'articolo 7 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) non è contestata unicamente da chi è attivo sul campo. Oltre a non essere orientata alla prassi, non tiene conto delle attuali esigenze del contesto delle cure. Tutto l'ampio ambito dell'assistenza viene ignorato, sia per quanto riguarda il controllo della qualità sia in relazione al finanziamento da parte delle casse malati. L'aspetto delle cure in senso stretto non può essere separato da quello dell'assistenza, e il tempo di lavoro non può essere sempre calcolato secondo uno schema rigido. L'assistenza è razionalizzabile solo in parte. La discussione sul finanziamento delle cure non può essere condotta tenendo presente soltanto l'aspetto dei costi (e quindi della loro riduzione).*

### **2 Tempo sufficiente per i malati di demenza e per le cure palliative**

Le persone affette da demenza e quelle giunte all'ultimo stadio della vita necessitano di cure di tipo complessivo. L'elenco dell'articolo 7

dell'Ordinanza sulle prestazioni va riesaminato per adeguarlo in maniera realistica alle esigenze pratiche.

*L'esempio dei malati di demenza rende palese che la separazione fra cure e assistenza operata dal legislatore nel quadro del finanziamento delle cure non corrisponde per nulla alla realtà pratica. Nei primi stadi della malattia, queste persone non necessitano per forza di più cure, bensì di più assistenza, in particolar modo se si vuole garantire la loro autonomia.*

*Giunte alla fine della loro vita, le persone anziane devono poter contare sulle cure palliative. Poiché in questo campo gli aspetti psicologici e sociali sono spesso centrali, è indispensabile che il personale possa collaborare in maniera interdisciplinare. Dal 1° gennaio 2012, l'articolo 7 dell'OPre prevede che il coordinamento dei provvedimenti in situazioni di cura complesse può essere conteggiato, ma il finanziamento rimane insufficiente sia in campo ambulatoriale sia in quello stazionario.<sup>3</sup> Il concetto di erogazione delle cure palliative non può fallire per mere questioni finanziarie. L'OPre va quindi completata di conseguenza.*

### **3 Garantire le prestazioni complementari**

Le prestazioni complementari (PC) devono essere garantite. Si tratta di una componente imprescindibile di una politica della vecchiaia che si è dimostrata efficace fino a oggi. In particolar modo, le donne con rendite limitate dipendono dalle PC per accedere a cure adeguate.

<sup>3</sup> Ufficio federale della sanità pubblica (2013a), pag. 4 segg.

*Attualmente, il 12 per cento circa dei beneficiari dell'AVS dipende da PC. Secondo la Costituzione federale,<sup>4</sup> la Confederazione e i Cantoni versano queste prestazioni alle persone il cui fabbisogno vitale non è coperto dalla rendita e dalla sostanza. Con l'avanzare dell'età, le PC diventano sempre più importanti e, nella maggior parte dei casi, consentono di evitare che le persone debbano fare ricorso all'assistenza sociale.*

*È in corso di discussione un aumento degli importi massimi per le spese di pigione secondo le regioni. Al contempo, però, è prevista una revisione totale della LPC. La consultazione si aprirà nel 2015. Il Consiglio federale viene così incontro a un bisogno sentito soprattutto dai Cantoni, che sostengono circa il 70 per cento delle spese per le PC e hanno quindi una forte voce in capitolo. Considerato il mantra dominante della riduzione dei costi, non è da escludere che nel quadro della revisione vengano proposti tagli,<sup>5</sup> un esito che va certo evitato.*

### **4 Non limitare i servizi ambulatoriali alle cure**

Un sostegno finanziario pubblico sufficiente per i servizi ambulatoriali di tipo sociale e domestico destinati agli anziani è indispensabile.

*Restare a casa propria finché è possibile. È quello che vogliono le persone anziane e che chiede la politica. Ciò vale in ambito ambulatoriale e stazionario. Ma è sempre una scelta sensata? Vivere a casa può comportare difficoltà considerevoli sia per i diretti interessati sia per i familiari che si occupano di loro. Affinché la qualità di vita a casa pro-*

<sup>4</sup> Articolo 112a, capoverso 1.

<sup>5</sup> Consiglio federale (2013), pag. 8.



*pria sia garantita, gli anziani non hanno bisogno soltanto di cure, ma anche di un sostegno sociale e per le faccende domestiche a condizioni accettabili e accessibili. Si tratta allo stesso tempo di un «sistema di allerta precoce»: le visite regolari da parte dei professionisti prevengono l'isolamento, l'abbandono e la violenza, e aiutano a preparare al meglio un eventuale trasferimento in istituto. È importante che vi siano un'elevata permeabilità e una buona collaborazione tra i professionisti e i collaboratori informali.*

### **5 Un sistema di incentivazione per la lungodegenza**

Al fine di garantire le cure di lunga durata, ci vogliono buone condizioni di lavoro e stipendi adeguati. Solo così sarà possibile resistere alla concorrenza del settore acuto.

*Manca personale sanitario, soprattutto nel campo della lungodegenza. Buone condizioni e un clima di lavoro sereno sono aspetti decisivi. Bisogna riflettere se e come creare un sistema di incentivazione per la lungodegenza, per esempio con orari più brevi, asili nido sovvenzionati o indennità salariali. I buoni motivi ci sono, poiché le cure di lunga durata sono molto impegnative: richiedono grandi competenze settoriali nell'assistenza a pazienti e ospiti che soffrono di più malattie contemporaneamente, e grandi competenze sociali (p.es. a livello comunicativo) per gestire i rapporti con familiari e conoscenti delle persone in cura. Nella lungodegenza, bisogna essere in grado di lavorare in modo interdisciplinare e saper coinvolgere le persone di riferimento nel concetto di cura e assistenza.*

### **6 Legalizzare il personale immigrato**

Le persone immigrate che lavorano nelle economie domestiche devono essere assunte a condizioni corrette, ricevere una giusta preparazione ed essere informate dei loro diritti e obblighi.

*L'assunzione di personale immigrato diventa un problema soprattutto quando le condizioni di lavoro non sono accettabili, per esempio a causa della mancanza di un contratto, di orari non regolati, di stipendi insufficienti, di lacune nella copertura da parte delle assicurazioni sociali, di irregolarità nell'indennizzo delle vacanze o nella gestione del tempo libero ecc. Un altro problema è l'assegnazione a queste persone di compiti che dovrebbero essere eseguiti solo da personale specializzato. Un aiuto potrebbe venire da centri di sostegno a bassa soglia e da offerte formative. Nel mese di novembre 2014, il Parlamento ha ratificato la Convenzione 189 dell'OIL,<sup>6</sup> la quale stabilisce tutti i punti che vanno rispettati affinché il personale di cura immigrato in Svizzera possa lavorare in condizioni dignitose.<sup>7</sup> La Convenzione 189 contiene pure disposizioni per controllarne il rispetto.*

<sup>6</sup> Conferenza internazionale del lavoro (2011). Convenzione n. 189 sul lavoro dignitoso per le lavoratrici e i lavoratori domestici.

<sup>7</sup> Per informazioni più concrete (in tedesco), si veda <https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/publikationen/care-migrantinnen.html> oppure <http://www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/av/alter/care-migration>.

## Il Gruppo del manifesto

Il Gruppo del manifesto è l'organo politico della GrossmütterRevolution. Esso è composto di femministe della prima ora, che da decenni si impegnano per la causa, e di donne che hanno deciso di lottare per una terza e quarta età all'insegna della dignità e dell'autodeterminazione: per tutte le donne, ricche o povere, in coppia o sole, sane o malate. Il Gruppo del manifesto si orienta al GrossmütterManifest, presentato nel 2011 all'opinione pubblica con una grande dimostrazione.

Vi si legge:

- offriamo il nostro impegno, la nostra esperienza decennale nell'ambito delle questioni femminili, sostegno reciproco, solidarietà e la possibilità di definire i temi riguardanti le donne e l'invecchiamento;
- rivendichiamo un riconoscimento sociale, eventualmente anche finanziario, delle prestazioni fornite dalle nonne, il diritto di essere coinvolte nell'organizzazione di offerte di assistenza per la terza e quarta età, e l'approfondimento del tema della povertà nella vecchiaia.

### **Contatto**

Heidi Witzig

heidi.witzig@bluewin.ch

