

2.4 Italia

Johanna Nummelin

2.4.1 Italia on yksi Euroopan ikääntyneimmistä maista

Pinta-alaltaan Italia on lähes Suomen kokoinen. Väestö on keskittynyt suuriin kaupunkeihin sekä maan pohjoisosaan. Pääkaupunki Rooma on asukasluvultaan maan suurin kaupunki, sitä seuraavat Milano, Torino, Napoli ja Palermo. Näin tiheästi asutussa maassa hallinto on jakautunut kahteenkymmeneen hallinnollisesti suhteellisen itsenäiseen maakuntaan, joilla on mm. oikeus säätää lakeja (kuva 1). Poliittinen kehitys tällä hetkellä on johtamassa verovarojen keräämiseen ja käyttämiseen enemmän maakuntatasolla pois valtiontasolta.

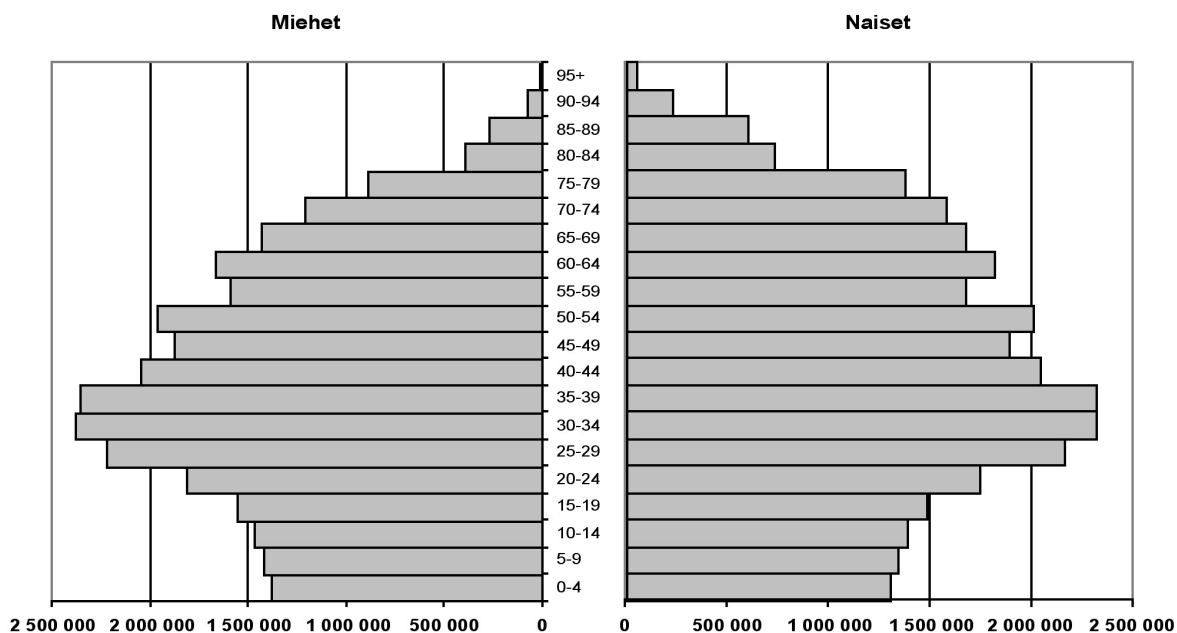


Kuva 1. Italian 20 maakuntaa.

Italiassa on 57,3 miljoonaa asukasta, joista yli 65-vuotiaita on 18,7 prosenttia eli 10,7 miljoonaa. Vastaavat luvut Suomessa ovat 15 prosenttia ja 0,8 miljoonaa. Italian senioritilannetta kärjistää lisäksi se, että maan syntyvyysluvut ovat Euroopan alhaisimpia. Ilman maahanmuuttoa asukasluku vähenisi jo nyt yhden prosentin vuosivauhtia (Suomessa tilanne sama vuonna 2030). Yli 65-vuotiaiden määrän suhde koko väestöön on ja tulee olemaan Italiassa Euroopan korkeimpia. Erona Suomeen on se, että suuret ikäluokat ovat syntyneet vasta 60- ja 70-lukujen vaihteessa (kuva 2).

Työtä arvostetaan Italiassa paljon ja myös sen kautta saadut edut ovat hyviä. Lakisääteiselle eläkkeelle jäädyään suhteellisen aikaisessa vaiheessa (jopa 50-vuotiaana) ja eläkkeet ovat korkeita suhteessa ansiotyöstä saatuun palkkaan. Palkkataso Italiassa on muutoin alhaisempi kuin Suomessa. Erilaiset yhdistykset ajavat eläkeläisten asioita voimakkaasti, esim. SPI Sindacato Pensionati Italiani. Tämän hetkinen tilanne tulee todennäköisesti muuttumaan tulevaisuudessa, koska Italiassa on selkeästi paineita eläkeiän nostamiselle sekä eläkkeiden pienentämiselle (Mäkinen 2002).

Toisaalta työelämästä jossain vaiheessa pudonneet vanhuksat ja etenkin naiset ovat hyvin heikossa asemassa juuri työn kautta saatujen eläke-etujen puuttuessa. Köyhyys onkin eräs keskeisimmistä senioreita koskettavista ongelmista, joten lapsilla ja muilla sukulaisilla on vahva rooli vanhusväestön elättäjinä. Italialaisten naisten määrä työelämässä on vähäinen verrattuna Pohjoismaihin. Tosin lukumäärä lisääntyy koko ajan. Syntyvyyden vähentyessä yhä useampi vanhus on tulevaisuudessa yksin. Palvelutalojen, tuetun asumisen sekä teknologioiden kysyntä lisääntyy, mutta ennenkin kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta kuin yksityiseltä sektorilta suoraan kuluttajille.



Kuva 2. Senioriväestö Italiassa, miehet ja naiset ikäryhmittäin. (Euroopan neuvosto 2003)

Vuonna 2002 syntyneiden italialaisten miesten odotettavissa oleva elinikä oli 76,8 (suomalaisten miesten 74,9) vuotta ja naisten 82,9 vuotta, suomalaisten naisten vastaavasti 81,5 vuotta (EUROSTAT 2004). Myös Italiassa muistin menettäminen joko osittain tai kokonaan on eräs yleisimmistä vanhusväestön kotona asumista estävistä tekijöistä. Hoitopaikkoja on vähän, joten useimmiten hoidettavat ovat kotonaan iäkkään puolisonsa hoidettavana (Grumbach et al. 2002).

Sosiaalimenoista, jotka ovat eurooppalaisittain katsottuna pienet, käytetään Italiassa kuitenkin keskimääräistä suurempi osa eläkkeisiin. Italialaiset eläkeläiset ovat suhteellisen nuoria ja hyvinvoivia, joten he ovat olleet huomattava voimavara kolmannelle sektorille. Moni on pysynyt työelämässä eläkkeiden pienuuden vuoksi. (Grumbach et al. 2002)

2.4.2 Senioriasumisen nykytila Italiassa

Italialaisista vanhuksista noin 98 prosenttia asuu itsenäisesti ja vain kaksi prosenttia erilaisissa instituutioissa. Perheen rooli käytännön avun järjestämisessä on tärkeä. Eri sukupolvet asuvat usein lähekkäin tai jopa samassa taloudessa. Italiassa ei ole koettu voimakkaita muuttoaaltoja niin kuin meillä Suomessa ja lapsuudesta asti jatkuneet ystävyys-suhteet ovat yleisiä. Nuoretkaan eivät ole halukkaita muuttamaan pois, tosin osasyynä tähän ovat asuntojen korkeat hinnat verrattuna tulotasoon sekä vuokra-asuntojen vähyys. Myös työttömyysluvut ovat pysytelleet Italiassa suhteellisen korkealla tasolla eikä Italian taloudellinen kasvu ole toivottavalla tasolla.

Omistusasuminen on Italiassa hyvin yleistä (yli 70 prosenttia asutokannasta). Rakennuskanta on hyvin vaihtelevaa ja suurin huippu rakennusalalla on ollut 60-luvulla (kts. taulukko 1). Olemassa olevasta rakennuskannasta ei ole olemassa kovin paljon julkista tilastotietoa ja maakunnasta riippuen olemassa olevankin tiedon taso vaihtelee. Yleisesti ottaen italialaiset eivät halua asua samanlaisissa taloissa tai asunnoissa kuin muut, joten jokainen asunto on myös erilainen. Suurimmat samankaltaisuudet lienevät sosiaalisen asutotuotannon kautta vapaille markkinoille tulleissa taloissa.

Taulukko 1. Italian asuntokanta vuoteen 1991 asti rakentamivuoden mukaan. (Della Puppa 2001)

ASUNTOKANTA	< 1919	1919-1945	1946-1960	1961-1971	1972-1981	1982-1991	KAIKKI	%
Asunnot, jotka sijaitsevat maaseudulla	196 133	72 966	64 631	49 295	50 196	24 279	457 500	1,8
Rakennuksissa, joissa 1-2 asuntoa	2 852 487	1 446 572	1 638 938	2 158 113	2 059 603	888 171	11 043 884	44,1
Rakennuksissa, joissa 3-8 asuntoa	1 167 553	557 814	1 024 372	1 343 094	1 221 087	637 425	5 951 345	23,8
Rakennuksissa, joissa 9-30 asuntoa	432 851	428 220	1 079 007	1 888 453	1 234 214	736 263	5 799 008	23,2
Rakennuksissa, joissa yli 30 asuntoa	96 246	127 945	288 842	651 245	375 527	236 980	1 776 785	7,1
Kaikki asunnot	4 745 270	2 633 517	4 095 790	6 090 200	4 940 627	2 523 118	25 028 522	100
% kaikista asunnoista	19,0	10,5	16,4	24,3	19,7	10,1	100,0	
Asunnot, joissa asukkaita	3 423 160	2 038 091	3 486 009	5 120 621	3 773 030	1 935 002	19 775 913	
% kaikista asunnoista	17,3	10,3	17,6	25,9	19,1	9,8	100,0	

Rakennuskannan puutteita ja esteitä itsenäiselle asumiselle ovat portaat sekä kapeat ja ahtaat tilat. Julkiset rakennukset ovat usein historiallisia rakennuksia, jolloin esimerkiksi esteettömyyttä koskevien muutosten tekeminen on haasteellista. Korjausten tekemistä joudutaan miettimään yhdessä museoviranomaisen kanssa. Asuinkerrostalon asuntojen omistajien vastuulla on enemmän asuntoon kuuluvia rakennusosia kuin Suomessa, esimerkiksi ikkunat. Toisaalta esimerkiksi hissien rakentaminen kerrostaloihin on hallinnollisesti helpompaa ja siksi useassa vanhassa talossa onkin hissi. Kerrostalot ovat usein viisi- tai useampikerroksisia ja asuntoja on kerrosta kohden 4–5. Eräs syy, miksi seniori-ikäiset joissain tapauksissa haluavat muuttaa palvelutalo-tyyppiseen ratkaisuun, on halu muuttaa huolettomampaan asumisvaihtoehtoon.

Perheellä tarkoitetaan lasten ja lastenlasten lisäksi myös muuta lähisukua: enoja, setiä, tätejä ja serkkuja. Perheen sisällä toimii sosiaalinen huoltoverkosto, jossa hoidetaan niin vanhukset kuin lapsetkin. Suuri osa italialaisista vanhuksista asuu yksin omassa kodissaan, ja siinä tapauksessa jos ketään sukulaista ei ole lähettyvillä hoitamassa, vanhus itse tai omaiset palkkaavat hoitajan. Ainoastaan silloin kun vanhuksella ei ole lapsia tai rahaa, kyseeseen tulevat muut vaihtoehdot (joita ei ole paljon). Kunta tarjoaa muutaman kerran viikossa kotikäyntejä, jonka lisäksi maakunnissa on vaihteleva määrä erilaisia hoitolaitoksia. Seuraava kuva 3 esittää karkeasti itsenäisen asumisen ja laitoshoidon välistä kenttää, mutta kuten sanottu lukumääräisesti kohteita ei ole paljon suhteessa väkilukuun.



Kuva 3. Itsenäinen asuminen sekä sosiaali- ja terveystalvet Italiassa. (Malfer ja Zotta 2004)

Italialaiset nuoret asuvat pitkään kotona, naimisiin menoon asti, jolloin he ovat usein jo 30-vuotiaita. Sittenkään ei muuteta kovin kauaksi. Arvioiden mukaan yksi kolmasosa italialaisista asuu alle kilometrin päässä vanhemmistaan. Siinä tapauksessa, että asutaan kauempana sukulaisista, laitoshoido ei useinkaan tule kysymykseen. Perhe järjestää vanhuksen hoidon jollain muulla tavoin. Perheen läheisyys merkitsee yhtä elämän laadun tekijöistä. Leskeksi tultaessa naiset saattavat jäädä asumaan yksin, mutta miehet muuttavat lastensa luokse. (Grumbach et al. 2002)

2.4.3 Palveluiden kysyntä ja tarjonta

Tällä hetkellä yksityisten henkilöiden kaupallisten palveluiden kysyntä on vähäistä. Tilanne ei kuitenkaan juuri eroa muista maista. Hetki, jolloin henkilön pitää tunnustaa itselleen, että ei enää selviä itse kaikista päivittäisistä toimista, on myös henkisesti iso muutos. Tarvittaessa apua on helpoin pyytää joltain läheiseltä henkilöltä, perheenjäseneltä tai ystävältä. Julkiset, kunnan kautta saatavat palvelut on tarkoitettu Italiassa lähinnä vain varattomille.

Perhesuhteet ja muut sosiaaliset verkostot ovat Italiassa hyvin kiinteitä ja usein suku asuu lähellä ja ystävät ovat tuttuja lapsuudesta asti. Itsenäiseen elämiseen pystyville senioreille ei juuri palveluita ole tarjolla. Jos esimerkiksi kodin hoitamiseen halutaan saada apua, palkataan avuksi henkilö, badante, jolle saatetaan palkan osittaisena korvauksena tarjota myös asuminen ja ruokailu. Nämä avustajat eivät useinkaan kuulu normaalin työvoiman piiriin työstä saatavine etuineen, vaan he ovat usein maahanmuuttajia esimerkiksi Itä-Euroopan maista. Useimmiten heillä ei myöskään ole alan koulutusta, mutta joukossa saattaa olla yliopistotutkinnon suorittaneita lääkäreitäkin. Italian hallitus onkin huomannut näiden henkilöiden tarpeellisuuden vanhuskysymyksen ratkaisussa ja joitakin toimia työn laillistamiseksi on tehty.

Toisenlaisia vaihtoehtoja on jonkin verran olemassa: ns. retirement houses, joissa jokaisella asukkaalla on oma huone, mutta ruokailu tapahtuu yhteistiloissa. Eräät cooperativet (kts. edellä) tarjoavat myös tuettua asumista palvelutalo-omaisessa ympäristössä. Näissä tosin yhteistilat ovat enemminkin "olohuoneita", joissa voi tavata ihmisiä ja viettää vapaa-aikaa. Tällaiset palvelutalot eivät kuitenkaan ole kovin yleisiä ja niiden tarjoamat palvelut vaihtelevat suuresti.

Cooperative ovat italialainen erikoisuus ja ne ovat lähinnä osuuskuntatyypisiä toimijoita, jotka toimivat vapaiden markkinoiden sekä julkisten palveluiden välimaastossa. Hyvin yleisiä ovat asuntotuotantoon ja asumisen palveluihin erikoistuneet cooperativet. Ihmiset pystyvät liittymään cooperatiiveihin täyttäessään erinäisiä kriteereitä. Jonotuslistalla oleville tarjotaan järjestyksessä asuntoa sekä avustetaan mahdollisissa rahoitukseen liittyvissä järjestelyissä. Cooperativen hallinnoimien asuntojen välillä voi asuntoa vaihtaa kätevästi ja siirtyä esimerkiksi erityiseen senioritaloon.

Kotipalvelut on jaettu Italiassa sosiaalipalveluihin ja terveystaloihin, joista jälkimmäisiä tarjoaa National Health Service (N.H.S.). Sairaanhoidohenkilökunnan sekä esimerkiksi kuntoutusterapeutin vierailut kuuluvat tähän kategoriaan. Nämä palvelut ovat ilmaisia, kun taas sosiaalipalveluista (avustaminen peseytymisessä, ruuan laitto jne.) henkilö maksaa tulotasonsa mukaan. Kunnat ovat näiden sosiaalipalveluiden pääasiallinen tarjoaja, mutta tällä sektorilla toimii myös paljon muita järjestöjä.

Sosiaali- ja terveystaloiden yhdistäminen organisatorisesti on ollut iso haaste myös Italiassa. Udinen alueella Koillis-Italiassa, jossa senioriväestön (yli 65-vuotiaat) osuus väestöstä on 21 prosenttia, on kehitetty malli, jossa pyritään yhdistämään nämä kaksi erilaista palvelurakennetta. Palveluiden erillisuus aiheuttaa sekaannusta ja päällekkäisyyksiä sekä asiakkaiden että palveluntarjoajien puolella. Udinen alue koostuu itse Udine-nimisestä kaupungista, jossa on 95 000 asukasta, sekä kahdeksasta kaupunkia ympäröivästä kunnasta, joissa on yhteensä 55 000 asukasta. Tällä hetkellä 38,5 prosenttia yli 65-vuotiaista on tarvinnut jonkinasteista sairaalahoitoa, ja alueella onkin tavoitteena pitää ihmiset mahdollisimman pitkään kotona. Viimeisimpien vuosien aikana Udinen alueella on otettu käyttöön mm. seuraavanlaisia sosiaali- ja terveystaloihin (Casini et al. 2000):

- kotiapu, henkilöiden päivittäisistä tarpeista huolehtiminen (esim. auttaminen henkilökohtaisen hygienian hoitamisessa, ruuan valmistus, siivous jne.)
- yleislääkärin vierailut (esimerkiksi säännöllinen terveydentilan monitorointi)
- koulutetun sairaanhoitajan vierailut (esimerkiksi erilaisten hoitotoimenpiteiden suorittaminen tai kuntoutus)
- yhdistetyt palvelut (henkilön tarpeiden mukaan tehdyn hoitosuunnitelman mukaiset vierailut).

Erityisesti viimeisenä mainitut palvelut ovat olleet laajamittaisen kehitystyön kohteena, koska sen tapaisen palvelun voidaan olettaa siirtävän vanhuksen laitoshoitoon joutumista, ehkäisevän henkilön itsemääräämisoikeuden menettämistä, vähentävän sairaalahoidon tarvetta sekä mahdollistavan aikaisen paluun sairaalasta kotiin ja suosivan kokonaisuudessa henkilön kotona asumista. Sosiaali- ja terveystalouden yhdistämisen nähdään myös helpottavan palvelupyynnöihin vastaamisessa, yhteistyössä sairaalan ja kotipalveluhenkilökunnan välillä, palveluiden suunnittelussa, sosiaali- ja terveyshenkilöstön kouluttamisessa ja palveluiden verkottamisessa sekä tiedottamisessa. Uuden mallin mukaiset palvelut on jaettu neljän erityyppisen palveluprofiilin mukaan (Casini et al. 2000):

1. Aikaistettu kotiuttaminen, joka tarkoittaa lyhytaikaista hoitoa sairaalasta kotiin tulon jälkeen.
2. Joustava hoitomalli, maksimissaan viitenä päivänä viikossa yksinkertaiset terveyteen liittyvät palvelut yhdistettynä kotipalveluihin.
3. Pitkäaikainen hoito terveydenhoitopalveluja tarvitseville, joka sisältää tehostetut terveys- ja sosiaalipalvelut vakavista sekä kroonisista taudeista kärsivien henkilöiden hoitoon.
4. Pitkäaikainen hoito pääasiassa sosiaalipalveluita tarvitseville, jolloin terveydellisten palveluiden tarve on vähäinen, mutta intensiiviset sosiaalipalvelut ehkäisevät henkilön laitoshoitoon joutumisen tarvetta.

Henkilöiden palvelutarve on arvioitu monitavoitteisen CTMSP tekniikan avulla (Classification per types en milieu de soins et services prolongés, Italiaan sovellettu versio). CTMSP tekniikan tavoitteena on yhdistää henkilöiden biologiset, psykologiset sekä sosiaaliset tarpeet ottaen huomioon myös omaisten sekä yhteiskunnan näkemykset. Tekniikka on kuitenkin huomattavan tarkka ja sen läpivieminen on työlästä, joten esimerkiksi Udinen alueella tekniikkaa sovelletaan vain kaikkein monimutkaisimmissa tapauksissa. Palvelun tarjoaja voidaan valita myös yksityiseltä sektorilta.

Italian maakunnilla on suhteellisen itsenäinen asema sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita järjestettäessä. Terveydenhuollon perusyksiköitä ovat Le Aziende Sanitarie Locali (ASL), joita on noin 200 kappaletta. Kukin niistä vastaa noin 250 000 - 300 000 henkilön terveyspalveluiden tarpeeseen. Palveluita tarjotaan joko julkisten tai akkreditoitujen yksityisten palveluntarjoajien kautta; sairaalat akuuttien ja pitkäaikaissairaiden hoitoon, laboratoriot, hoitokodit ja yleislääkärit. Terveystaloudet rahoitetaan osin sosiaalivakuutusmaksujen ja osin verotuksen kautta. Italiassa käytetään suoria etuisuuksia enemmän kuin muissa Euroopan maissa, mutta julkiset palvelut ovat vähemmän kehittyneitä. (Grumbach et al. 2002)

Taloudelliset ja sosiaaliset erot Italian eri maakuntien välillä, pohjois-etelä-suunnassa, ovat huomattavia. Myös alueiden suhteellinen itsenäisyys on johtanut siihen, että hallintokäytännöt ovat erilaiset, eikä etelässä kansallisen tason määräyksiä aina pystytä toteuttamaan. Nykyinen rahoitusjärjestelmä tukee voimakkaasti päiväsaairaala-toimintaa. Aikaisemmin akuuttipotilaille varatut vuodesijat olivat usein kroonikopotilaiden käytössä, jotka olisi pystytty hoitamaan myös kotona. Päiväsaaralatoiminta edesauttaa tilannetta, jossa akuuteille sairastapauksille varatut paikat todella ovat näiden potilaiden käytössä. (Grumbach et al. 2002)

Yleislääkärit (general practitioners, GPs), jotka Italiassa toimivat usein perhelääkäreinä, ovat tärkeä osa terveydenhuollon järjestelmää. GP:t toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina tai useamman lääkärin vastaanotoilla. GP:llä on suuri päätösvalta siinä, minkälaiseen hoitoon kukin potilas ohjataan. Yksityiset palveluntarjoajat (esim. akkreditoitujen yksityissairaalat) tuottavat noin puolet terveydenhuollon palveluista (myös kolmas sektori sisältyy tähän). Italiassa ollaan yhä enemmän menossa siihen suuntaan, että yksityinen sektori tuottaa palvelut ja julkinen sektori toimii vain niiden ohjaajana. (Grumbach et al. 2002)

Erityisesti sosiaalipalveluiden puolella yksityisen ja kolmannen sektorin tarjoamat palvelut ovat kysytyimpiä. Nämä tuottavat 85 prosenttia sosiaalipalveluista, joista 64 prosenttia on julkisin varoin rahoitettuja. Kolmas sektori tuottaa suurimman osan näistä palveluista. Kolmannen sektorin yhteisöt ovat uskonnollisia tai muita yleishyödyllisiä tai tiettyyn tarkoitukseen perustettuja yhteisöjä kuten säätiöitä. Yli 10 000 vapaaehtoisjärjestön rinnalla toimii erilaisia osuuskuntatyyppejä palveluyrityksiä (cooperatiiveja). Niitä on noin 5 400 kappaletta, joista 60 prosenttia toimii yleisemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä vanhuspalveluiden parissa. Täytyy muistaa, että Italiassa perheen ja pimeän työvoiman rooli sosiaalipalveluiden tuottajina on keskeinen. (Grumbach et al. 2002)

Voittoa tavoittelematon sektori muodostuu vapaaehtoisista sekä osuuskuntatyyppeistä kooperatiiveista. Vapaaehtoisjärjestöjä on noin 10 000 ja niiden varoista 80 prosenttia tulee yksityisistä lähteistä. Kolmasosa näistä järjestöistä on uskonnollisperustaisia. 60 prosenttia kooperatiiveista ja noin 45 prosenttia vapaaehtoisjärjestöistä toimii sosiaalisen palveluntuotannon alalla. Italialaisen tutkimuksen mukaan tärkeimmät palvelut, joita vapaaehtoisjärjestöt tarjoavat ovat kuunteleminen, viihdyttäminen, opettaminen ja konkreettinen apu. Pääasiallinen kohderyhmä palveluille ovat vanukset (30 prosenttia). Vapaaehtoisista työntekijöistä puolet on naisia ja puolet miehiä, 20 prosenttia on eläkeläisiä. Senioreilla on ja he käyttävät paljon vaikutusvaltaa jälkeläistensä kulutukseen (vaatteet, lomailu, ruoka, liikkuminen, terveydenhuolto). He hoitavat myös paljon lastensa perheiden asioita kuten kaupassa käyntiä, lastenhoitoa jne. (Grumbach et al. 2002)

Erilaiset teletekniikan avulla toteutetut palvelut ovat vähitellen yleistymässä Italiassa, mutta tällä hetkellä puhutaan lähinnä vain sosiaali- ja terveyspalveluiden perustarpeiden täyttämisestä. Siihenkään eivät julkiset varat aina riitä. Italian pohjoisimmissa maakunnissa tilanne on joiltain osin parempi ja käytettävissä olevia varoja on jonkin verran enemmän. Uusien ratkaisujen löytyminen itsenäisen asumisen ja laitospäivähoitoisuuden välille on Italiassa, niin kuin meillä Suomessakin, suuri haaste.

2.4.4 Yhteenveto

Italiaa ovat jo syvemmin kohdanneet samat ikääntyvän väestön haasteet kuin meillä täällä Suomessa. Syntyvyys on alhaisella tasolla, kun samaan aikaan kansalaiset elävät pisimpään koko Euroopassa. Maahanmuutto ja sitä seurannut edullisen työvoiman saanti on osaltaan ratkaissut monia ongelmia palvelujen saantiin liittyen. Osaavasta työvoimasta on kuitenkin pula ja Italian taloudellisen tilanteen paraneminen edellyttää isoja rakenteellisia muutoksia myös julkisella sektorilla. Suomeen verrattuna omaisilla ja kolmannen sektorin toimijoilla on isompi rooli verrattuna julkiseen sektoriin. Vapaaehtoisuustoiminta on laajaa ja italialaiset ovat aina olleet anteliaita lahjoittaessaan rahaa erilaisille järjestöille (usein uskonnollisille).

”Nonnat ja nonnot” ovat arvostettuja perheenjäseniä, joista halutaan pitää huolta perheen kesken, jos se vain on mahdollista. Tämä onnistuu usein helposti, kun eri sukupolvet asuvat lähekkäin. Isovanhemmilla on myös määräysvaltaa nuorempien sukupolvien kulutustottumuksia ohjatessaan. Muistiin liittyvät ongelmat ovat lisääntymässä, mutta toisaalta naisten rooli työelämässä ei ole vielä yleistä. Kotona on aina joku pitämässä huolta myös vanhuksesta. Mielenkiinto erilaisiin erityisesti teletekniikkaan liittyviin ratkaisuihin (esim. turvarannekkeet) on kuitenkin kasvamassa. Italian eri maakunnat ovatkin varustettavia vientikohteita Suomen kannalta niin teknologioiden kuin palveluiden osalta.

Italiaa koskevat tiedot on kerätty syyskuun 2004 ja helmikuun 2005 välisenä aikana. Tutkija vietti tämän ajan vieraillevana tutkijana Roomassa Istituto per le Technologie della Costruzione (ITC), joka on yksi Italian kansallisen tutkimuslaitoksen, CNR:n instituuteista. Vierailun aikana TSA-hankkeen tutkijat sekä yritysosaajien edustajat kirjoittivat *Abitare e Anziani*-lehden numeroon 5/6, 2004, artikkeleita suomalaisesta senioriasumisesta. *International Journal of Strategic Property Management*-lehdessä (9/2005) on julkaistu artikkeli ”Business Potential in Senior Services” sekä vierailusta on olemassa TSA-hankkeen sisäinen raportti ”Kansainvälinen näkökulma senioriasumisen liiketoimintaan – Uusien asumis- ja palvelumallien kehittäminen”.

Lähteet:

Barletta, R. 2001. Home care per gli anziani. *Abitare e Anziani*, 6/2001. (Italiaksi)

Casini, M.; Totis, M. and Benaglio, R. 2000. An Experience On The Way Home Care Organization. Epistula ALASS, tammikuu 2000, nro 3.

Della Puppa, F. 2001. Le condizioni del patrimonio abitativo. *Abitare e Anziani*, 3/2001. (Italiaksi)

Euroopan neuvosto, 2003. Demographic Yearbook 2003. www.coe.int

EUROSTAT 2004. Population Statistics. 2004. <http://epp.eurostat.ec.eu.int>

Grumbach, C.; Heikelä, M.; Skilton, T.; Okkonen, A.; Huisman, R. ja Haukipuro, K. 2002. Independent living market in Germany, UK, Italy, Belgium and Netherlands. Tekes, Technology Review 133/2002.

Malfer, L. ja Zotta, G. 2004. Il concetto di ”filiera” nella rete dei servizi socio-sanitari a favore della popolazione anziana in Trentino. *Abitare e Anziani*, 3-4/2004. (Italiaksi)

Mäkinen, T. 2002. Julkista vai yksityistä? Eläketulon rakenteen ja tason kansainvälinen vertailu. Eläketurvakeskuksen raportteja.

Nummelin, J. 2005. Kansainvälinen näkökulma senioriasumisen liiketoimintaan – Uusien asumis- ja palvelumallien kehittäminen. TSA-projektin sisäinen raportti.