# ANZIANI E SOCIETA

L'associazionismo Uisp affronta i bisogni fisici e psichici degli anziani

# Ginnastica... alla tua età Idee e proposte per rimanere in forma

Una pratica motoria che esclude le mode e punta tutto sulla salute e la serenità - Risposta agli amanti delle bocce

riempito a metà si può dire mente, esso è un fatto cultuche quel bicchiere è mezzo pieno o mezzo vuoto. Il punto di vista indubbiamente cambia a seconda dello stato d'animo e del carattere della gli hobbies, gli interessi perpersona. Ora prendiamo una | sonali, artistici, le conoscenpersona anziana: come è percepita? Come un bicchiere mezzo pleno o mezzo vuoto?

•In generale in questa nostra società l'anziano è percepito, e quindi lui stesso si percepisce, come un bicchiere mezzo vuoto. Questo induce ad organizzare la vita nella terza età in funzione dell'essere mezzi vuoti e quindi nel preservare forze e capacità per salvare quel poco che resta. Ben altra cosa sarebbe essere coscienti che si è ancora bicchieri mezzi pieni: di capacità, desideri, opportunità, creatività, sorrette da una storia, iscritta in una preziosissima memoria. E allora occorre essere anziani in movimento.

Con questa proposta sintetica: «Anziani in movimento» l'Unione italiana sport popolare (Uisp), associata all'Arci, si è rivolta a tutte le persone della terza età per proporre, appunto, una vita di movimento, partecipando quindi ad iniziative che riguardano il tempo libero, il bisogno di poter soddisfare i suoi interessi, svolgendo nello stesso tempo un ruolo significativo per sé e per la società. Le aspirazioni culturali, quindi, ben si collocano in occasioni associazionistiche là dove lo stesso anziano possa essere artefice di progetti e realizzazioni.

L'associazionismo stato sottolineato, tra le altre cose, all'assemblea mor. ilale sull'invecchiamento svoltasi | pegno psicofisico sia sosteni-a Vienna nel 1982 — non può | bile con un affaticamento

Se si guarda un bicchiere | essere istituito obbligatoriarale, un comportamento sociale che ha carattere di spontaneità. Ma va favorito, promosso, aiutato. Solo così ze, i modi diversi di produrre e di continuare a studiare, viaggi, gite, opportunità di svago, laboratori, attività sportive, possono assumere un significato importante non solo per l'anziano ma

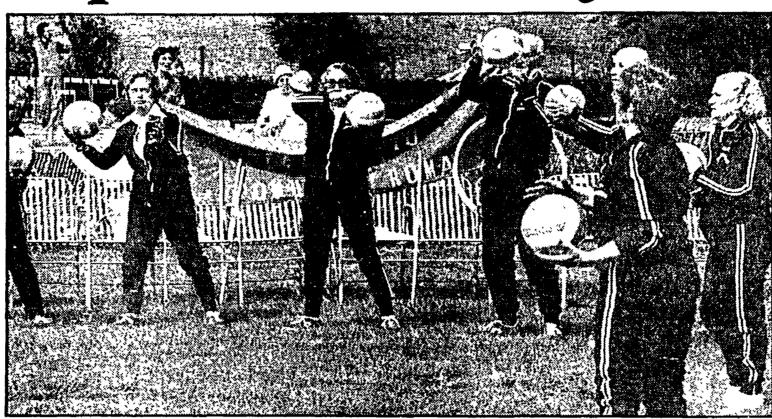
per tutte le altre generazioni. Su questa linea l'Uisp si propone come centro di iniziativa e di partecipazione degli anziani a varie attività del tempo libero. Una attenzione particolare viene riservata all'attività motoria: ginnastica, danze popolari, nuoto, canoa, sci di fondo. «Sappiamo benissimo - si

fa notare — che il corpo del-

l'uomo è assai diverso da

una macchina, in quanto non è solo ossa, tendini e muscoli, ma anche pensiero. Proprio per questo un sog-getto pensante non può trascurare che solo muovendosi, solo praticando del moto con continuità può prolungare di fatto il suo modo del tutto originale di restare al mondo. Molto spesso la pratica motoria viene considerata una sorta di medicamento o finalizzata all'efficienza e all'estetica. In questi casi l'attività motoria viene consumata all'insegna del "più ci si affatica e si soffre, maggiori saranno i risul-

Si può invece vivere anche nell'età anziana la propria motricità, attraverso pratiche motorie e sportive concepite a misura d'uomo, realizzate cioè in modo che l'im-



proporzionato alle forze di | tati gli aspetti medici, psicochi lo pratica. In questo caso si può ricavarne non solo salute ma anche serenità. Dunque ginnastica e sport secondo le proprie possibili-tà, pensando non a quanta se ne fa, ma al perché ed al co-

Per offrire corsi di ginna-stica e attività sportive coerenti con queste premesse l'Uisp ha promosso a Torino, in collaborazione con la cattedra di gerontologia e di geriatria dell'Università del capoluogo piemontese, una scuola per operatori di atti-vità motorie per la terza età. La scuola, aperta ai diplo-mati e agli studenti Isef (Istituto superiore di educazione fisica), ai laureati e diploma-

logici, sociologici, la metodologia e pratica dell'attività motoria in palestra, danze popolari, espressività corporea, gli aspetti politico-organizzativi, un tirocinio nei corsi per anziani, gruppi di osservazione e discussione; nel secondo anno si aggiungono altre materie specifiche come il ritmo e la musica col movimento, acquaticità e

nuoto, programmazione gruppi di ricerca. La commissione nazionale terza età dell'Uisp ha sede a Roma, via Francesco Carrara 24, telefono 35791. Dalla Lega bocce dell'Uisp nazionale ci scrive il presidente Cesare Grazia.

boccistica può giustamente considerarsi un'attività motoria completa, propone di dar vita ad una Federazione bocce amatoriale.

\*Francamente non capisco il perché di tale proposta, quando gli Enti di Promozione Sportiva (Uisp, U.s. Acli, Endas, Aics, ecc.), già orga-nizzano il gioco delle bocce prevalentemente nelle forme amatoriali.

«Per quello che ci riguarda, come Lega Bocce dell'Uisp, a fronte di un elevato numero di iscritti, non corrisponde, almeno nel settore Raffa, un impegno dei compagni per realizzare un'attività amatoriale congrua. Solo se ogni circolo si ricorda di avere tesfisica), al laureati e diplomati con esperienza documentabile nel settore della terza età, si articola in due anni: nel primo anno sono affron
Cesare Grazia.

Rispondo alla lettera del compagno Amedeo Sardelli, pubblicata sulla pagina "Anticola in due anni: ziani e società" del 3-12-1985 in cui, rilevato che l'attività mellaggi. A tale proposito vo-

glio ricordare che la Lega or ganizza (tanto per citare le cose più grosse) il 1º giugno a Torino il Meeting della Repubblica, il 23 marzo a Roma il Trofeo Pietro Nenni, il 5/6 aprile a Caltanissetta il Meeting "Trinacria", la Manifestazione Lui e Lei, ecc..., tutte gare fondamentalmente per amatori, essendo riservate ad

essi e alla categoria C. «Se è vero (e non lo è del tutto) che gli anziani fanno parte della categoria amatori, come si può rilevare, l'Uisp e la sua Lega Bocce, offrono attività e spazio per attività. Quello che occorre è un maggiore impegno costante e coerente di tutti i compagni. Diversamente a mio parere, s può rischiare, senza volerlo, di fare dei ghetti. Bisogna stare molto attenti». Cordiali saluti.

Un convegno ad Arezzo

# Solitudine e bisogni dei vecchi contadini

Il perché di tanti gesti disperati - Pro-poste per migliorare il servizio sanitario

Contro le iniquità della legge finanziaria - | attualmente dirigente della Confcoltivatori che sta subendo duri colpi al Senato - sono scesi in campo, con manifestazioni un po' in tutta Italia, i pensionati del settore pubblico e privato e i pensionati della Confcoltivatori, l'organizzazione unitaria dei coltivatori italiani (l'altra organizzazione, di ispirazione cattolica, è la Coldiretti).

Per fare il punto delle rivendicazioni de pensionati coltivatori nel campo della previdenza, dell'assistenza e della sanità, ma anche per discutere i problemi più generali che toc-cano da vicino le condizioni di vita degli anziani coltivatori, in previsione del congresso nazionale indetto per febbraio, si è riunita ieri ad Arezzo l'assemblea del dirigenti dell'Associazione nazionale pensionati della Confcoltivato-

Sono poco più di 2 milioni e mezzo gli occupati in agricoltura, di cui i coltivatori diretti rappresentano la parte prevalente: circa 1 milione e mezzo (quasi 800 mila donne). I pensionati coltivatori diretti hanno raggiunto nel 1985 la cifra di 1.839.600.

I temi delle pensioni, della salute e delle condizioni di esistenza degli anziani contadini del le nostre campagne sono stati al centro del dibattito. Non sono mancate note dramamtiche di denuncia. Sono stati ricordati, tra l'altro, i dati Istat sui suicidi in Italia e lo studio che, sulla base di questi dati, ha recentemente compiuto il laboratorio di epidemiologia e biostati stica dell'Istituto superiore di sanità in cui si evidenziano le motivazioni, i tassi, la qualità, il sesso, lo stato civile e i fattori economici e sociali che sono alla base del suicidio. Le statistiche hanno evidenziato un lento ma costante aumento dei casi (4 ogni 100 mila abitanti nel '74 e 5 nell'83) con una netta prevalenza nelle classi in età più avanzata e, per quanto riguara i vari settori di attivita, una percentuale più elevata in agricoltura (dati '81: agricoltura 16% dei casi, contro il 6,9% nell'industria).

Evidentemente — ha notato Nando Agostinelli, già presidente della Usl 1 di Roma ed | stenza domiciliare.

questi dati sono indicativi di un disagio nelle campagne tanto grave e drammatico da spingere le persone più deboli e isolate ad un gesto disperato. Ma si tratta di una situazione che colpisce in molte zone la generalità della popolazione agricola, specie nel Sud e nei piccoli centri: abitazioni malsane, mancanza di servizi sociali e sanitari, assenza di giovani causa l'emigrazione, solitudine quindi e stato di abban-

Tra le carenze maggiori nel campo dell'assistenza sanitaria ricordate è quella, ad esempio, della cura dei denti e delle protesi dentarie. Il servizio sanitario di base - ha detto Agostinelli - non può ignorare o rinviare questa domanda sanitaria che, se ignorata, influisce fortemente in senso negativo sull'alimentazione e sulla psicologia degli anziani.

A Roma nove Unità sanitarie da anni erogano prestazioni protesiche attraverso una convenzione con laboratori privati (protesi totale 622 mila lire); nelle Usl 1 e 3 funziona in gestione diretta un laboratorio odontotecnico dove una protesi totale di resina viene pagata solo 480.000 lire contro cifre che vanno da 1 a 10 milioni di lire dei laboratori privati. Un pensionato coltivatore con 300 mila lire mensili, per una protesi economica di 1 milione dovrebbe sacrificare almeno tre mesi di pensione e ciò è inammissibile. In altre regioni (Emilia, Toscana, Piemonte, Veneto, Lombardia, Abruzzo, Puglia, ecc.) una parte delle Usl, ma solo in

minima parte, erogano queste prestazioni o prevedono un parziale rimborso. È necessario che le Regioni predispongano un piano finanziario per aprire almeno un ambulatorio odontoiatrico nelle Usl che ne sono prive, per la cura ma anche per la prevenzione. Un altro obiettivo posto all'assemblea del-

l'associazione è quello della creazione dei di-

stretti socio-sanitari previsti dalla riforma sa

nitaria che individua in questo organismo la

struttura di base unificante di tutti gli inter-

venti sociali, sanitari, tra cui quelli dell'assi-

## Se l'anziano si ammala chi deve occuparsene?

lato. Vien subito la voglia di contestare.

Quale anziano ammalato? Quello paralitico a letto con le plaghe da decubito? Quello imbambolato seduto sul buco della sedia a rotelle o, più semplicemente, il diabetico iperteso, il cardiopatico aritmico, l'osteoartosico o il giaucomatoso? C'è una bella differenza. Ci vorrebbe una faccia tosta che mi manca se volessi far credere che sia ipotizzabile un modelio di organizzazione valevole per tutti, sol perché anziani. Per quali anziani, poi? Quelli dai 60 ai 70 oppure quelli dai 70 agli 80 o quelli dagli 80 ai 90? Anche qui c'è una bella differenza. Loro lo sanno bene, tant'è vero che mio nonno quando aveva 90 anni diceva: «Ah, se avessi 10 anni di meno».

Eppure, evidentemente, l'argomento non si è esaurito maigrado il gran disputare che c'è stato da vent'anni a questa parte. Prima c'erano i cronicari che erano Opere Pie e sono stati trasformati, all'insegna del progresso, in Ospedali geriatrici. Poi s'è detto: niente ospedali-specializzati, abolire i ghetti, solo ospedali generali. Allora s'è pensato alle divisioni di geriatria negli ospedali generali, che poi, in sordina, una dopo l'altra, si sono trasformate in divisioni di medicina. Poi al grido di via i vecchi e i cronici dagli ospedali si è cominciato a parlare di dipartimento con servizi intra ed extramurari, poi di day hospital, poi di servizi specialistici domiciliari con motivazioni convincenti come quelle che i vecchi non devono essere sradicati ma lasciati nel loro ambiente.

Eppure non ci siamo ancora. C'è ancora una moltitudine di vecchi, di familiari di vecchi, di amici di vecchi, di amministratori pubblici, di semplici cittadini che non sanno come risolvere questo problema dell'assistenza.

A questo punto si fa spontanea la domanda: ma è proprio vero che dobbiamo sforzarci di immaginare una organizzazione ideale di servizi per l'anziano ammalato? A scanso di equivoci dico subito di sì.

Faccio questa affermazione prima di tutto perché anch'io come geriatra mi porto dentro i miei modelli culturali e neppure ho voglia di contraddire le Scuole di geriatria, la Società scientifica, i Liberi docenti, i Colleghi specialisti. Poi penso anche al fislatri, al tecnici della riabilitazione, al sociologi, agli psicologi e, perché no?, agli amministratori locali e ai

Intendiamoci, non sono dalla parte loro per motivi corporativi o per timori reverenziali, ma perché sono convinto che loro, tutti questi signori, sono realmente necessari ai vecchi, come del resto i vecchi a loro. Soltanto una cosa mi placerebbe, nella mia inspiegabile monomania, che se c'è un servizio che per i costi che ha non può che essere pubblico (sono molto pochi i vecchi che potrebbero farcela con le loro risorse), questo servizio dovrebbe essere aperto ai problemi di tutti gli anziani e non soltanto ad una parte di loro.

Mi spiego. Io vorrei utilizzare tutte le energie che ci sono, e

La risposta di Mazzotti al convegno di Milano Limiti e ambiguità della geriatria ufficiale Un errore ignorare il ruolo del medico di base Ma non basta l'esperienza, occorre aggiornarsi Importanza del lavoro di équipe nel territorio

sono tante, e tutto li tempo che c'è, e quello avanza perché la vecchiala s'è fatta lunga, per organizzare del servizi oltre che per gli anziani ammalati, anche per gli anziani non ammalati, ma nella norma. Cioè (come dice il mio maestro) che sì, è ammalato, ma è normale che lo sia. Insomma, mi spiego meglio, è vecchio e ci ha il suo daffare con la prostata, con la memoria, con l'osteoporosi, col cuore e la bronchite, va se-guito, ma sta bene. E sta bene se è seguito.

Semplice no? Prenderci cura dei cronici, dei lungodegenti, degli incapaci sì, ma non solo durante, anche prima, quando erano soltanto anziani coi loro problemi. D'altra parte la gerontologia e la geriatria togata, quella delle Cattedre, degli Istituti, dei Primariati di quali anziani ammalati si è sempre occupata? Anche qui salvo qualche eccezione solo di quelli ricoverati, una frazione insignificante del popolo del vecchi. Una stima fatta a spanne parla di 7% di ultrasessantenni fra ricoverati in ospedale o negli istituti di assistenza e custodia. Cosa ne è dei restante 93%? Per fortuna la stragrande maggioranza sta bene e se la cava per conto suo, ma c'è anche chi non è autosufficiente, ci sono gli ammalati, quelli che stanno a letto e debbono essere curati. Chi ci pensa? Ci pensano i familiari, con l'aluto del medico di famiglia e con qualche consulenza ogni tanto.

In definitiva chi più si occupa degli anziani dal punto di vista sanitario quando stanno normalmente, e anche quando si ammalano, altri non è che il medico di fiducia convenzionato o privato che sia. È il medico di fiducia che li conosce uno a uno questi anziani ammalati, che li ha conosciuti an-che prima, che poi li segue giorno dopo giorno, e li perde soltanto se vengono ospedalizzati o istituzionalizzati o se i loro giorni sono finiti.

La cosa curiosa è che la geriatria ufficiale non si è mai accorta del medico di famiglia. Ha inventato è vero i tecnici e gli ausiliari che gli servono per attuare complicati pro-grammi terapeutici, ha chiamato in causa altri specialisti di altre discipline come la psicologia, la sociologia e persino la medicina in alternativa (che ne so, l'agopuntura, la pranoterapla) ma il medico di base lo ha ignorato bellamente. Ecco, mi sembra un non senso parlare dell'assistenza all'anziano

corso. A parte le valutazioni | entrata in vigore della legge,

«Caro compagno direttore, se Bobo aiuta lo spirito, Argiuna Mazzotti aiuta la salute...». Così ci ha scritto Sergio Varo di Riccione lamentando il fatto che in qualche numero della

pagina del martedì dedicata agli anziani non sia apparsa la consueta nota di informazione sanitaria del

nostro collaboratore medico di famiglia, specialista in gerontologia, Argiuna Mazzotti. Sollecitazioni ad Argiuna a... non mancare un colpo ci sono giunte anche da Fausto Tura di Genova e da Francesco

Gardurgli (anche a nome di altri lettori). Desideriamo tranquillizzare i lettori: il dottor Mazzotti non ci ha abbandonato. Ne è prova il testo che qui sotto pubblichiamo. Si tratta della relazione svolta al megaconvegno di Milano

longevità, in cui si affronta un tema di scottante attualità.

sull'invecchiamento e la

ammalato senza parlare del medico che l'ha in cura. Vero è che tutta la patologia e la clinica, o quasi, è quella che si studia negli istituti universitari e negli ospedali e quindi può non apparire strano che anche la geriatria segua la stessa sorte. Invece è proprio questo che dovrebbe cambiare perché la geriatria è clinica in movimento per via dell'invecchiamento e quindi deve sapersi estendere oltre alla fase del ricovero. È comprensibile che alla dimissione del cardiopatico che ha avuto un Tia gli venga raccomandato che quei farmaci prescritti in ospedale, dovranno essere presi per il resto della vita, ma è altrettanto prudente aggiungere subito,

sotto il controllo del medico curante. D'altra parte se la gerontologia vuole assolvere al compito di limitare i ricoveri e i rischi delle lungodegenze e delle invalidità non può che rivolgersi al medico di base.

A questo punto mi sembra emerga chiara la proposta di utilizzare la medicina di base come servizio fondamentale dell'assistenza all'anziano ammalato, primo perché già c'è, non c'è bisogno di oneri aggiunti, non c'è da inventar nulla; secondo perché in questo modo sarebbe possibile assistere tutti i vecchi, con una collaborazione tutta speciale per via del rapporto di fiducia.

Il punto di novità e nello stesso tempo più delicato sta nel fatto che questo servizio dovrebbe essere affidato a competenze gerontologiche di fondo e a capacità geriatriche prova-te. Come? Non basta la laurea, visto che la geriatria non è materia obbligatoria del corso, e neppure affidarsi all'espe-rienza che non sempre è buona maestra e tanto meno al corsi di aggiornamento perché la geriatria, a mio parere, è prima di tutto una scelta professionale.

Non resta quindi che affidare ai geriatri il compito di curare i vecchi. O che altro dovrebbero fare? i consulenti? Sì, va bene, ma che senso ha vedere una volta tanto il caso e pol, magari, farselo raccontare per telefono dal collega che lo segue. Perché qualcuno deve pur seguirlo l'anziano ammalato, controllario, provvedere alle modifiche del trattamento. Perché non farlo in prima persona? Si potrà dire che così si svilisce la specializzazione. E perché? In ospedale si, anzi, dà prestigio, a casa no? O forse, è meglio parlar chiaro, la consulenza specialistica rende di più e si fa meno fatica. Non lo so. Per esempio se nel contratto unico per la generica, che tra l'altro sta per essere rinnovato, s'introducesse la norma che il cittadino che va in pensione per limiti di età può fare la scelta del suo medico di fiducia fra i geriatri, non credo che questi ultimi avrebbero troppo da lamentarsi per il trattamento economico. Comunque meno dei colleghi ospedalieri. Del re-sto questa norma già esiste per i pediatri, naturalmente per le scelte fra i 0 e i 12 anni, e non mi risulta che siano insoddi-

sfatti o che si sentano meno specialisti degli altri. Certo che i medici dovrebbero sobbarcarsi altri anni di studio per fare soltanto della medicina di base, ma coi tempi che corrono e la pletora di laureati, nei fatti sono già obbliga-

ti se vogliono inserirsi a cercarsi una qualificazione speciali-stica. Io, poi, sono convinto che non si può fare ciò che si ignora e curare i vecchi senza una cultura geriatrica.

E poi, ancora, sono sempre più convinto che chi più sa, meglio lavora, e lavora più volentieri tanto più se fa ciò che ha scelto di fare. E infine, siccome mi sono sempre messo dalla parte di chi sta sotto, e in questo caso, come geriatra, dalla parte dei vecchi, non mi dispiacerebbe proprio che chi deve averli in cura ne debba sapere di più e non stringersi nelle spalle e pronunciare la fatidica frase «alla sua età cosa

Va da sé che anche le scuole di specializzazione dovrebbero aggiornare i loro programmi e la stessa ricerca sarebbe obbligata ad allargare i propri orizzonti. Forse la stessa Società di geriatria si renderebbe conto che non potrebbe più occuparsi soltanto di chi utilizza la geriatria come via d'ingresso per altri incarichi ritenuti più prestigiosi, o per formare le commissioni di esami per i concorsi o altro e la stessa rivista degli specialisti sarebbe costretta ad ospitare inediti lavori di geriatria pratica. Forse si comincerebbe a parlare veramente di geriatria nei convegni e nei congressi e i vari specialisti cardiologi, pneumologi, neurologi dovrebbero cominciare a compromettersi con gli ottantenni e i novantenni mettendo da parte le loro statistiche addomesticate.

Insomma una vera rivoluzione culturale. Ma non basta. Il tema assistenza all'anziano ammalato non può esaurirsi qui. So benissimo che di fronte alla complessità del problemi che l'anziano solleva col propri bisogni, il geriatra da solo potrebbe non farcela, e poi abbiamo predicato sino allo sfinimento che l'anziano ammalato, tanto più se è cronicamente ammalato, va trattato globalmente, per via della pluripatologia di cui quasi sempre è portatore e delle implicazioni sociali e psicologiche che si accompagnano al suo stato di salute.

Allora bisogna aggiungere qualcosa alla proposta fin qui avanzata. Il geriatra, non c'è dubbio, dovrebbe svolgere il ruolo del medico di fiducia, ma allo stesso tempo dovrebbe potersi raccordare con gli altri specialisti e tecnici e ausiliari che sono presenti nel territorio. E in questo caso deve rivendicare il ruolo di coordinatore. Dovrebbe, in altri termini, poter disporre degli altri servizi e specialisti in clima di collegialità e poter programmare il daffarsi in ogni caso che lui ritiene necessario. Si realizzerebbero così due obiettivi: il primo è che finalmente si vedrebbe in funzione quel famoso lavoro di équipe di cui s'è sempre sentito parlare, utile, fra l'altro, ad evitare il sovrapporsi d'interventi disarticolati che rappresentano quasi sempre un inaccettabile spreco; il secondo, non meno importante, è che finalmente il vecchio non verrebbe sballottato da una parte all'altra come un oggetto senza valore di cui nessuno vuol farsi carico.

In fondo come vedete non c'è più nulla da inventare per assistere l'anziano ammalato o per lo meno basta poco. Basta cioè mettersi a guardare al problema da un altro punto di vista, quello dell'anziano ammalato che aspetta ancora che qualcuno si occupi veramente di lui, appunto come si diceva, globalmente.

Argiuna Mazzotti

#### Il lavoro della commissione per la riforma delle pensioni

Ho letto nell'Unità un articolo di Nadia Tarantini dal titolo «Pensioni, liti nel governo: tanti tagli o tante polizze?. Siccome discuto spesso di problemi pensionistici vorrei alcuni chiari-

menti. Le donne sono le più colpite dalla disoccupazione e vengono espulse dalla produzione, con la prospettiva, a 35-45 anni di età, di non trovare più lavoro stante l'at- | ranno legge? tuale politica governative, | WALTER GRAZIA Bologna

senza avere raggiunto il versamento contributivo dei 15 anni per avere diritto al minimo di pensione all'età di 55 anni, continuando perciò, nella maggioranza dei casi, con la contribuzione volontaria per raggiungere i fati-dici 15 anni di contributi utili per la pensione. Ora, come andrà a finire

se il progetto di legge della commissione Cristoforia dovesse diventare legge? Si progetta, difatti, di elevare l'età pensionabile delle donne da 55 a 60 anni. Si progetta di portare a 20 anni la contribuzione per avere diritto alla pensione.

Domanda: che cosa succederà se tali proposte diver-

Nel proseguire con tenacia gli obiettivi di riordino e di riforma del sistema pensionistico-previdenziale volti a misure di perequazione nei trattamenti e ad eliminare storture in atto compresa quella derivante dalla crescente tendenza a caricare sul fondo pensioni lavoratori dipendenti, e sul bilancio dell'Inps, compiti ed oneri che sono della collettività, ovvero dello Stato, il Pci ha costantemente presente che determinate modifiche normative vanno realizzate con la necessaria gradualità. Questi gli orientamenti assunti anche in seno alla «commissione Cristofori», i

cui lavori sono tuttora in

specifiche che si richiedono su ogni soluzione proposta, cerchiamo di chiarire, in breve, il punto cui è pervenuta detta commissione sui temi da te richiamati.

1) Requisito per il diritto alla pensione di vecchiaia. Nell'ambito della «commissione Cristofori» è passata la norma che prevede la elevazione a 20 anni del minimo di assicurazione e di contribuzione necessario per il conseguimento del diritto alla pensione di vecchiaia. Sono previste però esclusioni e gradualità nella applicazione della nuova normativa, dal momento in cui essa

divenga legge. Per coloro che alla data di

### Domande risposte

Questa rubrica è curata da:

Rino Bonazzi Mario Nanni D'Orazio Angelo Mazzieri e Nicola Tisci

zianità contributiva inferiore ai 15 anni si prevede il riconoscimento della pensione di vecchiaia se potranno contare: dal 1º gennaio 1987 al 31 dicembre 1988 su 16 anni di assicurazione e contribuzione; negli anni 1988 e 1990 su 17 anni; negli anni 1991 e 1992 su 18 anni; nei 1993 e 1994 su 19 anni; dal 1º gennaio 1995 su 20 anni di assicurazione e contribuzio-

La nuova normativa non dovrà invece riguardare coloro che alla data di entrata in vigore della legge (quando e se sarà varata):

possano far valere una an- | buzione per il diritto alla pensione di vecchiaia previsto dai singoli ordinamenti (Ago-Inps, 15 anni);

b) possano far valere una anzianità contributiva che sommata a quella accreditabile fino al compimento dei 65 anni di età, non risulti superiore a 20 anni, né inferiore a 15 anni.

Sono previste norme particolari per gli operal agricoli, per i lavoratori stagionali e per i lavoratori che svolgono attività a tempo parziale. 2) Limite di età per il dirit-

to alla pensione di vecchiaia. Non è passata la proposta da più parti sostenuta di elea) abbiano conseguito il vare l'età pensionabile, per tributiva. Nel testo approva-requisito minimo di contri- tutti, al compimento di 65 to si prevede comunque la

proposta di elevaria a 60 anni anche per le donne. Questa decisione è stata assunta dalla maggioranza della -commissione Cristoforicon voto contrario dei parlamentari del Pci, i quali non ritengono superate le ragioni sociali che hanno determinato una minore età pensionabile per le donne, soste-

nendo perciò che l'età per la pensione di vecchiala deve restare per esse al 55 anni, salvo la loro facoltà di richiedere il mantenimento del posto di lavoro oltre il compimento di tale età per acquisire più elevata anzianità contributiva. Nel testo approva-

anni. Ha però prevalso la j esclusione dalla nuova normativa per le lavoratrici che. alla data di entrata in vigore della legge, possano far valere 15 anni di contribuzione, oppure se hanno già superato 50 anni di età. In tali casi possono ancora acquisire la pensione di vecchiaia al complmento del 55 anni di età sempre che abbiano raggiunto i 15 anni di contribu-

Per le lavoratrici che non conseguano i suddetti requisiti, si richiedono: 56 anni di età sino al 31 dicembre 1992; 57 anni per gli anni 1993 e 1994; 58 anni per gli anni 1995 e 1996; 59 anni per gli anni 1997 e 1998 e 60 anni dal 1º gennaio 1999.