

UNIVERSITA' DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E POLITICHE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN ECONOMIA E POLITICHE DEL TERRITORIO E
DELL'IMPRESA

CURRICULUM SVILUPPO DEL TERRITORIO

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

L'INVECCHIAMENTO ATTIVO IN VALLE D'AOSTA

RELATORE: Chiar.mo Prof. Patrik Vesan

STUDENTE: n. 21 G01 327 Mariella Ierardi

RINGRAZIAMENTI.

A Babbo, con immensa gratitudine ed infinito amore....

“Gli anziani sono uomini e donne, padri e madri che sono stati prima di noi sulla nostra stessa strada, nella nostra stessa casa, nella nostra quotidiana battaglia per una vita degna.

Sono uomini e donne dai quali abbiamo ricevuto molto.

L’anziano non è un alieno.

L’anziano siamo noi: fra poco, fra molto, inevitabilmente comunque, anche se non ci pensiamo.

E se noi non impariamo a trattare bene gli anziani, così tratteranno noi”.

Papa Francesco.

INDICE

Introduzione	pag. 5
Capitolo primo	
1 L'invecchiamento demografico	pag. 19
1.1 I rischi sociali dell'invecchiamento	pag. 22
1.2 Le politiche sociali rivolte agli anziani	pag. 31
1.3 Le politiche pensionistiche, vecchi rischi sociali	pag. 33
1.4 Nuovi rischi sociali, le politiche per gli anziani non autosufficienti	pag. 36
Capitolo secondo	
2 L'invecchiamento attivo	pag. 42
2.1 Politiche per l'invecchiamento attivo	pag. 45
2.2 I diritti degli anziani	pag. 47
2.3 The aging in place	pag. 50
2.4 Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo in Italia	pag. 52
Capitolo terzo	
3 Focus sull'invecchiamento in Valle d'Aosta	pag. 55
3.1 Politiche per l'invecchiamento attivo in Valle d'Aosta	pag. 61

3.2 Proposta di legge regionale n. 126 del 3 novembre 2023	pag.	61
3.2.1 Proposta di istituzione del Garante dei diritti delle persone anziane	pag.	63
3.3 Proposte di intervento in tema di invecchiamento attivo	pag.	64
Capitolo quarto		
Conclusioni	pag.	70
Bibliografia e Sitografia	pag.	82

INTRODUZIONE

Il welfare state è una costruzione istituzionale che nasce e si sviluppa con riferimento agli Stati nazione che si costituiscono come sistemi nazionali contribuendo alla costruzione e al consolidamento delle polity nazionali.

L'insieme di interventi pubblici, nati come risposta connessa al processo di modernizzazione, genera risorse e opportunità tra i cittadini creando nuove richieste di politiche sociali; inoltre fornisce protezione sotto forma di assistenza, assicurazione e sicurezza sociale, in quanto lo Stato interviene nei bisogni e contro i rischi sia nell'accesso alla protezione pubblica sia con fondi di finanziamento, introducendo specifici diritti sociali e specifici doveri di contribuzione finanziaria¹.

Le prime forme di sostegno sociale nel Settecento erano rivolte ai poveri ed erano di natura arbitraria in mano alle Chiese e a qualche associazione di benevolenza. Gli interventi ai poveri erano occasionali e discrezionali e la loro assistenza era prevalentemente su base locale.

Con la modernizzazione, con la nascita delle economie e con il consolidarsi degli Stati nazionali il welfare inizia a diventare una questione nazionale e si afferma come risposta alle conseguenze generate dall'industrializzazione. Nascono quindi nuovi bisogni sociali che derivano sia dalle difficili condizioni di lavoro della nuova classe operaia, sia dalla povertà e precarietà sanitaria nella quale si trovavano a vivere sempre più cittadini, come conseguenza diretta dell'improvviso ed eccessivo sovraffollamento delle aree urbane, nelle quali erano giunte dalle campagne grandi masse di persone.

Questo passaggio creato sia dall'industrializzazione che dall'urbanizzazione sviluppa un accentramento e un ripensamento dell'architettura istituzionale nell'assistenza pubblica, nell'assicurazione sociale e nella sicurezza nazionale.

L'interesse dei vari Stati europei, in questo particolare periodo storico, si sposta quindi sulla questione operaia, che diventa una conseguenza della rivoluzione industriale. Nascono in Germania a fine Ottocento i primi schemi obbligatori contro le malattie, gli infortuni, la vecchiaia e l'invalidità e questi erano degli strumenti di diffusione del rischio all'interno di una categoria

¹ M. Ferrera, *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 2006, p.17.

omogenea di lavoratori². Cambia dunque l'impostazione dell'assistenza statale che da concessione temporanea si trasforma in un'ottica prevalentemente nazionale e non più solo locale.

Inoltre, si sviluppano gli istituti dello Stato sociale sotto la spinta di sempre più larghi gruppi sociali. Tale sviluppo ha così esteso la protezione oltre ai lavoratori dipendenti anche alla quasi totalità dei cittadini e delle famiglie.

Al consolidamento del sistema si è accompagnata una diversificazione degli interventi, definendo le aree dei beneficiari, la condivisione dei rischi e il raggio delle solidarietà e della redistribuzione.

Nei Paesi anglosassoni si è sviluppato soprattutto un modello universalistico³ di welfare, imperniato su schemi tendenzialmente egualitari, finanziati prevalentemente tramite gettito fiscale. Si crea così un unico grande bacino di solidarietà e redistribuzione.

Nei Paesi dell'Europa continentale è prevalso invece un modello occupazionale⁴ basato su schemi di protezione sociale rivolti ai lavoratori professionali e finanziati tramite contributi, che creano tradizionali demarcazioni tra settori produttivi e gerarchie occupazionali, frammentando la comunità politica in diverse collettività redistributive.

In Italia le prime assicurazioni sociali si sviluppano durante il regime liberale dal 1880 al 1920 con la possibilità di una soluzione volta all'introduzione di un sistema di assicurazioni sociali globali che purtroppo fallì. Ma venne rafforzata la tutela delle condizioni di lavoro femminile e minorile; fu incrementato il sostegno pubblico alla Cassa di previdenza per la vecchiaia e l'invalidità; fu estesa l'assicurazione obbligatoria di maternità per le lavoratrici/operaie e vennero inoltre introdotte l'assicurazione pensionistica e di disoccupazione obbligatorie per i lavoratori dipendenti.

In questo periodo variano sia la dimensione funzionale che quella distributiva: varia la composizione del paniere di rischi e bisogni coperti dal welfare pubblico, dunque, direttamente o indirettamente "assicurati" tramite diritti e spettanze; varia anche la copertura sociale del paniere:

² M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna 1993, p. 55

³ Gli schemi sociali sono aperti a tutti i cittadini e le politiche sociali redistribuiscono risorse tra tutta la popolazione. Questo modello è esemplificato dalle politiche sociali attuate in Gran Bretagna e associate alla riforma dello stato sociale messa in atto da Beveridge.

⁴ I cittadini partecipano alle coperture sociali specifiche del proprio settore economico con una redistribuzione tra le diverse fasi della vita. Questo modello è esemplificato dal sistema di sicurezza sociale sviluppato in Germania nel periodo Bismarckiano.

la quota di popolazione assicurata, le regole di accesso sia individuali che categoriali e l'intensità di protezione⁵.

La Prima guerra mondiale rende ancora più impellente la necessità di una protezione sociale che costituisca un eventuale contraccambio degli enormi sacrifici richiesti alla popolazione: nel 1917 si estende l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni al settore agricolo, mentre nel 1919 viene sancito l'obbligo pensionistico per i lavoratori dipendenti fra i 15 e i 65 anni e si rende obbligatoria l'assicurazione per la disoccupazione relativamente ai salariati delle imprese industriali.

Con la crisi del 1929 l'Italia passa dal mondo del lavoro a quello della povertà e quindi dell'assistenza. Di fronte alla crisi economica e soprattutto dell'occupazione, il Partito nazionale fascista, al quale sono ormai preclusi molti e fra i più significativi campi di azione politica, dimostra un'accentuata tendenza a legittimarsi come strumento di politica sociale rispondendo a quei bisogni che la pur crescente copertura previdenziale e mutualistica non era in grado di affrontare e che comunque avevano una forte incidenza in termini d'immagine sull'opinione pubblica.

Lo Stato istituisce l'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e si assume il coordinamento amministrativo della gestione delle diverse forme assicurative e pensionistiche per l'invalidità, la vecchiaia, la disoccupazione, la tubercolosi e la maternità⁶. Ma purtroppo rimane ancora molto vasto il campo dei bisogni scoperti durante il ventennio fascista inserendo inevitabilmente le opere del cattolicesimo sociale in una rete di attività caritative che continua a segnare il tessuto del paese insieme alla presenza delle congregazioni religiose che si era affermata all'interno degli ospizi, degli ospedali e degli istituti per l'infanzia. Senza dimenticare la nascita di numerose istituzioni laiche che svolgevano un'azione di grande rilievo e che sarebbero state le anticipatrici di nuove modalità d'intervento.

Durante il cosiddetto "the golden age" dal 1945 al 1975 si entra in una nuova fase e per circa un trentennio in tutti i contesti nazionali, seppur con comprensibili differenze dovute a specifiche condizioni economiche e politiche, le legislazioni del lavoro si svilupparono con una maggiore protezione contro i licenziamenti e nella direzione del più ampio riconoscimento di importanti

⁵ M. Ferrera, V. Fargion, *Saggi e ricerche alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*. Collana storica della Banca D'Italia, Marsilio Editori, 2012, p. 3 e ss.

⁶ La storia dell'INPS, Istituto nazionale della previdenza sociale, *Portale Inps* <https://www.inps.it>

tutele sociali e sindacali come ferie, malattie, congedi per la maternità. L'intervento pubblico diventa una delle principali strategie di politica macroeconomica delle democrazie in cui il welfare state si consolida e si estende con l'ampliamento delle pensioni pubbliche, con l'assistenza sociale e con l'affermarsi della sanità pubblica⁷.

Il trentennio glorioso fu caratterizzato da una ininterrotta crescita economica e da una costante diminuzione della disoccupazione. Questi anni possono essere riconosciuti come quelli in cui si registra una fase di espansione, in cui il modello di welfare diventa universalistico, imperniato quindi su principi egualitari dove il meccanismo di finanziamento si basa sulla fiscalità generale o meglio sul sistema di tassazione.

In questi anni cresce notevolmente la spesa sociale e quasi tutte le nazioni si dotano di programmi abbastanza completi per la copertura dei rischi principali. Questa fase di consolidamento si colloca all'interno delle prospettive tracciate nel celebre rapporto Beveridge⁸ che progettava un social service state basato su tre pilastri fondamentali.

Il primo pilastro riguardava la costruzione di un sistema previdenziale che fosse capace di intervenire sugli eventuali momenti critici della vita di un individuo: come la disoccupazione, gli incidenti sul lavoro, la malattia, la vecchiaia. Il secondo pilastro invece consisteva nell'introduzione di un sistema di assistenza sanitaria accessibile a tutti e universale. Il terzo pilastro infine prevedeva l'elaborazione di una politica economica che si basasse sull'impegno pieno e sulla riduzione ed eventualmente eliminazione generalizzata della disoccupazione.

In tutti i paesi nacquero sistemi d'istruzione pubblica che andavano oltre l'alfabetizzazione dei cittadini e che erano in grado di interpretare l'istruzione stessa come vettore di mobilità sociale e di emancipazione.

Dalla metà degli anni Settanta a tutti gli anni Ottanta inizia una fase di crisi dovuta a diversi fattori come la diminuzione dei tassi di crescita economica; l'affermarsi del modello di partecipazione femminile al mercato del lavoro il quale ridefinisce le domande di welfare a seguito del cambiamento del modello familiare; la modificazione della struttura demografica che registra un calo della popolazione; il cambiamento delle aspettative di benessere da parte dei cittadini; ed,

⁷ L. Bobbio, G. Pomatto, S. Ravazzi, *Le politiche pubbliche. Problemi, soluzioni, incertezze, conflitti*. Milano, Mondadori Università, 2021, p. 15

⁸ Rapporto sulle assicurazioni sociali e sui servizi correlati. È un documento governativo britannico pubblicato nel novembre 1942 che ebbe un'influenza nel determinare l'istituzione dello stato sociale nel Regno Unito dopo la Seconda guerra mondiale.

infine, la ridefinizione dei confini dello Stato nazione come effetto dell'affermarsi di una dimensione sovranazionale che determina nuove politiche⁹.

Lo Stato del benessere entra quindi in una lunga e travagliata crisi che provoca profondi ripensamenti istituzionali in tutti i paesi. Importanti trasformazioni hanno minato le basi di quegli assetti di protezione sociale edificati negli anni d'oro e a partire, appunto, dalla metà degli anni Settanta, le economie occidentali iniziano a registrare drammatici cali nei propri tassi di crescita, dove al posto dei dividendi fiscali compaiono deficit e debiti pubblici proprio a causa delle dinamiche della spesa sociale imponendo scelte dolorose sul piano finanziario.

L'invecchiamento è un fenomeno irreversibile della storia umana, che sarà destinato a modificare in maniera permanente le caratteristiche delle società avanzate. Richiede necessariamente delle misure idonee ad ampliare le ricadute positive e risolvere le criticità.

Inizia così una nuova fase di cambiamenti, una ricalibratura¹⁰ ovvero un ripensamento dei sistemi di governance del welfare state con l'inizio di un processo di decentramento amministrativo e di devoluzione delle competenze, durante il quale si verifica un cambiamento istituzionale, caratterizzato dall'imposizione di un insieme di vincoli di natura esogena ed endogena oltre che dall'interdipendenza tra programmi migliorativi e scelte restrittive. Una ricalibratura funzionale come risposta ai nuovi bisogni e ai nuovi rischi, e distributiva con l'esigenza di riequilibrare il grado di protezione di diverse categorie di cittadini. Il quadro sistemico subisce inoltre una ricalibratura della governance anche a causa del progressivo calo dei tassi di crescita economica seguito dall'aumento di tecnologie alla produzione, dall'espansione del settore terziario e da un aumento vertiginoso dei tassi di disoccupazione. Il sistema produttivo si caratterizza quindi per un massiccio impiego di forza lavoro inquadrata con contratti di lavoro temporanei con scarsa capacità contributiva e prende piede la componente femminile che entrerà in modo stabile a far parte del mercato del lavoro, allontanandosi così dal precedente ruolo di fornitrice di cura ed assistenza gratuita.

Inoltre, occorre aggiungere un ulteriore fenomeno che ha coinvolto la struttura demografica dei vari paesi: in tutti i contesti nazionali è possibile riscontrare un sensibile invecchiamento della popolazione che ha inevitabilmente fatto aumentare il cosiddetto tasso di dipendenza in quanto il

⁹ Cfr. M. Ferrera, *Le politiche sociali*, cit., pp.27 e 30.

¹⁰ M. Ferrera con questo termine vuole connotare un processo di cambiamento istituzionale.

mutato rapporto tra popolazione non attiva e popolazione attiva ha avuto ripercussioni consistenti sull'azione dello Stato come finanziatore delle politiche sociali.

Il concetto di ricalibratura può essere articolato ulteriormente in varie dimensioni:

- La ricalibratura funzionale che si riferisce a quegli interventi di ribilanciamento che operano all'interno delle funzioni della protezione sociale, come gli interventi per l'occupazione e per il sostegno degli invalidi e soprattutto il contenimento della spesa per la protezione della vecchiaia e l'assicurazione pensionistica.
- La ricalibratura distributiva che riguarda i gruppi sociali e che mira a ribilanciare la protezione pubblica non tanto tra i diversi rischi, quanto tra i differenti beneficiari delle prestazioni sociali.
- La ricalibratura normativa che si riferisce alle norme, ai valori e all'elaborazione di un nuovo discorso pubblico sulla protezione sociale. In molti paesi sono nati dibattiti sulla necessità di riconsiderare i fondamenti morali degli assetti istituzionali esistenti, cercando di delineare possibili traiettorie delle politiche future.
- La ricalibratura politico-istituzionale che interessa tutti gli attori che dovrebbero essere coinvolti nel processo di governo della protezione sociale e quindi la consapevolezza di assicurare la responsabilità sociale e la coesione allo Stato. Ma negli ultimi anni si sono formati forme di decentralizzazione delle competenze ai livelli di governo sub-nazionali (regionali e locali). Quindi la dimensione politico-istituzionale della ricalibratura è costituita da tutte quelle riforme che riconfigurano la divisione delle competenze tra i differenti livelli di governo¹¹.

Alcune funzioni di welfare non verranno più realizzate solo dallo Stato ma da altre istituzioni pubbliche con cambiamenti di governance. In questa nuova ristrutturazione della governance accrescerà il ruolo da parte dei soggetti privati chiamati a gestire, a co-programmare¹² e a co-progettare¹³ le politiche pubbliche con l'entrata in gioco di nuovi attori privati che non sono solo

¹¹ M. Ferrera, A. Hemerijck, *Come ricalibrare i regimi di protezione sociale*, Centro Einaudi, Profilo Europa, Biblioteca della libertà, XXXVII 2002, pp 54-57.

¹² Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, *Codice del Terzo settore*, art. 55, coinvolgimento degli enti del Terzo settore, *comma 2*

¹³ Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, art. 55, *comma 3*

le associazioni di volontariato ma anche le cooperative sociali che diventeranno gli attori principali del terzo settore¹⁴.

Ci si avvicina verso un'amministrazione condivisa che si basa su modelli di solidarietà¹⁵ diversi: da una parte appunto il modello occupazionale che si fonda su un sistema assicurativo che considera le vulnerabilità come rischi da assicurare in forma collettiva e con una regolazione da parte dello Stato; dall'altra parte il già citato modello universalistico che si basa sul principio di protezione universale, che non tiene conto della diversità di status dei beneficiari e che viene finanziato dai contributi e dalla fiscalità generale.

L'introduzione della riforma del Titolo V della Costituzione¹⁶ ha aumentato l'autonomia delle regioni in materia di politiche socioassistenziali e di sviluppo del territorio portando di conseguenza i governi regionali di disporre della loro discrezionalità al fine di poter gestire autonomamente le politiche sociali attraverso nuove norme. Si fissano le materie di pertinenza esclusiva dello Stato centrale ad esempio: immigrazione, difesa, politica monetaria, leggi elettorali, anagrafe e in maniera residuale il resto viene assegnato alle regioni¹⁷.

Le ondate di decentramento amministrativo hanno rafforzato i modelli regionali di protezione sociale e molte competenze sono state dirottate a livello regionale in collaborazione con gli enti locali. Le regioni purtroppo sono limitate dalle poche opportunità e dai molti vincoli, aumentano le richieste dei cittadini ma non è sempre facile riorganizzare e ridurre i servizi, dall'altra parte i bilanci sono sempre più consumati dal governo centrale che è obbligato a dover mandare avanti la correzione della finanza pubblica¹⁸.

Nasce così un welfare di prossimità, un nuovo welfare regionalizzato e locale che mette in luce e focalizza l'attenzione su una dimensione di decentramento amministrativo e di devoluzione di

¹⁴ Insieme delle realtà che svolgono attività e servizi di pubblico interesse, con motivazioni di solidarietà, senza trarne utili personali e collettivi, diretti o indiretti.

¹⁵ M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino, 1993, pp.103-109.

¹⁶ Legge costituzionale 3/2001 che riconosce le autonomie locali quali enti esponenziali preesistenti alla formazione della Repubblica.

¹⁷ Costituzione art.117, quarto comma, prevede che la potestà legislativa su ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato spetta alle Regioni. Al riguardo, si parla di competenza generale 'residuale'.

¹⁸ V. Fargion, E. Gualmini. *Tra l'incudine e il martello, Regioni e nuovi rischi sociali in tempi di crisi*, Bologna, Il Mulino, 2012, pag. 15

competenze e funzioni da parte del governo nazionale e che necessita della presenza di soggetti più vicini ai cittadini.

Negli ultimi decenni la realizzazione del sistema di welfare è affidata ad un mix di soggetti e attori che operano all'interno delle comunità locali sulla base di diversi principi, come quello di sussidiarietà, di partecipazione, di integrazione e di negoziazione.

Il welfare mix prevede un lavoro di rete e una pluralità di offerta di servizi dove si registra l'arretramento dello Stato e una delega di una parte significativa delle proprie competenze ad altre organizzazioni non pubbliche. Il sistema si definisce misto anche per quanto riguarda l'allocazione delle funzioni e delle responsabilità, in quanto si avvale di propri strumenti per abbattere gli sprechi e innalzare il livello di efficienza. Inoltre, l'affermazione del ruolo del terzo settore come soggetto attivo che eroga servizi volti al soddisfacimento dei bisogni sociali, ha fatto emergere l'esigenza di una classificazione che tenga conto del mix che può generarsi tra pubblico e privato. Lo Stato in questo sistema continua ad essere un produttore di servizi ma assume la funzione di regolazione e predispone incentivi e meccanismi di promozione¹⁹.

Negli anni più recenti possiamo identificare un welfare sud-europeo con patologie simili: paesi come Spagna, Portogallo, Grecia e Italia si accomunano infatti per un elevato tasso di disoccupazione giovanile, una bassa occupazione femminile e un'estesa diffusione dell'economia sommersa. Il problema in Italia risiede principalmente nella distribuzione interna della spesa e nella sua modalità di finanziamento dal momento che la spesa è sbilanciata a favore degli occupati regolari rispetto agli altri gruppi sociali e a favore delle pensioni di vecchiaia rispetto agli altri rischi sociali, queste ultime infatti assorbono più del 50% della spesa sociale complessiva²⁰.

“Quando si studia il welfare state in Italia non solo è utile evitare generalizzazioni, che avrebbero poco significato, ma è importante anche dare spazio alla ricerca empirica a livello territoriale proprio per cogliere le differenze e le similarità negli interventi pubblici tra le aree geografiche e le diverse categorie di destinatari”²¹.

¹⁹ M. Ferrera, *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 244-247

²⁰ M. Ferrera, *Profilo Europa La riforma del welfare nei paesi del sud*, Centro Einaudi, biblioteca della libertà, XXXIV (1999), novembre-dicembre, n. 152, pp. 38

²¹ V. Fargion, E. Gualmini, *Tra l'incudine e il martello*, Op. cit. pag. 12

Ad oggi i nuovi rischi sociali si possono associare a diverse dinamiche storiche, tra cui la femminilizzazione²² nel mercato del lavoro; l'internalizzazione e la globalizzazione dei mercati da un lato e i cambiamenti tecnologici dall'altro²³, il tasso di disoccupazione giovanile che mette in evidenza il legame tra il tipo di formazione ricevuta e il tipo di occupazione verso cui si approda²⁴ e infine il fenomeno dell'invecchiamento²⁵ rapido della popolazione. La risposta ai nuovi rischi sociali è caduta sulle spalle delle regioni con differenziazioni tra le diverse aree, le regioni quindi si sono fatte avanti mentre la situazione economica italiana si aggravava creando disuguaglianze e povertà.

Dai dati Istat sulla povertà in Italia, e più precisamente dal Rapporto annuale del 2022 si intravede un quadro allarmante sulla sempre maggiore diffusione della povertà assoluta²⁶, sebbene con differenze sensibili tra Nord e Sud, tra giovani e anziani, tra famiglie di diversa composizione, con o senza figli.

La povertà assoluta delle famiglie raddoppia nel 2021 rispetto al 2005 e la pandemia ha accentuato il divario tra un Nord, che nonostante le iniziali difficoltà è riuscito a reggere all'impatto, e un Sud che è precipitato toccando i valori più alti nel periodo di riferimento²⁷.

I lavoratori atipici scontano la precarietà della loro condizione portando una volta di più alla ribalta il fenomeno dei cosiddetti *working poors*²⁸.

²² Aumento dell'occupazione femminile che ha avuto conseguenze sia sull'organizzazione del lavoro familiare che sul tasso di fecondità.

²³ Cambiamento della domanda di lavoro in quanto vi è meno bisogno di manodopera rispetto al passato che crea quindi una forza lavoro a basso costo.

²⁴ V. Fargion, E. Gualmini, *Tra l'incudine e il martello*, pag. 19-20

²⁵ Y. Kazepov, E. Barberis; *Tendenze e prospettive dei welfare state europei*; <https://scholar.google.com/> : La crescita della popolazione anziana crea conseguenze sia sulla spesa sanitaria che su quella pensionistica, entrambe infatti destinate a lievitare. Aumenta la popolazione anziana e dipendente come esito congiunto di un basso ricambio generazionale e dell'aumento della speranza di vita.

²⁶ La stima della povertà assoluta diffusa dall'Istat definisce povera una famiglia con una spesa per consumi inferiore o uguale al valore monetario di un paniere di beni e servizi considerati essenziali per evitare gravi forme di esclusione sociale.

²⁷ Dati ISTAT 2022

²⁸ L'Eurostat definisce un individuo in-work poor se dichiara di essere stato occupato almeno per 6 mesi nell'anno di riferimento e vive in un nucleo familiare a rischio di povertà, cioè che gode di un reddito disponibile inferiore al 60% del reddito mediano equivalente.

In questo sistema troviamo le donne che più di qualsiasi altro gruppo sociale hanno risentito dell'impatto della pandemia: l'occupazione femminile continua ad assestarsi sui livelli più bassi rispetto a quelli europei, scontando condizioni di lavoro rispetto agli uomini più instabili, con un sensibile divario salariale e un ritardo sistematico nei percorsi di carriera²⁹.

Purtroppo, anche i giovani hanno accusato il colpo della pandemia, si registra infatti un sensibile calo nei livelli occupazionali oltre alla minore qualità del lavoro in termini di maggiore incertezza del posto di lavoro, con scarse prospettive di progressione nella carriera e basse remunerazioni³⁰.

Infine, gli immigrati, nonostante l'immaginario collettivo ne dia una rappresentazione di privilegiati destinatari di vantaggi e benefici, è proprio nelle famiglie composte da stranieri che vengono registrati livelli di povertà fino a cinque volte più alti di quelle composte da cittadini italiani³¹.

La cura di anziani, bambini e malati è ancora nelle mani delle famiglie nella maggior parte dei casi e questo dimostra che il ruolo della famiglia continua ad essere predominante nel welfare italiano. Tutto questo ha trasformato sia la società che l'economia e l'impatto è stato rilevante soprattutto dove il welfare si era strutturato in modo diseguale e delegante verso le famiglie creando così una forte crescita della domanda di protezione sociale in un contesto in cui le risorse erano sempre meno disponibili.

Nella riorganizzazione territoriale, l'inadeguatezza delle politiche di welfare a livello nazionale nell'affrontare queste nuove vulnerabilità ha comportato un crescente ruolo delle Istituzioni sovranazionali, come ad esempio l'Unione Europea oltre ad un processo di decentramento delle politiche, apportando uno scenario di governance multilivello³², in cui dialogano e interagiscono diversi poteri. Nasce così sia una riconfigurazione del potere politico verso l'alto con lo sviluppo e la creazione di istituzioni sovranazionali, sia, verso il basso, un indebolimento dei meccanismi

²⁹ Dati ISTAT 2021

³⁰ Tra i giovani (20-34 anni) il tasso di occupazione nel 2020 è sceso al 50,6% (solo la metà aveva un lavoro) e la ripresa del 2021 (+2,1 punti), sebbene più intensa rispetto alle altre fasce di età, non ha compensato il calo subito. Dai ISTAT 2021

³¹ L'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale raggiunge il 51% per le persone che vivono in famiglie con almeno uno straniero e il 56,8% in quelle composte solamente da stranieri, contro il valore del 23,4% nelle famiglie di soli italiani. ISTAT.

³² Il termine è stato usato per identificare gli sviluppi nell'ambito delle politiche strutturali dell'Unione Europea dopo la riforma del 1988. Successivamente il termine di governance multilivello fu applicato anche al processo decisionale dell'Unione Europea.

redistributivi nazionali con la conseguenza di una crescita della competizione fra territori che sviluppa una riorganizzazione territoriale delle politiche³³.

Tutto questo non ha fatto altro che indurre nuovi processi di riforma con cambiamenti nell'organizzazione territoriale delle politiche sociali e con trasformazioni sia nelle competenze che nelle responsabilità in capo ai diversi attori coinvolti nella gestione delle politiche. Alcune di queste riforme, pensate per affrontare i nuovi rischi sociali, hanno trasferito le competenze territoriali delle politiche, aprendo così crescenti processi di negoziazione. Processi che sono stati oggetto di interesse della letteratura sulla governance multilivello e sul processo di rescaling: processi in termini di sussidiarizzazione che tendono a porre l'attenzione sul fatto che le trasformazioni in atto si muovono contemporaneamente su una dimensione orizzontale (con una pluralizzazione degli attori) e una dimensione verticale (con una riorganizzazione territoriale delle potestà regolative).

Inoltre, si è osservata una svolta di negoziazione con il passaggio alla responsabilità condivisa. Non più un gioco a somma zero ma rapporti di potere sempre meno gerarchici e sempre più negoziali. Ciò evidenzia un lieve decremento dell'autorità delle amministrazioni centrali e una tendenza verso la regionalizzazione in alcuni paesi, come l'Italia, che porta verso un rafforzamento delle autorità locali, in termini finanziari e regolativi. Si sviluppano dunque processi di privatizzazione e di partecipazione locale con la nascita di attori non pubblici (profit e non profit) nell'esercizio di funzioni pubbliche. Questa riorganizzazione di nuovi attori si collega a una ridefinizione di decisioni politiche e meccanismi di governance, dove diventa fondamentale la questione del coordinamento.

La pluralizzazione degli attori è un processo che comporta la moltiplicazione quantitativa e qualitativa degli attori coinvolti nella gestione delle politiche, dove il principio di sussidiarietà orizzontale, vede una ridefinizione di responsabilità e di mansioni soprattutto nelle misure di più recente istituzionalizzazione come l'assistenza domiciliare per gli anziani e le politiche di attivazione. Infatti, si affiancano ai tradizionali attori pubblici nuovi attori privati, di mercato e non solo. Interagiscono importanti forme di differenziazione, un welfare mix tra categorie e gruppi di lavoratori nell'accedere alle prestazioni, oltre al consolidarsi delle differenze territoriali in termini

³³ Y. Kazepov, *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*; <https://scholar.google.com/>.

di copertura della protezione sociale. Questo processo crea delle difficoltà di coordinamento nelle fasi di programmazione delle politiche sociali tra i diversi attori coinvolti.

Le varie forme di governance multilivello possono assumere diversi nomi, a seconda del processo di cambiamento a cui fanno riferimento come il “rescaling” che pone come centrale l’aspetto dinamico della trasformazione della statualità e dell’emersione di rapporti territoriali non limitati dai soli confini amministrativi³⁴.

In Italia si afferma quindi il terzo settore con nuovi attori economici, non politici con finalità pubbliche oltre a nuove forme associative private e senza scopo di lucro. Le organizzazioni no profit, avendo attivato rapporti con le amministrazioni pubbliche locali nella gestione di alcuni servizi alla persona, sono entrate nell’arena politica. Si crea in definitiva un nuovo modo di implementare lo sviluppo delle politiche sociali locali, sancito dal principio di sussidiarietà³⁵ e dalla necessità di un coinvolgimento di attori della società civile contrapposto ad un pubblico inteso come statale e burocratico.

Lo Stato viene, infatti, legittimato ad intervenire solo in assenza di capacità autonome di regolazione locale. L’affinità di tendenza tra rescaling e governance, si avvicina ad esiti legati alle caratteristiche dei modelli nazionali e locali di welfare che si adattano ai cambiamenti. La dimensione territoriale è stata a lungo poco rilevante nell’analisi delle politiche sociali, che erano prevalentemente considerate politiche nazionali.

La dimensione nazionale era preminente sia nell’ambito redistributivo che in quello regolativo. Alcuni cambiamenti strutturali hanno messo in moto processi di trasformazione di natura sociodemografica, come l’aumento dell’invecchiamento della popolazione o la diminuzione dei tassi di fertilità. Inoltre, la globalizzazione ha influenzato la direzione che le riforme hanno preso in alcuni paesi europei. La presenza di diversi livelli territoriali con autonoma capacità regolativa non è legata alla diffusione di nuove forme di governance e alla moltiplicazione degli attori coinvolti nel processo politico.

Questo scenario ci segnala dunque che gli enti territoriali sub-nazionali (città, ma soprattutto le Regioni) hanno acquisito importanza e rilevanza.

³⁴ Y. Kazepov, E. Barberis; *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*; Roma; Carocci Editore SPA; 2013 pp. 12

³⁵ L’art. 118 della Costituzione dispone che: "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale.

Le riforme sulla devoluzione, la decentralizzazione e le politiche attive di welfare hanno creato nuovi poteri regolativi che, a loro volta, hanno portato alla necessità di coordinare una molteplicità di livelli territoriali e nuovi attori. Ma l'autonomia che le Regioni hanno dipende ancora, in parte, dai meccanismi di regolazione nazionali. Le politiche sociali, infatti, mantengono una duplice natura territoriale: sia nazionale sia locale. Le politiche di tipo previdenziale come le indennità di disoccupazione vengono definite prevalentemente a livello nazionale, mentre le politiche di attivazione e i servizi sono definiti a livello locale³⁶.

Le conseguenze di questi processi di trasformazione portano alcuni vantaggi e alcuni svantaggi:

- gli aspetti positivi sono ad esempio la crescita del potenziale innovativo locale in quanto la sperimentazione di vecchi e nuovi attori sviluppa soluzioni coordinate ai problemi che vengono vissuti. Il processo ha creato quindi alcuni contesti in laboratori che forniscono esempi di successo. Un altro aspetto positivo è legato alla legittimità delle decisioni pubbliche in quanto può accrescere grazie al coinvolgimento della società civile e grazie alle reti di consenso che supportano sia la fiducia che l'eventuale successo delle politiche;
- tra gli aspetti negativi vi sono i rischi organizzativi in quanto la diversificazione locale degli interventi può creare disparità crescenti, infatti si possono creare pratiche diverse e si possono legittimare modelli regolativi ed esiti di copertura dei rischi ineguali e differenti; inoltre, la moltiplicazione degli attori potrebbe accrescere sia i costi che i problemi del coordinamento, con il rischio che nei nuovi modelli di governance ognuno strategicamente coltivi i propri spazi di potere con una superficiale collaborazione dove il decentramento può prendere la forma dello scaricamento di responsabilità politiche, riversando sul livello locale i costi sociali e politici dei tagli³⁷.

La vera sfida, in effetti, si gioca nella definizione di chi è incluso e di chi è escluso.

L'Italia rischia di caratterizzarsi come un caso che illustra le potenziali conseguenze negative dei processi di sussidiarizzazione delle politiche sociali: un contesto che presenta un panorama di diritti differenziato a livello territoriale, che sancisce dal punto di vista istituzionale la disuguaglianza dei cittadini. Queste tendenze assumono caratteristiche problematiche in quanto sia

³⁶ Y.Kazepov, *Rescaling Social Policies*; <https://scholar.google.com>

³⁷ Y.Kazepov; *Tendenze e prospettive dei welfare state europei*; <https://scholar.google.com>

il welfare occupazionale che quello familista hanno interagito con importanti forme di differenziazione: da una parte nasce quella tra categorie e gruppi di lavoratori che accedono alle prestazioni mentre dall'altra si trovano le differenze territoriali che si sono consolidate in termini di qualità e in termini di copertura della protezione sociale. Questo processo consolida un'elevata frammentazione istituzionale e una difficoltà di coordinamento fra gli attori coinvolti nelle varie fasi di programmazione con il risultato di una riduzione d'intervento socioassistenziale.

CAPITOLO PRIMO

1 L' invecchiamento demografico.

La longevità che caratterizza l'Italia è senza dubbio un segno tangibile di un miglioramento del tenore di vita dell'odierna società. Gli anziani garantiscono alla comunità il legame tra passato, presente e futuro, testimoniando la storia che hanno vissuto al fine di tramandare le loro esperienze continuando a dare sostegno alla società.

“Eppure, una cultura del profitto insiste nel far apparire i vecchi come un peso, una “zavorra”. Non solo non producono, pensa questa cultura, ma sono un onere: insomma, qual è il risultato di pensare così? Vanno scartati. È brutto vedere gli anziani scartati, è una cosa brutta, è peccato! Non si osa dirlo apertamente, ma lo si fa! C'è qualcosa di vile in questa assuefazione alla cultura dello scarto. Ma noi siamo abituati a scartare gente. Vogliamo rimuovere la nostra accresciuta paura della debolezza e della vulnerabilità; ma così facendo aumentiamo negli anziani l'angoscia di essere mal sopportati e abbandonati”³⁸.

Non si può tuttavia ignorare che questa costante crescita ha avuto inevitabilmente un impatto sul settore sanitario, sui sistemi di protezione sociale e sul settore socioassistenziale³⁹ che non ha fatto altro che influenzare i bisogni di assistenza della popolazione anziana generando inevitabilmente nuovi servizi per soddisfare nuove necessità.

Invecchiare significa dover affrontare la solitudine, questo crea grave disagio e un'inevitabile forma di isolamento, a volte anche come scelta personale, per non pesare sui familiari e sulla società, con un confinamento nelle proprie abitazioni.

Se si analizza la popolazione italiana sotto il profilo della speranza di vita si nota una maggiore attenzione sulla qualità della salute che ha creato una cultura dell'invecchiamento sia biologica

³⁸ Discorso di Papa Francesco all'udienza generale del 04 Marzo 2015.

³⁹ G. Del Giudice, N. Dirindin; *Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani*; La rivista delle politiche sociali n. 1 2021 pp 3-9

che sociale. Si passa però dall'esaltare la bellezza della vecchiaia al denunciare le varie forme di abbandono dei nostri anziani, rimasti soli e costantemente bisognosi di affetti e cure. Ci si chiede cosa vuol dire diventare vecchio oggi, sia dal punto di vista fisico che psicologico senza dimenticare l'aspetto relazionale che potrebbe creare disagio e solitudine⁴⁰.

Secondo i dati ISTAT in Italia le persone con più di 65 anni sono il 23,5% del totale della popolazione contro i giovani da 0 a 14 anni che rappresentano il 12,9%. Le proiezioni per il futuro confermano questa tendenza: nel 2065 gli over 65 saranno il 33,3% a fronte dell'11,9% dei minori sotto i 14 anni⁴¹. Ma risulta fondamentale, per un quadro più ampio del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, analizzare le condizioni in cui versano le persone anziane nel nostro paese. Dal punto di vista della condizione di salute, l'ISTAT mostra un quadro positivo per la popolazione che ha superato i 65 anni in quanto si stima la presenza di vita in buona salute di 7,5 anni per gli uomini e 6,6 anni per le donne, dato in aumento negli ultimi dieci anni per entrambi⁴². Sicuramente questi dati rappresentano un'importante conquista, ma vi è uno svantaggio di genere in quanto le donne, in media più longeve, hanno in prospettiva un maggior numero di anni da vivere in cattiva salute rispetto agli uomini. Infatti, le rilevazioni ISTAT riferite agli over 75 anni mostrano come il 42,3% della popolazione soffra di tre o più patologie croniche con le donne che appaiono svantaggiate con il 48,1% contro il 33,7% degli uomini⁴³.

Se, come accennato in precedenza, l'aumento della longevità rappresenta una grande conquista, in quanto dimostra il miglioramento delle condizioni di vita, oltre ai continui progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una grave minaccia per il futuro, nel caso in cui non fosse equilibrato da una capacità di programmazione di urgenti interventi di politica sanitaria che investano l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo sempre in considerazione l'evoluzione del concetto di invecchiamento⁴⁴.

⁴⁰ A. Brugnoli e A. Zangrandi; *Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza*; Fondazione per la sussidiarietà; Milano; novembre 2021 pp. 24-26

⁴¹ <https://www.istat.it/it/files/2022/09/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE-2021.pdf> pag. 4

⁴² <https://www.istat.it/it/files/2022/04/1.pdf> pag. 9

⁴³ https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf pag.3

⁴⁴ L. Galluzzo, C. Gandin, S. Ghirini, E. Scafato; Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?* <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>

L'invecchiamento è un processo multifattoriale che si caratterizza da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente compresenza di patologie, proporzionali all'avanzamento dell'età. Lo stato di salute dell'anziano è inoltre identificato con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di diversi disturbi. Quindi uno degli indicatori che si utilizzano per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita libera da disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita non solo al semplice numero di anni vissuti, ma quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane. L'obiettivo fondamentale è quindi il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano con l'attuazione di interventi di prevenzione che possano minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in ogni età, favorendo l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale.

Ad oggi gli anziani possono essere suddivisi in quattro sottogruppi:

- i giovani anziani dai 65 ai 74 anni
- gli anziani dai 75 agli 84 anni
- i grandi vecchi dagli 85 ai 99 anni
- i centenari⁴⁵.

Una persona, nel nostro sistema sociale, si definisce “giovane anziana” quando raggiunge il pensionamento. In coincidenza con questa fase l'anziano perde il suo ruolo sociale e produttivo entrando nel gruppo delle persone messe a riposo. Allungandosi la speranza di vita si può anche considerare che il periodo che coincide con il pensionamento potrebbe diventare una lunga fase della vita dell'anziano. Ma questo prolungamento della vita ha allungato gli anni in buona salute che negli ultimi trent'anni hanno creato uno spostamento in avanti dell'età anziana che rende sempre più inadatta l'organizzazione sociale. Essendo l'Italia classificata come paese ad elevato invecchiamento, sia per l'incremento della speranza di vita che per i bassi livelli di fecondità, si determina un notevole incremento delle proporzioni di individui anziani oltre ad un calo della percentuale di giovani⁴⁶. Il numero dei più giovani si riduce: i ragazzi fino a 14 anni sono 7 milioni 334 mila il 12,5% del totale della popolazione residente, pertanto, la partecipazione dei giovani

⁴⁵ M. Trabucchi, G. Sampaolo, A. Melloni; *La popolazione anziana e il lavoro*; Il Mulino; Bologna, 2020 pag.227

⁴⁶ G. Bertin, *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Edizioni Erickson, Trento, 2009, pag.21

alla vita economica e sociale del Paese diventa cruciale per garantire un modello di sviluppo inclusivo e sostenibile e un corretto equilibrio del sistema di welfare⁴⁷.

Si prospetta per il futuro una società vecchia, formata però da anziani che biologicamente vivono bene, o meglio in buona salute, dove il loro ruolo da “parassiti” del sistema produttivo potrebbe diventare un prezioso elemento all’interno di un sistema di welfare, nell’ottica di una solidarietà generazionale⁴⁸. La solidarietà che caratterizza la relazione che la famiglia intrattiene con l’anziano deve essere sostenuta, in quanto sia il mantenimento dell’anziano nel contesto abitativo che il normale scambio di relazioni, accompagnato dall’accudimento all’interno della famiglia, sono elementi significativi della formazione dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti. Nel momento in cui vengono meno, il giovane perde una esperienza esistenziale che condiziona la sua disponibilità alla solidarietà⁴⁹.

1.1 I rischi sociali dell’invecchiamento.

In Italia, negli anni ‘60 e ‘70, il welfare della produzione si era sviluppato in maniera “familistica”, con il padre di famiglia, il lavoratore maschio, come destinatario principale di benefici, oltre che l’unica persona che sosteneva economicamente la sua famiglia.

Negli anni ‘80 con l’espansione del terziario si succedono trasformazioni e cambiamenti sia nella struttura del mercato del lavoro che in quella familiare ampliando così sia i bisogni che le aspettative dei cittadini.

I vecchi rischi sociali come la disoccupazione, il mantenimento di condizioni di vita dignitose dopo il lavoro e la malattia, vengono in parte sostituiti da nuovi rischi sociali che colpiscono alcune nicchie di individui che si associano a importanti dinamiche:

- la non autosufficienza;

⁴⁷ ISTAT Rapporto Annuale 2023 https://temi.camera.it/leg19/post/OCD15_14972/rapporto-annuale-istat-2023-delineato-quadro-demografico-e-i-suoi-effetti-lungo-periodo-sulla-capacita-crescita-italia.html

⁴⁸ G. Bertin cit. pag. 21

⁴⁹ Comunicazione della Commissione - Libro verde: “Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici” pag. 9. <https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/c08260e4-6f8e-47cd-aece-03b57715189b>

- la femminilizzazione del mercato del lavoro che ha creato importanti conseguenze sul tasso di fecondità, sull'organizzazione del lavoro familiare e dell'assistenza agli anziani;
- la povertà degli anziani;
- l'invecchiamento rapido della popolazione che crea conseguenze sia nella spesa sanitaria che in quella pensionistica in quanto entrambe sono destinate a lievitare⁵⁰;
- i rischi di esclusione sociale derivati dall'invecchiamento che possono creare solitudine e il ruolo dell'assistente sociale.

Di fronte a questi nuovi rischi sociali le possibili strategie di cambiamento sono avvenute all'interno delle stesse famiglie, in quanto le politiche di risposta non sono ancora in grado di incidere sulla spesa sociale. Una strategia efficace poteva essere quella di rafforzare i settori maggiormente esposti ai nuovi rischi sociali a carico delle regioni e dei governi territoriali con diversificazioni tra le diverse aree, con programmi a long term care a favore dei soggetti non autosufficienti, con nuove politiche di assistenza sanitaria, in quanto a fronte del record italiano di cittadini ottantenni, le famiglie hanno dimostrato di non poter reggere da sole il carico della cura. Esiste un'estrema residualità dei servizi che crea un'inadeguatezza nella copertura dei bisogni di cura degli anziani più fragili, quelli non autosufficienti.

I costi sanitari annuali per fascia di età variano tra i 500 euro pro capite fino ai 50 anni, raggiungendo i 1.500 euro nella fascia di età compresa tra i 60 e i 64 anni e salgono sino a superare i 3.000 euro intorno agli 80 anni⁵¹. Inoltre, è aumentato l'utilizzo delle strutture e dei servizi sanitari nelle fasce di età più alte, con una maggiore possibilità di perdere l'autosufficienza che potrebbe creare come inevitabile conseguenza la necessità di supporto e sostegno per far fronte alle normali attività giornaliere. Questo aiuto e questo appoggio non possono più essere dati dalle famiglie a causa del fatto che le donne sono sempre più impegnate nel mercato del lavoro (mentre prima tradizionalmente gestivano questo tipo di incombenze) e la diminuzione del numero dei figli che ha la possibilità e il tempo di occuparsi dei genitori anziani non garantisce una presenza costante nella gestione dei propri cari. Ad oggi non esiste una maniera veramente attendibile per fotografare l'incidenza e l'evoluzione del fenomeno della non autosufficienza che si trova ai primi

⁵⁰ V. Fargion, E. Gualmini, *Tra l'incudine e il martello*, Op. cit. pag.17.

⁵¹Dati elaborati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari <https://www.agenas.gov.it/>

posti tra i nuovi rischi sociali⁵². La perdita dell'autosufficienza è una situazione che si può inquadrare in un progressivo deteriorarsi della situazione psico-fisica dell'anziano e, soprattutto, in un mancato recupero dell'autonomia che riguarda principalmente gli anziani più fragili, in parte causato da un acuto evento di grande intensità. Diventa dunque inevitabile il ricovero ospedaliero una delle prime tappe nel percorso delle famiglie all'interno di una rete di servizi. La parte difficoltosa sarà poi la fase successiva, ovvero la dimissione dall'ospedale in quanto spesso succede che le famiglie vengano aggravate dalla mancanza di un sistema sanitario di coordinamento e di presa in carico delle fasi successive che saranno o la gestione dell'anziano a domicilio o il ricovero in una struttura pubblica o privata.

Aumentano le richieste di cura plurime verso le generazioni più anziane con contorni problematici soprattutto per le donne. Esse sono sempre di più presenti nel mercato del lavoro e ci stanno sempre più a lungo per l'ottenimento di futuri benefici pensionistici causati dalla tarda età di entrata in occupazioni retribuite. In tale contesto in cui sono ancora pochi i cambiamenti significativi nella divisione del lavoro familiare tra uomini e donne l'attività di cura intensa e frequente a favore degli anziani non può più essere data per scontata. Nonostante le donne siano ancora molto presenti nelle attività di cura, la loro capacità di accudire è diminuita in termini quantitativi. Ma anche in termini economici curare è problematico a causa dei crescenti impatti socioeconomici dei bisogni di cura degli anziani, soprattutto i non autosufficienti, dal punto di vista della tenuta dei bilanci familiari. La cura degli anziani non autosufficienti è una grave fonte di impoverimento delle famiglie italiane.

La gestione dell'anziano non autosufficiente a domicilio assume varie possibilità come la presenza a tempo pieno del coniuge oppure l'aiuto giornaliero di una badante, la quale svolge mansioni di assistenza ivi comprese, se richieste, tutte le attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa dove vivono gli assistiti o ancora l'aiuto diretto di uno o più familiari che possono sostenere questo tipo di cure o addirittura, come accade spesso al sud, la convivenza stessa della persona anziana con il nucleo familiare di un parente⁵³.

⁵² V. Fargion, E. Gualmini; Tra l'incudine e il martello; Op.cit. pp. 38-42

⁵³ M. Arlotti, *La dimensione territoriale dell'integrazione. Bisogni e cura familiare: un'indagine esplorativa*, Carrocci Editore 2015, pp. 104-108

Analizzando la situazione degli anziani non autosufficienti⁵⁴ ci si imbatte in alcune questioni legate all'allungamento della speranza di vita negli ultimi decenni. Se da un lato vi è un rilevante impatto economico sugli schemi pensionistici che riduce le possibilità di finanziamento di altri settori del welfare, dall'altro aumenta la diffusione di alcune patologie che ampliano la richiesta di assistenza e di cura, rendendo necessaria l'adozione di nuove forme organizzative e nuovi investimenti in questo settore con lo scopo di far dialogare sia l'area sociale che quella sanitaria.

Lo Stato italiano si è mosso in maniera autonoma rispetto alle regioni e ai comuni: agli anziani, che valutati da una commissione medica risultavano disabili al 100%, erogava loro una prestazione monetaria, senza però nessuna valutazione delle condizioni del loro reddito, dell'offerta dei servizi residenziali o domiciliari che potevano essere disponibili nel loro territorio di appartenenza. Questa prestazione risulta essere l'indennità di accompagnamento la cui gestione è affidata all'INPS⁵⁵ e questo intervento corrisponde alla componente più importante della spesa pubblica per la non autosufficienza. In origine tale prestazione fu introdotta negli anni Ottanta per affrontare le problematiche degli adulti disabili non autosufficienti, ma nel tempo fu destinata alle fasce d'età più avanzate.

In questo settore un'altra componente importante per la spesa pubblica comprende gli interventi nell'ambito della sanità e più precisamente:

- la componente sanitaria che si occupa delle rette di ricovero, le cosiddette RSA, le strutture residenziali pubbliche, private o del terzo settore che non fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale e che si caratterizzano da un profilo misto o meglio sia sanitario che assistenziale;
- la componente che si occupa delle spese di ricovero nei reparti sanitari di lungodegenza;
- ed infine l'assistenza infermieristica a domicilio.

A livello territoriale oggi abbiamo una compartecipazione ai costi delle RSA da parte degli enti locali, ma questa purtroppo è ancora una questione spinosa in quanto a fronte di una crescita

⁵⁴ Un anziano non autosufficiente non può svolgere in modo autonomo le funzioni essenziali quotidiane e necessita, pertanto, di supporto nella deambulazione, nella cura della propria igiene personale, nel vestirsi e, infine, nell'alimentarsi.

⁵⁵ <https://www.inps.it/content/inps-site/it/it/dettaglio-scheda.schede-servizio-strumento.schede-servizi.contributo-economico-per-supporto-e-ass--50045.contributo-economico-per-supporto-e-assistenza-a-pensionati-non-autosufficienti-gestione-assistenza-magistrale-.html>

esponenziale delle domande, il pagamento di tali quote, che possono superare i 3000 euro al mese, è molto spesso improponibile per i bilanci dei Comuni.

Da un lato abbiamo gli anziani e le rispettive famiglie che si trovano sempre più in difficoltà a sostenere i costi delle RSA, da un altro lato ci sono le Aziende Sanitarie e i Comuni che cercano di alleggerire il loro carico chiamandosi in causa reciprocamente ed infine le RSA, soprattutto private, che in poco tempo si sono consolidate nel mercato facendo affari d'oro senza troppa fatica⁵⁶.

I dati delle statistiche comunitarie sul reddito e sulle condizioni di vita relativi al 2008 dimostrano che i cittadini più esposti al rischio di povertà sono coloro che hanno un'età superiore ai 65 anni: per loro è stata calcolata una percentuale di rischio pari al 19%, più alta, dunque, della percentuale media calcolata sulla popolazione totale che è pari al 17%⁵⁷.

In Italia gli anziani diventano sempre più poveri. Il loro indice di povertà assoluta passa infatti dal 4,5% del 2019 al 5,7 % del 2020, con un quadro peggiore al Sud, dove l'indice di povertà tra gli over 65 cresce dal 9,1% al 12,2%.

Nel 2021, l'incidenza di povertà relativa cresce per le famiglie monocomponente, soprattutto nel Mezzogiorno sono per lo più persone sole over 65 anni per le quali l'incidenza cresce dal 4,4% al 6,6% a livello nazionale, con un incremento più significativo nel Mezzogiorno, dal 7,9% al 13,7%⁵⁸.

Il Rapporto Annuale dell'INPS del 2022 include uno studio sui pensionati poveri. Lo studio riguarda sia gli attuali pensionati che quei lavoratori ancora attivi in relazione al rischio che a breve possano trasformarsi in pensionati poveri. Il primo risultato per i pensionati è che, anche mettendo insieme le multiple prestazioni ricevute da uno stesso soggetto come ad esempio per vecchiaia, per invalidità, per reversibilità e per gli assegni sociali, sia la quota di "poveri" che l'eterogeneità tra i redditi da pensione è elevata.

Nel 2021, se si esclude dall'analisi chi ha abbandonato l'attività prima dei 50 anni di età, la quota di pensionati con reddito pensionistico lordo inferiore a 10 mila euro annui era pari al 20%. Inoltre,

⁵⁶ V. Fargion, E. Gualmini; Tra l'incudine e il martello; Op.cit. pag. 46.

⁵⁷ <https://cordis.europa.eu/article/id/31712-study-finds-poverty-risk-higher-for-elderly-europeans-especially-women/i>

⁵⁸ Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà, Anno 2021; La povertà in Italia; In crescita la povertà relativa per le persone sole anziane; https://www.istat.it/it/files/2022/06/Report_Povert%C3%A0_2021_14-06.pdf pag.8

il Rapporto mette in evidenza che la disuguaglianza dei redditi da pensione, non diversamente da quelli da lavoro, è in crescita⁵⁹.

Emerge inoltre che la probabilità di avere un reddito pensionistico inferiore a 10.000 euro all'anno è massima per le femmine che anticipano il pensionamento e questo è in parte riconducibile al ricorso ad Opzione Donna⁶⁰ per cui il calcolo della pensione avviene sulla base del metodo contributivo. Purtroppo, sono le donne ad essere penalizzate avendo avuto un allungamento della vita lavorativa per allinearla a quella degli uomini, andando in pensione più tardi di quanto si aspettassero al momento in cui entrarono nel mercato del lavoro, pur avendo lavorato meno a lungo e tipicamente meno ore, ad una paga oraria/settimanale inferiore a quella degli uomini⁶¹.

Il problema per i futuri pensionati poveri già oggi si intreccia con la problematica della sostenibilità del sistema pensionistico nel medio periodo in quanto la struttura demografica della popolazione italiana ci mostra come l'onda dei baby boomers⁶² è ormai arrivata alla pensione e quindi la base contributiva si sta restringendo.

Il sistema nazionale italiano di cura agli anziani non autosufficienti, ad oggi, risulta ancora incapace di far fronte alla continua crescente domanda di servizi richiesta dalla popolazione anziana. Si predilige un approccio che si basa sull'erogazione di trasferimenti monetari come l'indennità di accompagnamento, ma questi importi non sono tuttavia sufficienti a sostenere eventuali costi delle cure. La non autosufficienza risulta dunque uno dei fattori di nuovo rischio di povertà della popolazione anziana italiana ancor più se accoppiata all'assenza di un/una convivente. Gli anziani soli e affetti da disabilità rappresentano la categoria più a rischio di povertà. La problematica maggiore coinvolge la dimensione economica dell'eventuale cura in quanto la cura di un anziano non autosufficiente ha un impatto notevole anche sulle famiglie.

⁵⁹ L'indice di Gini, o meglio la misura che tratta la disuguaglianza dei redditi nel senso che più è alto il valore, maggiore è la concentrazione dei redditi, indica che i redditi annui lordi da pensione è aumentato costantemente dal 1995 circa 0,30 al 2021 circa 0,35

⁶⁰ Regime Sperimentale Donna o Opzione Donna: dal 1° gennaio 2023 la Legge n. 197/2022 (legge di bilancio 2023) ha limitato la possibilità per le donne di andare in pensione prima, a patto di scegliere per un assegno interamente calcolato con il metodo contributivo.

⁶¹ INPS XXI Rapporto Annuale; Luglio 2022; Relazione annuale del Presidente; pag. 11

⁶² La Generazione dei baby boomer è nata tra il 1945 e il 1964. La ripresa economica dopo la Seconda guerra mondiale migliorò notevolmente le condizioni di vita di molte persone. Sono gli anni del «baby boom» – ossia dei tassi di natalità in forte crescita – da cui la generazione prende il nome.

Infatti, l'anziano è impossibilitato a sostenere da solo i costi relativi ad un'assistenza costante, a domicilio, o per un ricovero in una struttura pubblica o privata.

La pensione dell'anziano, magari cumulata con l'indennità di accompagnamento non è sufficiente a ricoprire questi eventuali costi. Con l'inevitabile rischio di rimanere scoperta una serie di spese fisse mensili tra cui i medicinali o le visite specialistiche.

Inoltre, bisogna evidenziare la criticità che riguarda il fatto che alcune relazioni economiche tra assistenza a pagamento domiciliare, come ad esempio il servizio di badante, potrebbero avvenire in forma non regolare e addirittura con poche qualificazioni professionali.

Lo sviluppo di questa tipologia di mercato della cura crea sicuramente disuguaglianze sociali. Purtroppo, la possibilità di ricorrere al mercato dell'assistenza privata rimane in parte inaccessibile agli strati sociali con più basso reddito, dove a questo punto la presenza e l'assistenza di un familiare a tempo pieno rimane l'unica alternativa praticabile.

Diventa opportuno sottolineare che il 17% della popolazione italiana al di sopra dei 55 anni risulta essere impegnata in compiti di cura nei confronti di altri anziani. Questo dato colloca il nostro paese nei primi posti per il livello di coinvolgimento delle persone anziane in questa specifica attività. Da questa considerazione si può intuire quanto possa diventare fondamentale la promozione di politiche di invecchiamento attivo a livello nazionale e poi regionale, in sintonia con le indicazioni che sono state espresse a livello europeo. Questi interventi di integrazione potrebbero sicuramente favorire dei ritorni sia dal punto di vista dell'efficacia che di qualità dell'assistenza, sia in termini di efficienza relativa ai costi, con la possibilità di limitare il ricorso alle cure ospedaliere e residenziali⁶³, ma di questi aspetti approfondiremo il tema nel capitolo successivo.

Il crescente invecchiamento della popolazione e i progressi della scienza medica rendono sempre più attuale la necessità di garantire alle persone anziane un adeguato accesso alle cure palliative ed un rinnovato sostegno umano, sociale e spirituale. Accanto agli elementi generali su cui si fondano le cure palliative occorre considerare la specificità dei bisogni espressi dai malati anziani e le modalità con cui questi bisogni si manifestano. In tal senso, occorre considerare che la solitudine è sempre una condizione dura, ma nei momenti della debolezza e della malattia lo è ancor più. La solitudine legata al dolore diventa insopportabile al punto che si preferisce la morte

⁶³ M. Arlotti, L. Catena, A. Genova; *Le articolazioni territoriali dell'integrazione sociosanitaria nel caso italiano: caratteristiche e principali sfide*; Carroccio Editore 2015; pag. 142

al soffrire da soli. I familiari, i corpi sociali, la collettività, hanno il dovere di non delegare alla sola dimensione medica le necessità del morente, ma di accompagnarlo degnamente e affettuosamente negli ultimi tempi della vita⁶⁴.

La vecchiaia psico-relazionale può inoltre essere causata da un processo di emarginazione sia per la perdita di ruoli significativi nella società ma anche dal fattore formazione: il divario esistente tra generazioni più giovani e anziani a livello di istruzione talvolta è una variabile che condiziona la possibilità di dialogo tra le due generazioni, sia da parte dell'anziano rispetto ad un mondo che gli appare sempre più lontano dal suo modo di pensare e di vivere, che da parte del giovane nella impossibilità di coltivare interessi comuni.

Secondo diversi studi, il 31% degli anziani in Italia vive da solo e quasi il 30% delle persone con più di 75 anni non ha nessuno a cui rivolgersi in caso di bisogno⁶⁵. Si può vivere da soli per diversi motivi, a causa di una vedovanza, oppure perché i propri figli vivono altrove, e ancora perché si è celibi o nubili. Naturalmente vivere da soli non è necessariamente un fattore di rischio ma sicuramente in alcune condizioni si può verificare.

La scelta di rimanere da soli può essere cosciente e volontaria quando è cercata e non obbligata da condizioni esterne all'individuo; ma di solito quando si parla della solitudine nelle persone anziane, ci si riferisce principalmente alla solitudine indesiderata, quella che può creare anche depressione e senso di abbandono. Questa tipologia di solitudine può essere la conseguenza di una serie di processi indipendenti dalla volontà dell'anziano che la subisce. Purtroppo, si creano inevitabilmente conseguenze negative come la difficoltà di vivere relazioni sociali soddisfacenti magari a causa del fatto che si abita in un'area poco popolata, oppure si rischia di subire alcuni cambiamenti nello stile di vita a causa di una malattia, o addirittura si può ridurre la propria libertà di movimento a causa di problemi fisici. Perdendo le abitudini quotidiane a poco a poco si perdono anche i riferimenti relazionali. Da qui il rischio più grande che possa sopraggiungere la malattia della mente prima ancora di quella del corpo proprio per l'assenza di stimoli, di desideri, di aspettative che ti fanno avvicinare sia ad una sensazione angosciante che verso una condizione

⁶⁴ Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della Comunità; Diritto alle cure palliative ed al sostegno, al rispetto ed alla dignità nell'agonia e nella morte art.8

⁶⁵ Istat: Rapporto annuale 2020; La situazione del Paese; presentato venerdì 3 luglio 2020 a Roma presso Palazzo Montecitorio; <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/Rapportoannuale2020.pdf> pag. 76- 129-130

depressiva, dove, la mente si annulla e questo abbandono al vuoto va ad incidere sul benessere mentale dell'anziano⁶⁶.

La solitudine è oggettiva quando si riferisce al solo fatto di essere e sentirsi completamente soli, questo tipo di solitudine è sia osservabile che misurabile e si può riferire al tipo ed al numero di contatti che la persona vive. La solitudine emozionale è invece basata sull'assenza di una relazione personale e intima, si tratta di una solitudine sociale, contraddistinta dalla mancanza di un senso di appartenenza alla comunità che crea un'emozione dolorosa di isolamento perché è un misto di sensazioni di rifiuto ed esclusione, insieme ad un senso di noia e di indifferenza. La condizione dell'anziano che vive da solo non è considerata solo nella dimensione soggettiva ma considera i luoghi, la qualità di vita e le condizioni socioeconomiche. Ci sono anziani più a rischio di solitudine di altri: i più poveri o coloro che vivono in quartieri svantaggiati, gli anziani con livelli di istruzione più bassi, coloro i quali hanno un reddito familiare minimo o che non possiedono un'auto sono sicuramente maggiormente a rischio di solitudine⁶⁷.

La solitudine non causa solo tristezza e rischi mentali ma ha conseguenze dirette sulla salute psico-fisica, può infatti creare molti problemi di ordine fisico, annunciare una depressione o provocare un disagio psicologico aumentando così il rischio di morte anticipata.

Naturalmente i legami sociali diventano un fattore essenziale e preventivo della solitudine dal momento che gli individui con salde relazioni sociali sono in grado di mantenere maggiormente la loro indipendenza e questo permette di impegnarsi in relazioni sociali che prevengono quindi sia la solitudine che la depressione. L'esistenza o meno di significative relazioni personali possono dare indicazioni sull'eventuale introduzione di azioni di supporto sociale presupponendo degli investimenti sulla comunità locale.

Si può promuovere la partecipazione attiva tramite le associazioni di persone anziane, o tramite laboratori creativi, o gruppi di ginnastica o ad esempio l'Università della terza età.

Gli anziani contribuiscono alla società e non devono più essere considerati come un costo per la collettività, tra l'altro ingenti contributi vengono forniti da persone anziane in lavori non pagati in molti settori, come il volontariato, l'agricoltura e la cura dei familiari o dei nipoti. Bisogna dare

⁶⁶ Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine; giugno 2010; https://www.ageplatform.eu/sites/default/files/European%20Charter_IT.pdf ; pag.7

⁶⁷ C. Pregno; *La solitudine dei vecchi e il lavoro degli assistenti sociali*; 25 settembre 2023; <https://www.welforum.it/49870-2/>

un significato all'invecchiamento collettivo, perché deve continuare a rappresentare un momento vitale e non un tempo di rinuncia e di chiusura degli anziani.

Le recenti innovazioni tecnologiche supportano in parte il senso di solitudine. Il PNRR dà ampio risalto alla promozione e al perfezionamento della tecnoassistenza⁶⁸ e della telemedicina⁶⁹.

Nel contrastare la solitudine negli anziani diventa centrale la costruzione di competenze gerontologiche da parte dell'assistente sociale, in quanto valuta diverse possibilità di sostegno pratico ed emotivo promuovendo così una rete amica e solidale negli ambiti dei servizi, della sicurezza e della qualità della vita dell'anziano⁷⁰. Inoltre, l'anziano ha diritto a cure sanitarie e assistenziali appropriate e di alta qualità⁷¹.

“Avere qualcuno su cui poter contare come ad esempio un assistente sociale a cui raccontarsi, qualcuno che viene a casa, che fa da mangiare, che controlla la terapia, o che si collega in videochiamata con il medico o con cui uscire a fare la spesa, o prendere un po' di sole nel parco, ogni tanto, una volta la settimana, tutti i giorni, dentro un sistema di interventi e prestazioni regolato e vigilato, uniforme in tutto il paese, fa vivere meglio”⁷² “.

1.2 Le politiche sociali rivolte agli anziani.

In Italia, data l'incidenza della popolazione anziana, la necessità di politiche per l'invecchiamento è molto diversificata territorialmente e il panorama delle politiche di assistenza

⁶⁸ Attraverso lo sviluppo e l'implementazione delle nuove tecnologie, è infatti possibile garantire una maggiore autonomia nell'invecchiamento, migliorare le dinamiche familiari e contenere i costi sanitari, mantenendo il più possibile gli anziani fuori dall'ospedale e curandoli a casa propria, vicino agli affetti e in continuità con le personali abitudini di vita.

⁶⁹ La telemedicina come approccio innovativo sta riorganizzando la rete assistenziale sanitaria tra medico e paziente, agevolando l'erogazione dei servizi a distanza e abilitando la crescita di strumenti per il tele monitoraggio e il telesoccorso, soprattutto nei pazienti affetti da patologie croniche come ipertensione o diabete.

⁷⁰ Il primo passo che l'assistente sociale è chiamato a svolgere è quello di valutare la situazione allo scopo di conoscere l'anziano e la sua storia e individuare insieme all'anziano stesso, ove possibile, gli interventi più idonei per affrontare i problemi rilevati.

⁷¹ Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine, art.4” ha diritto a ricevere cure sanitarie ed assistenza di lungo termine di alta qualità, tempestive ed economicamente sostenibili, adatte alle tue personali esigenze e desideri, senza alcuna discriminazione”.

⁷² http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/rapporto_assistente_sociale_e_utente.htm

che ne consegue è assai complesso, sia a livello territoriale che in termini di coinvolgimento degli attori, dal momento che le Regioni hanno adottato diverse modalità di gestione degli interventi, privilegiando da una parte la creazione di un mercato dei servizi, in regime di accreditamento e dall'altra parte facendo leva sulla cura familiare, tramite l'incentivo di trasferimenti monetari.

L'invecchiamento della popolazione è, inoltre, strettamente connesso a motivi di ordine economico in quanto un numero sempre maggiore di persone in età anziana in qualche modo, peserebbe economicamente su un numero sempre minore di persone più giovani⁷³.

Si può analizzare l'invecchiamento da due prospettive: quella dei servizi che si occupano della popolazione anziana non autosufficiente da un lato e quella di chi ha superato la soglia dei 65 anni con un discreto stato di salute e autosufficienza e che è ormai uscito dal mercato attivo del lavoro divenendo pensionata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i 65 anni come età di passaggio alla condizione di anziano, ma vi è una nuova definizione del concetto di anzianità, da 65 a 75 anni di età, che si adatta meglio alle performance fisiche e mentali dell'uomo e della donna che vivono nei paesi più sviluppati economicamente: possiamo definire l'invecchiamento come un processo biologico universale caratterizzato da un progressivo ed inevitabile sviluppo e da una maturazione dell'organismo fino alla morte.

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze⁷⁴. Tra gli obiettivi vi è il definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, oltre a che a favorire la continuità delle cure per gli anziani che vivono in condizioni di fragilità e di disabilità, che comportano un rischio molto alto di non autosufficienza.

⁷³ Le nuove politiche dell'UE devono presupporre un cambiamento di paradigma, dando visibilità alle persone anziane e abbandonando la visione basata sull'assistenza per concentrarsi sullo sviluppo della loro autonomia, al fine di eliminare alla radice il pregiudizio negativo nei loro confronti (ageismo).

⁷⁴ Riforma dell'assistenza territoriale.

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme>

Bisogna porre l'attenzione ad un approccio coordinato e integrato dei servizi che è stato recepito anche negli indirizzi di riforma delle politiche sanitarie elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce le cure integrate come un approccio olistico e personalizzato nei confronti dei bisogni di salute multidimensionali, capace di ridurre la duplicazione e la frammentazione della cura, migliorandone il coordinamento e la continuità, e ponendo la persona e i suoi bisogni al centro del processo di cura stesso.

Le cure integrate prevedono l'impiego di componenti organizzative come il case management⁷⁵, specifici sistemi di supporto all'integrazione⁷⁶, gruppi di lavoro multidisciplinari, piani di trattamento, che riformano radicalmente il sistema di cure rendendo l'utente e i caregivers⁷⁷ protagonisti attivi⁷⁸ nel processo di cura grazie alle costanti interazioni. L'esito finale è il miglioramento della qualità del processo di cura così come dei risultati stessi per i pazienti⁷⁹.

Il welfare state italiano è stato definito come uno stato pensionistico a causa della spesa maggiore delle politiche sociali. Le politiche pensionistiche, rivolte solo alle persone escluse ormai dal mondo del lavoro, rappresentano schemi assicurativi che rispondono ai tradizionali rischi sociali, ma ancora presenti nel nostro sistema italiano.

I nuovi rischi sociali invece sono rappresentati dalla non autosufficienza e dall'invecchiamento attivo, in quanto rispondono a moderni approcci verso nuove politiche sociali.

1.3 Le politiche pensionistiche, vecchi rischi sociali.

⁷⁵ Il case manager si fa carico della gestione e dell'assistenza del malato in tutto il percorso di cura, dalla presa in carico dell'ospedale alla guarigione, dalla prevenzione alla riabilitazione, ai controlli post- malattia.

⁷⁶ L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socioassistenziali come l'igiene personale, la cura della persona o l'assistenza ai pasti, svolti direttamente al domicilio della persona.

⁷⁷ Il profilo del caregiver è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, Legge n. 205 del 2017), che al comma 255 lo definisce come "persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti".

⁷⁸ La figura del caregiver familiare (letteralmente "prestatore di cura") individua la persona responsabile di un altro soggetto dipendente, anche disabile, di cui si prende cura in un ambito domestico. Si tratta del responsabile che organizza e definisce l'assistenza di cui necessita una persona, anche congiunta; in genere è un familiare di riferimento. <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>

⁷⁹ M. Arlotti, L. Catena, A. Genova, Op. cit. pag. 18

La particolarità italiana consiste nella composizione interna della spesa. In Italia la maggior parte della spesa sociale è assorbita dal sistema pensionistico registrando una distorsione funzionale, ossia una protezione sul rischio vecchiaia a discapito dei bisogni collegati ad altre fasi del ciclo della vita, come famiglia, disoccupazione, istruzione⁸⁰. Da questo punto di vista, il sistema previdenziale italiano resta ancorato ad una concezione assicurativa che pone al centro la categoria del rischio.

“I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria⁸¹”.

A questi compiti devono provvedere gli istituti e gli organi integrati o predisposti dallo Stato e da questo articolo di fondano tutti i sistemi assicurativi obbligatori che verranno utilizzati in caso di infortunio, vecchiaia, invalidità, malattia e morte.

Il sistema previdenziale italiano fino agli anni Novanta in materia di pensioni di vecchiaia, invalidità e morte era di natura pubblica, erogato e gestito dall’Istituto Nazionale della previdenza sociale⁸² di carattere generale, ma era anche gestito dall’Istituto nazionale di previdenza per i dirigenti di aziende industriali⁸³ di carattere settoriale, o direttamente dallo Stato per i suoi dipendenti.

La spesa pensionistica rappresenta in Italia la voce di spesa pubblica più impegnativa con prospettive di crescita futura sia per fattori di natura economica che demografica. Il governo ha cercato di controllare questa evoluzione introducendo riforme del sistema pensionistico per cercare di contenere la spesa sulle pensioni.

Il sistema pensionistico italiano è retto sul principio della ripartizione⁸⁴, sistema che sta mostrando tutta la sua criticità in quanto l'importo delle prestazioni erogate in favore dei pensionati supera i

⁸⁰ M. Ferrera, Serie saggi e ricerche, Volume VII, *Alle radici del welfare all'italiana, origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Roma, Edizione Marsilio, 2012, pag.8

⁸¹ Art. 38 Costituzione italiana

⁸² L’INPS gestisce la quasi totalità della previdenza sociale italiana, assicurando la maggior parte dei lavoratori autonomi e dei dipendenti del settore pubblico e privato.

⁸³ INPDAI con legge 27/12/1953 n. 967 come ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico(ma dal 2003 è onfluito nell’INPS).

⁸⁴ Il sistema a ripartizione si basa sul principio della solidarietà tra le generazioni: in questo sistema, obbligatorio e oggi gestito interamente dell’INPS, i contributi dei lavoratori attuali vengono utilizzati per finanziare i trattamenti pensionistici dell’anno in corso.

https://www.camera.it/leg17/561?appro=app_riforma_pensioni_scheda_01

contributi che sono ricevuti dall'INPS. Questo ha determinato così uno squilibrio del sistema causato, in parte, dal fatto che l'invecchiamento demografico impone un numero maggiore di prestazioni pensionistiche da pagare per un periodo temporale più lungo rispetto al passato, proprio a causa dell'allungamento della vita della popolazione, e purtroppo, non si è generato lo stesso equilibrio nell'aumento dell'occupazione che avrebbe così creato un incremento della contribuzione versata dai lavoratori.

Con la Legge n. 335 dell'08 agosto 1995⁸⁵ viene riorganizzato il sistema previdenziale con l'introduzione di un nuovo modello pensionistico fondato su tre pilastri:

primo pilastro: pensione pubblica, noto come sistema a ripartizione;

secondo pilastro: fondi pensione a carattere collettivo, integrativo noto come sistema a capitalizzazione;

terzo pilastro: forme di risparmio individuali e private.

Il sistema previdenziale italiano, che corrisponde al primo pilastro, è costituito dalla previdenza pubblica obbligatoria e si suddivide nel settore riservato ai lavoratori dipendenti, pubblici e privati, collaboratori e autonomi, gestito completamente dall'INPS e il settore assegnato ai liberi professionisti che viene gestito dalle Casse Professionali⁸⁶.

I lavoratori pagando i contributi durante il loro percorso lavorativo si guadagnano il diritto al conseguimento della pensione nel momento in cui termineranno di lavorare.

La previdenza complementare collettiva, che corrisponde al secondo pilastro, è un fondo pensione complementare a quello pubblico obbligatorio a cui possono aderire tutti i lavoratori su base volontaria tramite la contribuzione appunto di fondi pensione.

Possono essere realizzati tramite l'adesione a fondi aperti a cui chiunque può parteciparvi senza appartenere a nessuna categoria particolare di lavoratori, oppure mediante l'adesione a fondi chiusi o negoziali dove solo una determinata categoria professionale contrattuale, che appartenga a specifici comparti di contrattazione può aderirvi. Questa tipologia di previdenza è istituita sia da accordi aziendali che vengono stipulati tra i rappresentanti sindacali e il datore di lavoro che da accordi stipulati dal datore di lavoro con i propri dipendenti.

⁸⁵ Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 30/12/2023 che ridefinisce il sistema previdenziale allo scopo di garantire la tutela prevista dall'articolo 38 della Costituzione, definendo i criteri di calcolo dei trattamenti pensionistici.

⁸⁶ Le casse di previdenza, dunque, sono enti di gestione della previdenza obbligatoria che si affiancano all'enorme attività dell'INPS, occupandosi di previdenza e assistenza dei professionisti iscritti agli albi.

Infine, la previdenza complementare individuale ossia il terzo pilastro, è costituita da una forma di risparmio individuale che possa integrare sia la previdenza pubblica obbligatoria che quella realizzata in forma collettiva, al fine di mantenere inalterato al momento della pensione il proprio tenore di vita. Può essere realizzata tramite l'adesione a fondi aperti o attraverso dei piani individuali pensionistici.

Oggi l'insieme di leggi indirizzate alla protezione e alla sicurezza del benessere dei cittadini è sotto pressione ed è quindi in discussione la stessa tenuta del nostro welfare state. Le numerose trasformazioni in atto sia nell'economia che nella società mettono in dubbio l'equità del sistema previdenziale, in particolare l'equità fra generazioni e la stessa sostenibilità finanziaria del modello con il quale la si vuole garantire⁸⁷.

“Abbiamo bisogno di più lavoro e di lavoro meglio retribuito se vogliamo assicurare al Paese la sostenibilità del suo sistema di welfare. Per l'equilibrio del sistema previdenziale, occorre garantire la sostenibilità della spesa, ma anche l'allargamento della base contributiva sia in termini di recupero del sommerso che di incremento della massa retributiva per i lavoratori regolari”⁸⁸.

Ma per essere in grado di favorire retribuzioni più alte che puntino alla produttività, diventa fondamentale un investimento in formazione soprattutto durante il periodo giovanile. Infatti, incentivi alla formazione passerebbero attraverso la valorizzazione ai fini pensionistici del corso di studi universitari o di altra fase di formazione. Questa possibilità potrebbe evitare effetti redistributivi distorti e sarebbe in grado di ridurre l'attuale impegno finanziario.

Altra strategia per rafforzare la sostenibilità del sistema potrebbe consistere nel programmare la regolarizzazione dei nuovi cittadini stranieri al fine di coprire i posti di lavoro non sostituiti a causa dell'invecchiamento della popolazione residente⁸⁹.

1.4 Nuovi rischi sociali, le politiche per gli anziani non autosufficienti.

⁸⁷ Confindustria, *Il sistema pensionistico italiano* https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/00/006/496/Position_paper_PENSIONI_2020.pdf

⁸⁸ Affermazione del presidente dell'INPS Pasquale Tridico nel XXI Rapporto annuale dell'INPS, presentato l'11 luglio 2022 alla Camera dei deputati.

⁸⁹ Pasquale Tridico; XXI Rapporto annuale, Relazione del Presidente, *Conoscere il paese per costruire il futuro*; Luglio 2022 <https://www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxi-rapporto-annuale.html>

In Italia il 30 marzo 2023 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge n. 33 del 23 marzo 2023: “Deleghe al Governo in materia di Politiche in favore delle persone anziane”: una legge che avvia politiche in favore delle persone anziane, specie quelle non autosufficienti, tramite una nuova organizzazione assistenziale introducendo l’indennità unica universale anziani, oltre a prevedere novità per il personale d’assistenza e tutele rinforzate per i caregiver familiari.

Legge che intende incentivare la dignità e l’autonomia delle persone anziane, la prevenzione della fragilità nella popolazione anziana avviando vari azioni per garantire:

- un facile accesso ai servizi sanitari e sociali;
- lo sviluppo di contesti urbani e piccoli centri che prevedano abitazioni adeguate;
- il rafforzamento dell’assistenza domiciliare;
- l’accesso alla mobilità, luoghi di socializzazione e la solidarietà tra le generazioni.

Una riforma complessiva e articolata con l’attuazione di alcune norme contenute nella legge di bilancio 2022⁹⁰ con riferimento alle persone anziane non autosufficienti al fine di realizzare uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁹¹ che impone nel primo trimestre 2024 la scadenza per l’adozione della legge delega.

Si compone complessivamente di 9 articoli, raggruppati in 3 Capi.

In particolare, l’articolo 1 definisce i LEPS⁹², gli ATS⁹³, i PUA⁹⁴, i PAI⁹⁵, i LEA⁹⁶, e i caregiver familiari.

⁹⁰ Legge n. 234/2021, art. 1, commi 159-171: Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza.

⁹¹ PNRR: Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e Missione, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3 per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture.

<https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/attuazione-interventi-pnrr/pagine/m5c2-inv-1-1>

⁹² I livelli essenziali delle prestazioni sociali.

⁹³ Gli ambiti territoriali sociali.

⁹⁴ I punti unici di accesso

⁹⁵ I progetti individualizzati di assistenza integrata.

⁹⁶ I livelli essenziali di assistenza.

Nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, le prestazioni che ogni Ambito territoriale è tenuto a garantire sono definite da una serie di interventi che ricadono sotto un percorso assistenziale integrato, perché riguardano i diritti civili e sociali da tutelare per tutti i cittadini. Questo vuol dire che lo Stato definisce un LEPS ma deve anche garantire ai Comuni e alle Regioni le risorse sufficienti per poterlo erogare. Lo Stato inoltre non deve solo stabilire delle soglie adeguate sui servizi ma deve anche verificare che le risorse a disposizione degli enti siano sufficienti o altrimenti deve riconoscerne di aggiuntive al fine di garantire un adeguato livello di servizio.

La legge di bilancio 2022 definisce i LEPS per la non autosufficienza e ha qualificato l'offerta integrata sociosanitaria territoriale delineando tutte le azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi, sia diretti che indiretti e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR in cui il servizio sanitario nazionale e gli ambiti territoriali sociali garantiscono, alle persone in condizioni di non autosufficienza mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i punti unici di accesso.

I LEPS erogati dagli ambiti territoriali sociali sono dunque volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti⁹⁷. Sono considerati LEPS:

1. l'assistenza domiciliare sociale caratterizzata da interventi di cura della persona e di sostegno psico-socioeducativo⁹⁸;
2. i servizi sociali di sollievo come il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato⁹⁹;
3. servizi sociali di supporto¹⁰⁰.

⁹⁷ Legge di bilancio n. 234 del 2021 commi 159-171

⁹⁸ La legge di bilancio definisce LEP la messa a punto di soluzioni abitative mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane.

⁹⁹ Con eventuale aiuto alle famiglie da parte di collaborazioni volontarie di risorse informali di prossimità e di enti del terzo settore.

¹⁰⁰ <https://temi.camera.it/leg18/temi/politiche-per-la-non-autosufficienza-e-la-disabilit.html>

L'articolo 2 si occupa della tutela della dignità delle persone anziane, della loro assistenza e cura attraverso l'integrazione e il coordinamento delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sanitaria e sociale.

Si occupa inoltre dei principi direttivi generali, cui il Governo si deve attenere nell'esercizio delle deleghe individuando:

- la promozione del valore umano, psicologico, sociale, culturale ed economico di ogni fase della vita delle persone, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di menomazioni, limitazioni e restrizioni della loro autonomia;
- la promozione e la valorizzazione delle attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie.;
- la promozione di ogni intervento idoneo a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, mediante la previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, del servizio civile universale e degli enti del Terzo settore;
- il riconoscimento del diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio;
- la promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso a un continuum di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti;
- il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice;
- la promozione dell'attività fisica sportiva nella popolazione anziana, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano;
- il riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità, al fine di promuoverne l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità;

- la promozione del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere bio-psico-sociale delle famiglie degli anziani fragili o non autosufficienti e di tutti coloro i quali sono impegnati nella loro cura, mediante un'allocazione più razionale ed efficace delle risorse disponibili a legislazione vigente;
- il rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti nell'ambito dei vigenti programmi di potenziamento delle infrastrutture e delle reti informatiche, anche valorizzando dati ed evidenze generati dai cittadini, nonché dati risultanti da indagini, studi e ricerche condotti da enti del Terzo settore;
- la riqualificazione dei servizi di semi residenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega.

L'articolo 3 promuove l'invecchiamento attivo, la dignità, l'autonomia e l'inclusione sociale degli anziani e la prevenzione della loro fragilità.

L'articolo 4 definisce l'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.

L'articolo 5 promuove le politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per quelle non autosufficienti.

L'articolo 6 disciplina il procedimento per l'adozione dei decreti legislativi delegati.

L'articolo 7 sancisce la clausola di salvaguardia sull'applicabilità delle disposizioni nelle Regioni a Statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti.

L'articolo 8 disciplina le disposizioni finanziari delle risorse individuate per attuare le misure previste.

L'articolo 9 si dispone sull'entrata in vigore del provvedimento il 31 marzo 2023 e dispone il Governo a adottare, entro il 31 gennaio 2024, uno o più decreti legislativi.

Il Sistema nazionale assistenza anziani definisce che l'assistenza degli anziani non autosufficienti sarà attuato in maniera congiunta da Stato, Regioni e Comuni, i quali programmeranno e gestiranno unitariamente gli interventi mantenendo le loro rispettive titolarità.

Il sistema avrà il compito di procedere alla programmazione, alla valutazione e al monitoraggio dei servizi statali e territoriali rivolti alle persone anziane con la partecipazione attiva delle parti

sociali e delle associazioni di settore: a livello nazionale il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana¹⁰¹; a livello regionale gli assessorati regionali competenti, i Comuni e i distretti sanitari di ciascuna Regione; a livello locale l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario.

Inoltre, il CIPA dovrà promuovere quegli interventi idonei a contrastare la solitudine sociale delle persone anziane, tramite la previsione di attività di supporto psicologico, di ascolto e di socializzazione coinvolgendo il servizio civile, il volontariato e il Terzo settore.

La legge pone grande attenzione ai caregiver familiari, in quanto occupano un ruolo di cura, di vicinanza, di supporto nella vita dell'anziano attraverso eventuali forme di sostegno adatte ad evitare un pregiudizio alla vita lavorativa, al completamento di percorsi di studio e alla formazione delle responsabilità genitoriali e educative nei confronti dei figli minori.

La Legge delega sul sostegno anziani cerca di incentivare l'autonomia delle persone anziane e quindi l'invecchiamento attivo avviando azioni che garantiscano un facile accesso ai servizi sanitari e sociali. Ma si cerca anche di rafforzare l'assistenza domiciliare, l'accesso alla mobilità, ai luoghi di socializzazione e alla solidarietà tra le generazioni.

La Legge inoltre prevede l'introduzione, su base volontaria, in via sperimentale, di una prestazione universale per la non autosufficienza¹⁰² ovvero di un'indennità unica universale anziani al fine di riorganizzare tutti gli aiuti rivolti agli anziani.

Ora si deve iniziare ad osservare la stesura dei decreti attuativi che dovranno essere adottati entro il 31 gennaio 2024, che disegneranno un nuovo welfare a favore delle persone anziane.

¹⁰¹ Il CIPA presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane.

¹⁰² Con la Legge di Bilancio 2022-Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 168- il Fondo per le non autosufficienze è stato ulteriormente implementato per un importo pari a euro 100 milioni per il 2022, a euro 200 milioni per il 2023, a euro 250 milioni per il 2024 e a euro 300 milioni a decorrere dall'anno 2025.

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/fondo-per-non-autosufficienza/pagine/default#:~:text=234%2C%20art..a%20decorrere%20dall'anno%202025>

CAPITOLO SECONDO

2 L'Invecchiamento attivo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'invecchiamento attivo come:

"il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano".

Si vuole così superare una visione solo assistenzialista dove l'anziano è considerato come un cittadino passivo, soprattutto in funzione del suo impatto sul sistema sociosanitario, per proporre una nuova concezione sull'invecchiamento che si possa orientare durante tutto l'arco della vita, al fine di migliorarne la qualità coinvolgendo in questo cambiamento di paradigma le istituzioni, i rappresentanti della società civile e il terzo settore¹⁰³.

Nella seduta di febbraio 2014 con riferimento al Consiglio d'Europa, il Comitato dei Ministri ha adottato una raccomandazione affinché i governi assicurino alle persone anziane i diritti umani e le libertà fondamentali garantite dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, stabilendo una serie di principi da seguire e promuovendo il rispetto della dignità delle persone anziane¹⁰⁴.

Le numerose trasformazioni demografiche di questi ultimi anni dimostrano fenomeni di indubbia rilevanza per l'Europa e soprattutto per l'Italia, tra cui l'invecchiamento della popolazione.

Esiste un legame positivo tra l'invecchiare in maniera attiva e i benefici sulla salute fisica e psicologica, inclusa la percezione di una maggiore qualità e soddisfazione della vita.

Grazie ai suoi effetti positivi, l'invecchiamento attivo può essere dunque considerato uno strumento di prevenzione per aspirare quanto più possibile ad un invecchiamento in salute.

Esiste quindi una differenza concettuale e sostanziale tra l'invecchiamento attivo e l'invecchiamento in salute, in quanto il primo è un mezzo per raggiungere il secondo, che diventa

¹⁰³ Dipartimento delle politiche per la famiglia, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo*, Aprile 2021, pag. 5

¹⁰⁴ Presidenza Consiglio dei ministri; *Le politiche per l'invecchiamento attivo al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione*; 2020 pp. 4-8 <https://famiglia.governo.it/media/2132/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia.pdf>

il fine. Naturalmente, il concetto di invecchiamento attivo non riguarda unicamente la sfera individuale, in quanto i suoi numerosi benefici sono evidenti anche per la società nel suo complesso, ma si tratta di uno strumento necessario per contribuire a risolvere alcune delle principali sfide attuali legate all'invecchiamento della popolazione¹⁰⁵.

Si può affrontare con successo l'evoluzione demografica grazie ad un approccio positivo che si concentra sulle potenzialità delle persone più anziane.

L'Europa si sta impegnando sulla tematica dell'invecchiamento attivo con una risposta positiva ai cambiamenti demografici, che è diventata essenziale per preservare la solidarietà fra le generazioni¹⁰⁶.

Nel 2011 la Commissione europea ha avviato un partenariato pilota europeo dell'innovazione riguardante l'invecchiamento attivo e in buona salute con l'intenzione di perseguire tre obiettivi:

- consentire ai cittadini dell'UE di condurre una vita attiva, indipendente e sana durante l'invecchiamento;
- migliorare l'efficienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari e sociali;
- migliorare e rafforzare la competitività dei mercati per i prodotti e servizi innovativi, rispondendo alle sfide dell'invecchiamento sia a livello europeo che globale, creando così nuove opportunità per le imprese¹⁰⁷.

L'obiettivo generale di questo partenariato pilota è quello di concordare un piano di attuazione strategico con l'impegno di tutte le parti interessate individuando la promozione della salute e la prevenzione, la cura e la vita indipendente. Inoltre, fornisce un forum in cui si può collaborare su una visione comune che possa valorizzare gli anziani e il loro contributo alla società, in primo luogo, per combattere la solitudine.

¹⁰⁵ Dipartimento per le politiche della famiglia; Presidenza del Consiglio dei Ministri;
<https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/invecchiamento-attivo-introduzione/>

¹⁰⁶ <http://bancadati.italialavoro.it/bdds/download?fileName=e11bf32b-6aeb-417b-8777-94f238ef2fc6.pdf&uid=e11bf32b-6aeb-417b-8777-94f238ef2fc6> pag. 17

¹⁰⁷ I cittadini anziani attivi per l'Europa; *Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni*; pag. 41 https://www.age-platform.eu/sites/default/files/ActiveSenior_Citizens_for_Europe-A_Guide_to_the_EU_IT.pdf

Negli ultimi anni a livello europeo sono stati presentati e sono stati discussi tutta una serie di iniziative strettamente legate all'età, quali la strategia europea per l'assistenza¹⁰⁸, il piano d'azione per i diritti umani e la democrazia 2020-2024, il piano d'azione sul pilastro europeo dei diritti sociali¹⁰⁹, oltre agli impegni assunti dagli Stati membri sugli anziani nonché le varie conclusioni del Consiglio dell'UE sui diritti umani, la partecipazione e il benessere degli anziani nell'era della digitalizzazione nel 2020¹¹⁰ e l'integrazione dell'invecchiamento nelle politiche pubbliche nel 2021¹¹¹.

Una sfida nei prossimi anni sarà dunque quella di continuare a promuovere l'invecchiamento sano e attivo in maniera sempre più concreta.

Anni in buona salute possono sicuramente migliorare sia la qualità della vita che la propria indipendenza. Invecchiare in buona salute significa meno pressione sui sistemi sanitari e meno persone che vanno in pensione a causa di problemi di salute. Ciò dovrebbe avere un impatto positivo sulla crescita economica di tutta l'Europa.

¹⁰⁸ Helena Dalli, Commissaria per l'Uguaglianza, ha dichiarato: "Investire nell'assistenza significa investire nella parità di genere e nell'equità sociale. La nostra iniziativa mira a garantire che tutti coloro che hanno responsabilità di assistenza, in particolare le donne, dispongano di una reale possibilità di scelta nel conciliare vita privata e attività professionale. Un'assistenza di qualità accessibile e a costi sostenibili garantisce che coloro che ricevono assistenza, compresi i bambini, gli anziani e le persone con disabilità, siano sostenuti e godano pienamente dei loro diritti. Investire nell'assistenza significa garantire una scelta equa, dignità e autodeterminazione."
https://italy.representation.ec.europa.eu/notizie-ed-eventi/notizie/una-strategia-europea-lassistenza-destinata-ai-prestatori-e-ai-beneficiari-di-assistenza-2022-09-07_it

¹⁰⁹ Assicurarsi che altri gruppi sottorappresentati come ad esempio gli anziani, le persone poco qualificate, le persone con disabilità, coloro che vivono in aree rurali e remote, le persone LGBTIQ, i rom e altre minoranze etniche o razziali particolarmente a rischio di esclusione o discriminazione, così come quelli con un background migratorio – partecipare al mercato del lavoro al massimo delle proprie capacità contribuirà anche a una crescita occupazionale più inclusiva. Le persone attualmente scoraggiate dal cercare attivamente un impiego devono essere incoraggiate a partecipare al mercato del lavoro affinché esso possa riprendersi rapidamente.

¹¹⁰ Il Consiglio invita gli Stati membri e la Commissione, conformemente alle rispettive competenze, a rafforzare l'inclusione sociale e la solidarietà reciproca tra le generazioni, a includere l'invecchiamento in tutti i settori d'intervento e a coinvolgere gli anziani, in particolare le donne anziane, in tutti i processi decisionali che incidono sulla loro vita.
<https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2020/10/12/improving-the-well-being-of-older-persons-in-the-era-of-digitalisation-council-adopts-conclusions/>

¹¹¹ La sfida demografica posta alla società europea deve essere affrontata con politiche che presuppongano un cambiamento di paradigma, dando visibilità alle persone anziane e abbandonando la visione basata sull'assistenza per concentrarsi sullo sviluppo della loro autonomia, al fine di eliminare alla radice il pregiudizio negativo nei confronti degli anziani («ageismo»). L'attuale sfida demografica impone di rimuovere gli ostacoli e di cogliere le opportunità derivanti dall'invecchiamento della popolazione.

Uno dei maggiori obiettivi nella promozione dell'invecchiamento attivo e sano è facilitare la partecipazione delle persone anziane nelle politiche e nei processi decisionali, nella vita sociale e culturale e nel combattere la solitudine e l'isolamento sociale¹¹².

2.1 Politiche per l'invecchiamento attivo.

L'OMS dal 2000 si interessa alla promozione dei processi di invecchiamento positivi in una accezione improntata all'inclusione con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e ottimizzare, attraverso l'invecchiamento attivo, sia le opportunità per la salute che la partecipazione sociale e la sicurezza delle persone anziane.

Il paradigma dell'invecchiamento attivo proposto dall'OMS pone l'accento su politiche che possano consentire alle persone anziane di sfruttare al meglio le loro potenzialità riducendo così la dipendenza dalla famiglia e dallo Stato.

Anche il diritto è intervenuto per esprimersi sull'invecchiamento: ci si interroga sulla necessità di un diritto degli anziani e per gli anziani.

La Costituzione italiana non tratta il tema della tutela dei diritti delle persone anziane e delle problematiche della Terza Età, questo tuttavia non esclude la definizione di un diritto delle persone anziane in quanto i principi di solidarietà e di uguaglianza fanno parte dei diritti degli individui che corrispondono ai doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale che ritroviamo nell'art. 2¹¹³. Quindi la Costituzione, anche se non si esprime direttamente sull'invecchiamento degli anziani pretende che venga assicurata una protezione ai loro diritti.

La Commissione europea invece si pronuncia con una strategia per invecchiare in salute per raggiungere una maggiore produttività e una migliore coesione sociale.

¹¹² Dipartimento per le politiche della famiglia; Presidenza del Consiglio dei ministri; *Conferenza Ministeriale sull'Invecchiamento di Roma con l'impegno di realizzare politiche per la solidarietà e le pari opportunità durante tutta la vita*; 17 giugno 2022; <https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/comunicazione/notizie/si-chiude-la-conferenza-ministeriale-sull-invecchiamento-di-roma-con-l-impegno-di-realizzare-politiche-per-la-solidarieta-e-le-pari-opportunita-durante-tutta-la-vita/>

¹¹³ La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Il diritto a condurre una vita indipendente e dignitosa delle persone anziane oltre al diritto di partecipare alla vita sociale e culturale è contenuto nell'art. 25 della Carta europea dei diritti fondamentali¹¹⁴, inoltre si prevede la previdenza sociale e l'assistenza sociale in caso di età avanzata. Questo concetto è delineato da alcuni elementi comuni e caratterizzanti: un elemento importante è quello di riuscire a definire le forme di invecchiamento che permettano agli individui la possibilità di raggiungere un livello di vita qualitativamente buono, un altro elemento invece, enfatizza il ruolo della soggettività e della centralità della persona che sta invecchiando.

La Commissione europea il 27 gennaio 2021 ha presentato il suo Libro verde sull'invecchiamento demografico, intitolato "Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni", promuovendo le future politiche di sostegno alle persone anziane.

Nel Libro verde si analizza quanto l'invecchiamento attivo e in buona salute può esercitare un impatto positivo sui tassi di occupazione, sul mercato del lavoro e quindi sulla crescita e la produttività nell'economia. Inoltre, conferma l'esigenza di azioni concrete a sostegno degli anziani nei vari ambiti delle politiche, ma purtroppo non crea un vero e proprio programma di iniziative per gli Stati membri.

Le nuove politiche dell'Unione Europea devono presupporre un cambiamento di paradigma, dando visibilità alle persone anziane e abbandonando quella visione che si basa sull'assistenza per concentrarsi sullo sviluppo della loro autonomia, al fine di eliminare quel pregiudizio negativo nei loro confronti¹¹⁵.

La strategia europea dovrebbe inoltre svilupparsi sulla base di politiche di preparazione, prevenzione e anticipazione delle possibili conseguenze dell'età avanzata, come anche di politiche in materia di partecipazione e di cittadinanza attiva, che possano promuovere l'invecchiamento in buona salute e la partecipazione attiva. Si creerebbe così un investimento per ridurre al minimo le disuguaglianze legate all'età e gli oneri sociali ed economici derivanti dall'invecchiamento della popolazione¹¹⁶.

¹¹⁴ Questo articolo è ispirato all'articolo 23 della Carta sociale europea riveduta e ai punti 24 e 25 della Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori. La partecipazione alla vita sociale e culturale comprende ovviamente la partecipazione alla vita politica.

¹¹⁵ Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea del 29.9.2023: Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema "Strategia europea per le persone anziane"; pag. 8

¹¹⁶ Relazione dell'OMS sul decennio dell'invecchiamento in buona salute 2021-2030.

Gli Stati membri dovranno quindi elaborare dei propri piani nazionali per l'invecchiamento, con obiettivi e indicatori specifici al fine di misurare l'efficacia delle politiche a sostegno degli anziani, proponendo misure concrete.

Dati dell'Eurostat del 2021 mostrano una netta diminuzione della popolazione dell'Unione Europea ed un aumento della quota di persone anziane di età pari o superiore a 65 anni¹¹⁷.

Anche nell'agenda nazionale italiana viene promossa una politica per l'invecchiamento in buona salute con l'obiettivo di creare ambienti e opportunità per il benessere e il mantenimento delle capacità funzionali dell'anziano. Si mira a prevenire i disturbi cognitivi e il deterioramento della salute, ad incoraggiare l'apprendimento permanente e l'occupazione delle persone anziane aumentando la partecipazione sociale.

Molti studi testimoniano un legame positivo nell'invecchiare in maniera attiva con effettivi benefici sulla salute fisica e psicologica, che comprende la percezione di una maggiore qualità della vita con conseguenza soddisfazione di quest'ultima.

Invecchiare, quindi, può significare sia essere attivi, sia attivarsi in maniera formale o informale in uno o più ambiti della sfera sociale come il mercato del lavoro, il volontariato, le relazioni sociali, l'assistenza a familiari con disabilità, oppure fare assistenza ai propri nipoti. Ma anche nella sfera personale si può parlare di invecchiare in salute nello svolgere attività di svago o sportive, dedicarsi agli hobby, viaggiare, fare giardinaggio, ascoltare musica o dedicarsi ad attività artistiche-culturali. Il tutto con la possibilità di scegliere liberamente l'attività o le attività nelle quali impegnarsi, a seconda delle proprie passioni o aspirazioni e motivazioni¹¹⁸.

2.2 I diritti degli anziani.

L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale¹¹⁹.

¹¹⁷ Nel 2022 più di un quinto (21,1 %) della popolazione dell'UE aveva 65 anni
<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

¹¹⁸ <https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo>

¹¹⁹ Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, Titolo III, Art. 25, *Diritti degli anziani*.

La Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, istituita presso il Ministro della salute, si pone lo scopo di prospettare al legislatore principi e diritti che trovino un riconoscimento formale in specifici atti normativi e cerca di offrire indicazioni ad istituzioni e operatori affinché possano prendersi cura degli anziani¹²⁰.

Spesso apparentemente nella terza età la condizione di salute e di fragilità che vive l'anziano è espressione di incapacità di prendere delle decisioni in autonomia o di non essere più in grado di gestire autonomamente la propria vita. Se un anziano perde alcune capacità fisiche e strumentali per vivere la quotidianità come il lavarsi o l'alimentarsi autonomamente non deve in automatico creare nell'immaginario collettivo un giudizio di incapacità di decidere ed essere così considerato come non in grado di prendere iniziative in autonomia come, ad esempio, scegliere il tipo di cibo o di disporre dei propri conti correnti, vivendo così un abuso a volte anche da parte dei familiari:

“la persona anziana ha il diritto di determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle scelte di vita e alle decisioni principali che la riguardano. È dovere dei familiari e di quanti interagiscono con la persona anziana fornirgli in ragione delle sue condizioni fisiche e cognitive tutte le informazioni e conoscenze necessarie per un'autodeterminazione libera, piena e consapevole”¹²¹.

Altro diritto dell'anziano è quello di permanere nella propria casa e la sua assistenza e la sua cura dovrebbe, fin quando è possibile, essere garantita a domicilio essendo la sua abitazione l'ambiente che stimola meglio il recupero. L'eventuale ricovero dell'anziano nella struttura ospedaliera o riabilitativa si dovrebbe svolgere solo per il periodo necessario con il chiaro obiettivo che il ritorno nella propria abitazione deve essere una condizione prioritaria.

“Ho la fortuna di vivere in casa mia, dove abito da tanti anni, e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi... Siedo al mio tavolo, dove ritrovo ogni giorno le mie carte, il libro che avevo cominciato a leggere, la mia vecchia penna stilografica, il blocchetto di appunti... Lo spazio della casa è tanto più

¹²⁰ Come, ad esempio, il Consiglio d'Europa sulla promozione dei diritti umani delle persone anziane, 19 febbraio 2014

¹²¹ Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana; *Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità*.
<http://www.confedir.it/wp-content/uploads/209-CARTA-PER-I-DIRITTI-DEGLI-ANZIANI-E-I-DOVERI-DELLA-COMUNITA.pdf> pag. 15

essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza... La propria casa dà sicurezza, ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto, dal trovarti in un mondo che ormai, chiuso tra le pareti, ti è diventato sempre più estraneo. Tanto più si è vecchi tanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più è difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare altrove, dove saresti spaesato, perderesti la tua identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri¹²²".

Gli anziani devono inoltre essere inclusi nella società, hanno il diritto di partecipare alla vita sociale, portando così il loro contributo ed esprimendo i loro valori: istituzioni e società hanno il dovere di evitare nei confronti degli anziani ogni forma di reclusione, ghettizzazione, isolamento che impedisca loro di interagire liberamente con le persone stimolando così molteplici forme di integrazione¹²³.

A tutelare i diritti degli anziani dovrebbe essere in primis la famiglia, ma nel caso in cui i figli o i parenti non possano essere di supporto all'anziano sarà lo Stato ad intervenire tramite i medici dell'Azienda sanitaria di competenza territoriale, i quali accerteranno l'eventuale non autosufficienza dell'anziano. Il passaggio successivo sarà poi l'affiancamento dei servizi sociali del Comune di provenienza per valutare la soluzione ideale tra un ricovero diurno o un'assistenza domiciliare o un ricovero in struttura, il tutto sempre accompagnato dal diritto di scelta dell'anziano.

I familiari che prestano assistenza hanno a loro volta dei diritti come l'indennità di accompagnamento¹²⁴ o meglio un risarcimento economico che viene riconosciuto se l'anziano ha necessità di un'assistenza continua per compiere le sue azioni quotidiane. Per ottenere questa indennità economica il familiare si deve rivolgere all'Azienda sanitaria di competenza. Altro diritto del familiare che presta sostegno all'anziano è la legge 104/92¹²⁵ che consente di richiedere permessi speciali per assistere l'anziano con la richiesta di permessi speciali. Inoltre, gli anziani appartenenti ad un nucleo familiare con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 euro possono usufruire del diritto di un'esenzione dal ticket sanitario oltre all'accesso gratuito a

¹²² Lettera del filosofo Norberto Bobbio, scritta quando aveva 89 anni.

¹²³ Carta dei diritti fondamentali delle persone anziane.

¹²⁴ Per ricevere la prestazione indennitaria di "accompagnamento anziani invalidi" è necessario presentare un'apposita domanda all'Ente di previdenza sociale, per via telematica, tramite il portale online dell'Inps.

¹²⁵ Il lavoratore che assiste un familiare disabile, parente o affine entro il 2° grado (o entro il 3° grado, in specifiche situazioni), ha diritto a 3 giorni di permesso mensile per legge 104, utilizzabili anche in maniera continuativa.

prestazioni di diagnostica, sia strumentale che di laboratorio, e a visite specialistiche. Le mutate condizioni che la vecchiaia impone creano nuove esigenze e nuovi bisogni agli anziani che riguardano:

- l'alimentazione da cui dipende il benessere dell'anziano che deve essere adeguata alle sue necessità secondo il suo stato di salute,
- l'igiene poiché la cura dell'anziano diventa difficile e la sua riservatezza deve essere comunque garantita,
- la comunicazione in quanto gli anziani hanno bisogno di comunicare e di essere ascoltati al fine di condividere le loro esperienze, la loro storia per prevenire la demenza,
- il movimento affinché l'anziano possa continuare a mantenere le sue capacità funzionali fisiche e cognitive,
- la cura sostenendo l'anziano e agevolandolo nella somministrazione dei farmaci e delle possibili procedure terapeutiche,
- la sicurezza del suo ambiente rendendo la sua casa accessibile e confortevole, semplificando i movimenti ed eliminando le barriere architettoniche.

Gli anziani autosufficienti riescono con le proprie risorse e le proprie forze a soddisfare questi bisogni primari. Ma la problematica maggiore riguarda gli anziani non autosufficienti che devono, come descritto precedentemente, fare affidamento ai familiari o allo Stato.

2.3 The aging in place.

Oggi si sta diffondendo il concetto di invecchiare in casa o meglio la possibilità per una persona anziana di continuare a vivere nella propria abitazione e nella sua comunità, in maniera autonoma, confortevole e sicura. Questa nuova scelta, negli anziani è molto apprezzata perché consente loro di continuare a vivere circondati da amici e familiari. Preservare la propria autonomia vuol dire possedere il controllo decisionale e di scelta nel determinare la propria vita.

L'assistenza nazionale è sicuramente molto più onerosa rispetto all'assistenza nella propria comunità locale e nella propria casa, pertanto, considerate le elevate spese pubbliche relative all'assistenza residenziale sono stati attivati progetti, a livello territoriale, che pensassero a

possibili alternative per aiutare gli anziani fragili a vivere serenamente nelle loro abitazioni e nelle loro comunità. Il termine “*place*”, infatti, non si riferisce solamente all’abitazione fisica dell’anziano ma anche alla sua comunità, che si concretizza nei membri della famiglia, i vicini, la chiesa, il comune, la biblioteca, la scuola e i diversi servizi disponibili sul territorio, identificando quei possibili fattori che possono provocare una possibile riduzione della qualità della vita degli anziani soli che invecchiando potrebbero vivere un isolamento sociale. Il concetto di isolamento va inteso sia nell’essere confinati in un luogo, sia in termini socio-relazionali o meglio in assenza di contatti e relazioni umane, inoltre l’isolamento è misurabile rispetto al numero e alla frequenza dei contatti e delle relazioni sociali che si hanno nell’arco della giornata. L’*ageing in place* si basa su un approccio olistico e sul fatto che l’autonomia non dipende solo dalle condizioni fisiche delle persone, ma anche dall’ambiente circostante. La possibilità di poter scegliere di invecchiare nella propria casa si basa sull’opportunità di godere di un’assistenza adeguata e di una buona qualità di vita, anche nei casi di perdita dell’autosufficienza. La popolazione anziana è molto diversificata: i bisogni variano all’aumentare dell’età e al verificarsi di difficoltà fisiche, cognitive e psichiche. Il passaggio da una vita attiva alla non autosufficienza attraversa diverse fasi caratterizzate da un incremento della vulnerabilità, in parte anche collegate a condizioni di solitudine a cui gli anziani sono sempre più esposti. Questi sviluppi comportano un cambiamento del ruolo del welfare locale che è oggi sempre più improntato nell’accompagnare gli anziani nella transizione da una vita attiva alla condizione di non autosufficienza, ritardando il più possibile la perdita dell’autonomia¹²⁶.

In Italia si vive una forte frammentazione fra l’integrazione sociale e quella sanitaria. Le offerte alternative in materia di politiche sociali finora attuate sono marginali rispetto agli effettivi bisogni emergenti. Il welfare italiano si è spesso basato su trasferimenti monetari piuttosto che sull’erogazione di servizi, lasciando alle famiglie l’organizzazione dell’assistenza tramite aiuti forniti da caregiver e/o da lavoratori a domicilio reperiti nel mercato privato della cura informale, che però non sempre rappresentano gli aiuti più adeguati¹²⁷.

I servizi sociali sicuramente potrebbero svolgere una funzione di ponte tra i servizi professionali e il volontariato: fra i bisogni di una popolazione anziana sempre più longeva e diversificata è emersa infatti la necessità di approntare aiuti più vicini e facilmente accessibili. Il crescente

¹²⁶ N. Paone, *Come favorire la domiciliarità degli anziani in aree rurali: spunti di riflessione da una ricerca in Alto Adige*, Research Fellow, University of Applied Science Munich, Libera Università di Bolzano, luglio 2023

¹²⁷ https://temi.camera.it/leg17/temi/misure_sostegno_famiglia

invecchiamento della popolazione richiede di sviluppare strutture di supporto sociale innovative che consentano alle persone anziane di vivere il più a lungo possibile nelle proprie case. Inoltre, è emersa la necessità di attivare la comunità, come punto centrale per limitare l'isolamento e prevenire così situazioni di emergenza sociale.

Vista l'eterogeneità degli anziani è necessario favorire forme di sostegno flessibili, in grado di rispondere in modo più adeguato, anche in aree rurali, alla molteplicità di una popolazione sempre più longeva e con bisogni sempre più diversificati e complessi. Questo può essere raggiunto solamente con la partecipazione attiva degli anziani stessi, delle amministrazioni locali, dei volontari e dei cittadini della comunità.

2.4 Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo in Italia.

Negli ultimi decenni, l'allungamento della vita media e la drastica riduzione della natalità hanno favorito il progressivo invecchiamento della popolazione che, come noto, ha importanti effetti sulla spesa pubblica in termini di sostenibilità dei sistemi di welfare e di protezione sociale. A questo proposito, il concetto di invecchiamento attivo viene sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, già alla fine degli anni Novanta, come una delle possibili risposte per affrontare le richieste sociali, sanitarie ed economiche di una popolazione sempre più longeva.

In Italia la Presidenza del Consiglio dei ministri ha progettato un coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo tramite nuove Raccomandazioni. Vista la complessità del tema, la proposta di tali Raccomandazioni sintetizza vari aspetti metodologici di indirizzo che possono agevolare lo sviluppo di una stessa visione sulle questioni che sono oggetto di intervento delle politiche, attraverso la collaborazione di diversi livelli di governance del territorio nazionale, con lo scopo di armonizzare gli interventi in ambito nazionale. La realizzazione di politiche a favore dell'invecchiamento attivo coinvolge numerose figure sia sul piano istituzionale che delle organizzazioni private come decisori pubblici, ricercatori, e vari stakeholders, tutte con le loro specifiche esigenze, finalità e orientamenti. Lo scopo è di favorire la convergenza dei vari punti di vista verso una prospettiva condivisa e un'azione integrata. L'esigenza è di integrare le Raccomandazioni all'interno di un ampio sistema di principi, valori e strumenti che possano essere condivisi al fine di ridurre la frammentazione

delle politiche regionali e nazionali già esistenti e consentire così un'attività di osservazione delle problematiche connesse all'invecchiamento sul territorio nazionale, tenendo conto delle specifiche esigenze locali.

L'analisi, la programmazione e il monitoraggio a livello nazionale e regionale saranno supportati dalla presenza sia degli stakeholder che dei referenti istituzionali attraverso la loro partecipazione e co-progettazione. Tra gli obiettivi a breve termine vi è la costituzione di un Osservatorio nazionale per l'invecchiamento attivo oltre a strumenti regionali come "Tavoli regionali permanenti" per rendere operative le Raccomandazioni che saranno diverse a seconda dei vari contesti territoriali.

La partecipazione attiva degli anziani alla società è uno dei più attuali temi tra quelli posti dalla sfida dell'invecchiamento della popolazione in cui l'anziano torna ad essere soggetto artefice sia del proprio futuro che del proprio benessere, anziché soggetto bisognoso di assistenza.

Le sfide legate al tema dell'invecchiamento sono ancora più significative in un contesto dove la silver economy¹²⁸ rappresenta una sfida sociale e un'importante leva economica-occupazionale per l'Italia. Dal momento che il nostro paese si caratterizza sia per avere una popolazione mediamente molto longeva e sia per la quota di over 65, che è tra le più alte al mondo, ad oggi bisogna valutare la spesa privata per la domanda di servizi domestici di assistenza e cura che è a carico delle famiglie. Gli ambiti che si riferiscono all'economia della terza età sono numerosi e rappresentano un'opportunità per il sistema economico. Gli anziani in salute rappresentano, quindi, una parte di consumatori appetibile per imprese e aziende che stanno sviluppando i propri prodotti, beni o servizi, a misura di anziano¹²⁹.

Il progetto è stato avviato con l'obiettivo principale di promuovere e consolidare un coordinamento nazionale per favorire una maggiore consapevolezza dell'invecchiamento attivo in Italia, tramite il coinvolgimento diretto degli attori in gioco come i decisori pubblici, la società civile, la comunità scientifica e il miglioramento della conoscenza del fenomeno dell'invecchiamento attivo e delle politiche a suo sostegno. Le attività hanno coinvolto tutti gli stakeholder rilevanti ai vari livelli nazionale, regionale e locale, inclusi in una rete che si compone di circa 90 elementi, e comprende

¹²⁸ L'economia costruita sulle risorse accantonate o possedute dalla fascia di popolazione anziana (con i capelli bianchi, cioè color argento), che, per consistenza ed estensione, costituisce un mercato in costante espansione.

¹²⁹ D. Lucantoni, Dipartimento per le politiche della famiglia, *Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo*, aprile 2021 <https://famiglia.governo.it/media/2329/raccomandazioni-per-ladozione-di-politiche-in-materia-di-invecchiamento-attivo.pdf> pag. 5-12

i referenti dei vari Ministeri e Dipartimenti, delle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome, oltre a un'ampia rappresentanza della società civile e del Terzo settore¹³⁰.

¹³⁰ <https://famiglia.governo.it/media/2132/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia.pdf>

CAPITOLO TERZO

3 Focus sull'invecchiamento in Valle d'Aosta.

Dai risultati del Censimento permanente della popolazione residente in Valle d'Aosta è emerso che la popolazione legale al 31 dicembre 2021 ammonta a 123.360 residenti e che rispetto al 2011 è diminuita del 2,7%.

I dati censuari evidenziano un decremento di 729 unità nella regione rispetto al 2020.

Il 45,9% dei comuni non ha subito perdite di popolazione e tra questi non è presente il comune di Aosta. Sono invece 40 i comuni dove la popolazione diminuisce: in valore assoluto, le perdite più consistenti si registrano ad Aosta con la perdita di 300 abitanti.

Tra il 2020 e il 2021 anche il tasso di natalità è diminuito, con un numero di nati minore rispetto al 2020 di 32 bambini.

Si conferma la prevalenza della componente femminile in quanto le donne rappresentano il 51% del totale della popolazione e superano gli uomini di 2.534 unità. La prevalenza si evidenzia particolarmente nelle età più avanzate per la maggior longevità femminile.

La popolazione valdostana presenta, nel 2021, una struttura sensibilmente più anziana rispetto al totale del Paese, con l'età media di 46,9 anni.

Un ulteriore focus per fasce di età riguarda la componente più anziana della popolazione residente, di seguito ripartita nelle classi 65-74 anni, 75-84 anni e 85 e più anni.

A livello regionale gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa un quarto della popolazione residente (24,2%). Al 1° gennaio 2020 sono residenti più di 30.300 anziani, concentrati soprattutto nella classe 65-74 anni (11,8%). Rispetto al 2011 la Regione conta oltre 3.500 anziani in più (+13,3%)¹³¹.

Vi è uno spopolamento di alcune zone di montagna, non caratterizzate da un'economia improntata sul turismo e questa riduzione di popolazione è associata ad una maggiore presenza di persone con

¹³¹ ISTAT Censimento permanente della popolazione in Valle d'Aosta 25 settembre 2023 <https://www.istat.it/it/files//2023/09/Valle-dAosta-Focus-2021-Censimento-permanente.pdf>

più di 65 anni che causa inevitabilmente un isolamento sociale dei residenti, in particolare di quelli più anziani e potenzialmente più fragili nell'accesso ai servizi¹³².

L'aumento della speranza di vita tra gli anziani, molti dei quali soli, comporta sia un aumento dei fabbisogni di assistenza ma anche risvolti positivi in quanto la più lunga sopravvivenza caratterizzata da una migliore qualità della vita, potrebbe consentire agli anziani di svolgere un ruolo attivo nella società, come il supportare le famiglie dei propri figli nella cura dei nipoti, garantendo loro sostegno economico, oltre che partecipare al ciclo economico nella veste di consumatori di servizi assistenziali¹³³.

3.1 Politiche per l'invecchiamento attivo in Valle d'Aosta.

A livello nazionale il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri in collaborazione con l'Istituto di ricerca di Ancona ha stretto un accordo di collaborazione realizzando un progetto di coordinamento nazionale, multilivello e partecipato che ha coinvolto tutti gli stakeholders pubblici e privati più significativi in tema di invecchiamento sia a livello nazionale che a livello regionale¹³⁴.

L'intento era di fare una ricognizione regione per regione per poi elaborare delle raccomandazioni, non vincolanti, da seguire per poter migliorare il sistema delle politiche regionali che fanno riferimento al tema dell'invecchiamento attivo in Italia delineando possibili sviluppi.

La Regione Valle d'Aosta ha una struttura organizzativa composta dall'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali che svolge sia funzioni di indirizzo che di finanziamento e controllo dei servizi per gli anziani operando in sinergia con altri attori pubblici e della società civile per la realizzazione di politiche sociali e sociosanitarie. L'Assessorato è composto dal Dipartimento Salute e Sanità e dal Dipartimento Politiche Sociali.

Considerando tale realtà, gli operatori che si trovano ad affrontare quotidianamente la gestione dei servizi rivolti alle persone anziane individuano strategie creative, volte a valorizzare le risorse

¹³² Università cattolica del sacro cuore, *Laboratorio di statistica applicata Struttura e dinamica demografica della Regione Valle d'Aosta e delle sue aggregazioni intraregionali*, <https://www.regione.vda.it/allegato.aspx?pk=97138> pag. 27.

¹³³ Istat, *Report, futuro della popolazione: meno residenti, più anziani e famiglie più piccole*, 22 settembre 2022 <https://www.istat.it/it/files/2022/09/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE-2021.pdf> pag.6

¹³⁴ D. Lucantoni, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia*, Raccolta di rapporti, marzo 2022

degli utenti nel portare un proprio contributo, in quanto si considera l'anziano come risorsa. Recentemente il territorio regionale valdostano presenta una differenziata offerta di interventi che rispondono alla logica del valorizzare e mantenere le competenze e capacità degli anziani, considerati come membri che partecipano a pieno titolo allo sviluppo delle comunità territoriali¹³⁵.

La Regione Valle d'Aosta si è impegnata in un'opera di ricognizione dei bisogni espressi nel territorio regionale, tuttavia, l'attenzione rivolta alle politiche relative all'invecchiamento attivo non sempre era coordinata e continuativa. L'obiettivo di medio-lungo termine, insieme ad una legge regionale sull'invecchiamento attivo, era di ricercare un certo equilibrio tra servizi di cura e assistenza entrambi integrati con servizi di prevenzione e mantenimento delle capacità funzionali per la popolazione anziana che ancora non aveva sviluppato delle gravi fragilità e dei deficit psico-fisici. A tal proposito, si prevedeva una forte regia regionale che avesse permesso lo sviluppo di strumenti progettuali e le loro applicazioni operative attraverso i piani di zona¹³⁶.

Nel 2021 il ricercatore Davide Lucantoni ha redatto un report riferito alla Valle d'Aosta con l'elaborazione di un progetto. Il progetto è iniziato nel 2019 e l'accordo è stato fatto per tre anni, prorogato poi dal 2022 al 2024 e con la possibilità di un'ulteriore proroga.

Dalla Regione Valle d'Aosta emerge che non abbiamo una legge dedicata, a parte la proposta di legge regionale n. 126: Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo, presentata il 03 novembre 2023. Oggi sia il dipartimento delle politiche sociali che l'Azienda Sanitaria Locale stanno iniziando ad occuparsene.

Questo tema è stato toccato in maniera settoriale ma non c'è ancora ad oggi un'integrazione, un coordinamento in quanto esistono figure pubbliche e private che si stanno muovendo nel territorio valdostano in assenza di un coordinamento di valorizzazione.

Questo coordinamento sarebbe essenziale tramite una cabina di regia regionale interistituzionale che metta insieme pubblico e privato, in collaborazione con i vari assessorati perché il tema dell'invecchiamento abbraccia e coinvolge molti settori: da quello sociale alla sanità, dall'istruzione al lavoro.

¹³⁵ Dipartimento delle politiche della famiglia, Presidenza del Consiglio dei ministri, *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Valle d'Aosta*, C. Di Matteo, maggio 2020, pag.2.

¹³⁶ *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Valle d'Aosta*, Op.cit., pag.5.

Tra le varie prospettive e raccomandazioni c'è quella di istituire una cabina di regia che si è finalmente insediata nell'ambito del piano di zona¹³⁷ grazie ad un tavolo interistituzionale. Gli stakeholders coinvolti sono:

- il Consorzio degli Enti Locali della Valle d'Aosta,
- il dipartimento sanità della pubblica amministrazione regionale,
- l'Azienda Sanitaria Locale,
- le principali sigle sindacali CISL, UIL, CGIL, SAVT,
- la federazione delle cooperative sociali,
- i rappresentanti del terzo settore, quelli firmatari dell'accordo e sono in particolare i rappresentanti del forum del terzo settore,
- le organizzazioni di volontariato,
- le APS nella figura del loro referente tecnico,
- il Comune di Aosta.

La cabina di regia si è insediata il 26 gennaio 2024 al fine di valutare sia la situazione nazionale che quella regionale per definire in maniera generale gli obiettivi futuri.

Il tavolo ha la funzione di coordinare tutte le iniziative e i servizi pubblici e privati presenti nel territorio, in modo da realizzare un sistema integrato per dare il più possibile risposte al cittadino affinché possa essere informato su quali saranno le attività che verranno svolte.

Quindi la cabina di regia sarà sempre nell'ambito del piano di zona, sarà composta da questi diversi soggetti ed è previsto il coinvolgimento, in base alle tematiche che si affronteranno nel tempo, anche di altri componenti proprio perché gli argomenti spazieranno in ulteriori settori. Ulteriore scopo è arrivare ad organizzare a livello nazionale una conferenza regionale attraverso un evento aperto alla cittadinanza che ha lo scopo di sensibilizzare la popolazione su quello che è il tema dell'invecchiamento attivo spiegando quali saranno le prospettive future.

¹³⁷ Il Piano di Zona della Valle d'Aosta è uno strumento di programmazione delle politiche sociali previsto dalla legge 328/2000 Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Il 22 giugno 2023 il Consiglio regionale ha approvato Il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025, che prevede la ridefinizione del modello di programmazione concertata delle politiche sociali anche mediante la revisione del Piano di zona regionale.

Nelle more di tale revisione, in data in data 4 dicembre 2023, la Giunta regionale, con deliberazione n. 1475/2023, ha approvato l'ulteriore rinnovo dell'Accordo di programma per l'adozione del Piano di Zona della Valle d'Aosta 2019-2021 fino al 31 dicembre 2025.

A livello nazionale è in corso una grande riforma che riguarda il mondo degli anziani ossia il decreto legislativo attuativo¹³⁸ in materia di anziani che definisce tutta una serie di aspetti a livello di governance dal momento che non si parla ancora di finanziamenti e di importi economici ma si chiede alle regioni di poter dare disponibilità ai propri fondi.

La Valle d'Aosta elabora un piano a livello regionale partendo da un piano programmatico nazionale, con l'elaborazione di questo atto la Regione suggerisce linee guida su come sviluppare il piano.

L'obiettivo è dunque di progettare un piano triennale, con un documento che arrivi ad indirizzare la realizzazione di determinati interventi grazie al lavoro della cabina di regia che è sicuramente strategica in quanto permette di avere più connessioni e visioni, partendo da una mappatura attuale, rispetto a quello che esiste già e a quello che bisogna ancora programmare. A tale scopo si è creato un format molto semplice che raccoglie i fabbisogni, gli interventi, le politiche e i servizi già esistenti per delineare ulteriori considerazioni chiedendo a tutti i componenti del tavolo, che sono i rappresentanti pubblici e privati, proposte e suggerimenti.

L'obiettivo sarà poi quello di raccogliere dopo qualche giorno nuovi dati rispetto ai vari fabbisogni, condividendo con il tavolo il format compilato. La Regione così potrà riorganizzare e riordinare le nuove informazioni e reintegrarle restituendo al tavolo eventuali originali risultati e successivamente programmare ulteriori interventi da attivare.

Dal 1° gennaio 2024 in Valle d'Aosta sono stati istituiti i punti unici di accesso¹³⁹, un servizio integrato con il pronto intervento sociale, tutto a regia regionale realizzato in coprogettazione con gli enti del terzo settore che rappresentano una sorta di sportello sociale. Questi sportelli hanno proprio l'obiettivo di garantire le informazioni sociosanitarie al cittadino e di aiutarlo nella scelta tra i servizi disponibili e l'offerta pubblica o privata. I PUA esistono già, ce ne sono otto in tutta

¹³⁸ Decreto Lgs. attuativo, legge delega anziani, gennaio 2024 <https://www.lavoro.gov.it/priorita/pagine/cdm-schema-dlgs-attuativo-legge-delega-anziani>

¹³⁹ L'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali comunica che con DGR n. 693 del 19 giugno 2023 è stato approvato l'avvio dell'istruttoria pubblica di co-progettazione, ai sensi dell'art. 55 del Codice del Terzo Settore (D.lgs. 117/2017), per l'individuazione del soggetto partner per la gestione del Punto unico di accesso (PUA) integrato con il servizio di Pronto Intervento Sociale (PRIS) in Valle d'Aosta, ai sensi del Piano degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, per il periodo dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026, eventualmente prorogabile. L'avviso è rivolto a tutti gli enti del Terzo Settore (ai sensi dell'art. 4 del Codice del Terzo Settore) interessati a co-progettare e gestire in partnership con l'Amministrazione regionale i servizi oggetto della procedura.

la Valle d'Aosta e alcuni sono all'interno delle microcomunità e al suo interno vi lavorano le assistenti sociali e gli operatori del settore che collaborano tra loro.

Il PUA risponde ai seguenti bisogni:

- facilitare l'accesso e l'utilizzo delle informazioni e dei servizi sociosanitari da parte della cittadinanza: i cittadini ricevono accoglienza, ascolto, orientamento e prima consulenza, mediante informazioni chiare, aggiornate ed accessibili, riducendo gli spostamenti agli interlocutori, semplificando le modalità di fruizione;
- definire prassi condivise per promuovere l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari, per l'inclusione lavorativa e la formazione e il potenziamento delle reti territoriali;
- osservatorio delle risorse e dei bisogni sociali¹⁴⁰.

I punti unici di accesso lavoreranno inoltre come osservatori delle risorse e dei bisogni sociali, daranno risposte a situazioni di emergenza sociale individuale e familiare e definiranno prassi che aiuteranno ad integrare i sistemi dei servizi sociali con i servizi sanitari. Ma principalmente saranno un punto unico di accoglienza ed ascolto per i bisogni sociali e sociosanitari. Daranno informazioni e orienteranno le persone sui diritti alle prestazioni sociali e sociosanitarie agevolando il primo accesso ai servizi.

I PUA saranno articolati su più sedi regionali e saranno garantiti dalla presenza di operatori sociali e animatori di comunità che aiuteranno gli utenti ad accedere alla rete dei servizi e del sostegno locale. I punti unici di accesso previsti sono uno per il Comune di Aosta e uno per ciascuna Unité in Valle d'Aosta. Saranno dotati di professionalità formate e aggiornate in relazione alla complessità delle funzioni attribuite al servizio medesimo. Sono richieste competenze in grado di curare sia le attività di prima accoglienza sia quelle di ascolto ed approfondimento delle situazioni, nonché di gestione delle urgenze.

Il potenziamento relativo al numero di personale assegnato ai PUA è necessario per rispondere alla pluralità di funzioni previste dal Piano nazionale 2021- 2023 soprattutto nel garantire un'adeguata accessibilità ai servizi sociosanitari e socioassistenziali per implementare le funzioni

¹⁴⁰ Piano di Zona VDA; *Il punto unico di accesso ai sensi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*, maggio 2023, pag.2

di accompagnamento e presa in carico in favore di utenti particolarmente fragili come gli anziani¹⁴¹.

3.2 Proposta di legge regionale n. 126 del 3 novembre 2023.

Dall'analisi dei risultati emersi dalle consultazioni condotte dalla Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Dipartimento per le politiche della famiglia si deduce che in Valle d'Aosta il tema dell'invecchiamento attivo non è trattato esplicitamente dal punto di vista legislativo se non nella legge regionale del 4 maggio 1984 n. 15 "Concessione di un contributo annuo per il funzionamento della Cooperativa Culturale Regionale dell'Università della Terza Età", e nella legge regionale del 15 dicembre 1982 n. 93 "Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili".

La presente proposta di Legge ha l'obiettivo di valorizzare il ruolo delle persone anziane e la promozione della loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale. Si vuole favorire la crescita personale dell'anziano valorizzando sia la sua capacità progettuale che la sua esperienza di vita promuovendo l'auto-organizzazione, il volontariato, la cittadinanza attiva e lo sviluppo di reti sociali.

Gli ambiti di intervento spaziano dalle politiche familiari alla formazione permanente, dalla prevenzione sanitaria al contrasto dei fenomeni di discriminazione, dalla cultura al tempo libero, dove gli enti locali, l'Ausl, le strutture residenziali, le istituzioni scolastiche ed universitarie e le associazioni di tutela e di rappresentanza degli anziani sostengono e valorizzano l'invecchiamento attivo¹⁴².

La proposta di legge riconosce la famiglia come una delle risorse fondamentali nelle politiche di invecchiamento attivo. Al fine di garantire alla persona anziana una migliore qualità della vita e la permanenza nel proprio contesto domiciliare, la Regione promuove ogni azione utile a supportare in modo integrato le famiglie, favorendo le condizioni per una effettiva sostenibilità delle responsabilità familiari nei confronti delle persone anziane. Al fine di assicurare alle persone

¹⁴¹ Incontro e colloquio con la Dottoressa Vascello Stefania, Dipartimento delle politiche sociali, Ufficio programmazione politiche sociali, Coordinamento Piano di zona, 07 febbraio 2024.

¹⁴² Incontro e colloquio il 19 gennaio 2024 con il Consigliere regionale Claudio Restano che ha presentato la proposta di legge.

anziane, che vivono sole, opportunità che garantiscano la loro qualità di vita, la permanenza nel proprio contesto domiciliare e la partecipazione alla vita di comunità, promuove azioni specifiche utili a supportare, in modo integrato con il contesto di riferimento, la persona anziana priva di conviventi, favorendo la sperimentazione di forme di reciproco supporto tra le famiglie in difficoltà rispetto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro¹⁴³.

Riconoscendo il ruolo centrale degli enti locali, del terzo settore e delle associazioni di riferimento, la proposta di legge favorisce la partecipazione delle persone anziane ad attività culturali, ricreative e sportive, per sviluppare relazioni solidali, positive e continuative tra le persone e trasmettere il senso di appartenenza alla comunità, anche al fine di favorire la fruizione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale della Regione. Inoltre, sostiene iniziative di turismo sociale, facilitando l'accesso alle persone anziane con difficoltà economica a eventi di teatro, cinema, mostre e musei e si avvale, al contempo, del loro patrimonio di conoscenze e del loro impegno per promuovere la storia, la cultura e le tradizioni regionali¹⁴⁴.

La proposta di legge sostiene progetti sperimentali o convenzioni tra enti pubblici e soggetti del terzo settore tesi a sviluppare il volontariato civico degli anziani a supporto delle professionalità presenti e nel rispetto delle normative di settore. L'impegno civico delle persone anziane si realizza attraverso le seguenti azioni:

- accompagnamento con mezzi pubblici di persone non autosufficienti per l'accesso a prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie;
- supporto nei percorsi formativi di collegamento fra la scuola e il mondo del lavoro, anche in relazione alle iniziative promosse dalle imprese e dalle organizzazioni sindacali;
- attività ausiliarie di sorveglianza e animazione presso scuole e mense, biblioteche, mostre, sale di ritrovo dei quartieri, aree sportive e centri sociali, sportivi, ricreativi e culturali in collaborazione con le famiglie, le istituzioni scolastiche, il terzo settore e le amministrazioni locali, con l'esclusione della custodia dei beni o la sorveglianza sui luoghi;
- iniziative volte a far conoscere e mantenere le tradizioni di artigianato locale;

¹⁴³ Art. 6 Proposta Legge regionale n. 126 del 3 novembre 2023.

¹⁴⁴ Art. 10 Proposta Legge regionale n. 126 del 3 novembre 2023.

- assistenza, anche domiciliare, a minori, anziani e disabili a supporto degli operatori dei servizi sociali;
- assistenza sociale e culturale in ospedale e nella casa circondariale regionale;
- interventi di carattere ecologico, stagionale o straordinario, sul territorio regionale;
- campagne e progetti di solidarietà sociale, ivi comprese le banche del tempo¹⁴⁵.

I Comuni possono affidare a persone anziane la gestione gratuita di terreni comunali nei quali svolgere attività di giardinaggio, orticoltura e, in generale, di cura dell'ambiente naturale, stabilendo le relative modalità e i criteri di affidamento¹⁴⁶.

3.2.1 Proposta di istituzione del Garante dei diritti delle persone anziane.

Al fine di assicurare una più efficace azione a tutela delle persone anziane, in attuazione di quanto previsto dagli articoli 21 e 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, il Difensore civico svolge le funzioni di Garante dei diritti degli anziani.

Il Difensore civico in qualità di Garante collabora con le altre istituzioni alla difesa e alla tutela dei diritti delle persone anziane attraverso la promozione del diritto alla vita, alla famiglia, all'assistenza socio-sanitaria, favorendo la partecipazione e l'inclusione sociale.

In particolare, il Difensore civico collabora con il tavolo regionale permanente di confronto ed esercita le seguenti funzioni:

- segnala agli organi regionali eventuali fattori di rischio o di danno e formula proposte nei confronti delle strutture competenti in caso di accertate e perduranti omissioni e inosservanze che possono compromettere l'erogazione di prestazioni;
- monitora e vigila sulla tutela dei diritti delle persone anziane, segnala le violazioni ai competenti organi sociali e giudiziari e promuove, con gli Enti locali e i soggetti del Terzo Settore iniziative per il contrasto, la prevenzione e il trattamento dell'abuso, dello sfruttamento o della violenza sugli anziani;

¹⁴⁵ Art. 12 Proposta Legge regionale n. 126 del 3 novembre 2023.

¹⁴⁶ Art. 13 Proposta Legge regionale n. 126 del 3 novembre 2023.

- collabora alla promozione dei diritti e degli interessi diffusi delle persone anziane a livello familiare, sociale, territoriale, urbanistico, ambientale, culturale, economico ed in relazione alle nuove tecnologie¹⁴⁷.

3.3 Proposte di intervento in tema di invecchiamento attivo.

In data 26 gennaio 2024 si è tenuta la riunione di insediamento del Tavolo regionale interistituzionale sul tema dell'invecchiamento attivo, all'interno del quale sono rappresentati anche gli Enti Locali. L'obiettivo del tavolo è quello di fungere da coordinamento regionale per la valorizzazione, il riconoscimento, l'integrazione e l'implementazione delle politiche e delle iniziative pubbliche e private promosse in Valle d'Aosta, al fine di trasformarle in un sistema integrato ed efficace di risposte alla cittadinanza e, al contempo, promuovere lo sviluppo della cultura in tema di invecchiamento attivo.

Una delle prime azioni che il Tavolo intende realizzare è la ricognizione delle politiche, dei servizi, delle iniziative presenti sul territorio regionale e di eventuali nuove proposte di intervento in tema di invecchiamento attivo. A tal fine è stato predisposto un breve format che il CELVA¹⁴⁸ ha chiesto di compilare ai comuni della Valle d'Aosta e di restituire entro il 26 febbraio 2024. Le risposte pervenute sarebbero poi state trasmesse al Dipartimento regionale delle Politiche sociali che, nell'ambito del Piano di zona si occuperà del coordinamento del Tavolo, al fine di programmare le attività future.

Il Format è finalizzato alla raccolta dei fabbisogni territoriali, delle politiche, dei servizi, delle iniziative in materia di invecchiamento attivo presenti in Valle d'Aosta e delle nuove proposte di intervento. Nel documento si chiarisce il significato del concetto di invecchiamento attivo facendo riferimento sia alla definizione adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quale processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità

¹⁴⁷ Conferenza stampa: presentazione della proposta di Legge *"Disposizioni in materia di promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e istituzione del garante dei diritti degli anziani"*, Consigliere regionale M. Baccega, 27 febbraio 2024.

¹⁴⁸ Il Consorzio degli Enti Locali della Valle d'Aosta costituisce l'organismo a carattere strumentale del Consiglio permanente degli Enti Locali (CPEL), con funzioni di supporto nello svolgimento delle attività svolte dagli Enti Locali nell'ambito del Sistema delle autonomie in Valle d'Aosta. Il CELVA compie la propria funzione di rappresentanza, di assistenza e di tutela degli organismi associati, con particolare riguardo alla promozione e allo sviluppo degli Enti Locali della Regione autonoma Valle d'Aosta.

della vita delle persone che invecchiano, che dalla definizione del Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo ovvero “essere attivi o attivarsi in maniera formale o informale in uno o più ambiti della sfera sociale (come il mercato del lavoro, il volontariato, le relazioni sociali, l'educazione permanente, l'assistenza a familiari con disabilità), o della sfera personale come le attività del tempo libero, gli hobby, il turismo, il giardinaggio, la musica, l'arte ecc. scegliendo liberamente l'attività o le attività nelle quali impegnarsi, a seconda delle proprie aspirazioni e motivazioni¹⁴⁹”.

Il target di riferimento è rappresentato da persone con età pari o superiore ai 65 anni, attive in uno o più ambiti della sfera sociale, anche in condizioni di salute precarie, precisando che non rientrano nel target le persone anziane con una compromissione psico-fisica tale da renderle soggetti esclusivamente passivi e bisognosi di assistenza continua.

Prestando il mio servizio come collaboratore amministrativo presso il Comune di Pollein ho focalizzato la mia attenzione sui Format relativi all'Unité Mont Emilius intervistando ed incontrando alcuni sindaci dei comuni che si sono dimostrati più virtuosi sia per le politiche e gli interventi in essere sul loro territorio che per le proposte di nuove iniziative nei confronti dell'invecchiamento attivo.

Ad oggi i comuni di Brissogne, Fenis e Pollein non hanno compilato e inviato il Format al CELVA¹⁵⁰, per i restanti comuni le attività comuni destinate all'invecchiamento attivo, oltre ai soggiorni climatici organizzati dall'Unité Mont Emilius, sono alcuni pomeriggi ludici presso i centri comunali soprattutto per giochi di carte.

Il comune di Gressan con deliberazione della Giunta Comunale n. 39 del 17/04/2023 ha approvato il protocollo d'intesa per la collaborazione con il Comune di Aosta nell'ambito del servizio “Anziani Attivi”, svolto in co-progettazione tra il Comune di Aosta e l'ATI costituita dalle cooperative La Sorgente e L'Esprit à L'Envers, con le seguenti finalità:

¹⁴⁹ Dipartimento per le politiche della famiglia, Presidenza del Consiglio dei ministri, *L'invecchiamento attivo. Introduzione*, <https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivit%C3%A0/invecchiamento-attivo/invecchiamento-attivo-introduzione/>

¹⁵⁰ Informazioni pervenute alla Dottoressa Accurso Eleonora, responsabile area politiche sociali del Consorzio degli Enti Locali della Valle d'Aosta in data 01 marzo 2024

- ampliare la disponibilità della struttura comunale ospitante di Gressan, alle attività del servizio di co-progettazione destinate alla realizzazione di pomeriggi danzanti e pranzi comunitari;
- allargare la fruizione delle attività di cui sopra anche ai residenti del Comune di Gressan;
- promuovere la diffusione delle iniziative organizzate dal Servizio “Anziani Attivi”.

Inoltre, sono stati attivati ulteriori servizi e progetti rivolti a tutta la popolazione:

- “Prenditi Cura di Te” un progetto approvato con deliberazione di Giunta n. 140 del 07/11/2022, di durata triennale, incentrato sull’importanza dell’aspetto preventivo nella tutela della salute dei cittadini, nell’ambito del quale sono organizzate ogni anno iniziative per la sensibilizzazione della popolazione a carattere di educazione alla salute, di prevenzione e di screening;
- “Un cerchio dopo l’altro” un progetto organizzato in collaborazione con il sottogruppo Lo Cati (sarte volontarie) della Pro-Loco per la realizzazione degli addobbi natalizi all’uncinetto e di manufatti destinati a soggetti socialmente fragili come gli utenti della microcomunità;
- Corsi di ginnastica dolce: progetti rivolti agli over 65 che prevedono l’organizzazione di n. 10 lezioni in palestra nel periodo autunno-inverno e n. 10 camminate nel periodo primaverile presso l’Area Verde e sul territorio comunale;
- Incontri personali tra la popolazione residente e gli amministratori locali e relativa consegna di un pacco dono di Natale. Un omaggio agli over 75 residenti nel comune di Gressan, ogni anno con tema differente, consegnato personalmente all’anziano con l’obiettivo di creare rete e comunicazione monitorando eventuali situazioni di isolamento e solitudine. Il pacco dono contiene prodotti acquistati dall’amministrazione comunale oltre ad un prodotto offerto dalla proloco, un manufatto del gruppo Lo Cati (sarte volontarie), un regalo offerto dagli alunni delle scuole primarie e un calendario realizzato dalla Biblioteca.

Come eventuale proposta di intervento futuro il comune ritiene che la valorizzazione dell'immobile, attualmente nella disponibilità dell'Ente, denominato "Casa Cretaz", per fini abitativi sociali potrebbe essere destinato ad un target definito sulla base delle esigenze mediante coprogettazione/metodologie di audizione con le Cooperative sociali del territorio; indicativamente le finalità individuabili sono co-housing di anziani autosufficienti, case per ragazze madri o ancora residenze per giovani uscenti da casa famiglia, come da linea di indirizzo approvato con deliberazione di Giunta n. 129 del 31/10/2023. Questa iniziativa costituirebbe un ottimo progetto sociale di rilievo anche sovra comunale. Si precisa che tale intervento era stato inserito nell'ambito dei progetti PNRR promossi dall'Amministrazione regionale, ma attualmente mancano i fondi per interventi strutturali sull'edificio¹⁵¹.

Il Comune di Quart propone invece per gli ultrasessantenni incontri di lettura espressiva il giovedì organizzati dalla biblioteca con la presenza di un esperto, una volta ogni 15 giorni, alternandosi presso l'ex sede degli alpini a Villefranche e presso Villa Pesando a Villair, per garantire una maggiore partecipazione agli anziani dislocati in territori diversi. Gli incontri terminano nel mese di giugno con una gita finale.

Inoltre, ha reso operativa un'attività di esercizio terapeutico per la terza età gestito da un fisioterapista che ha in locazione un locale a Villa Pesando nel Villair di Quart. Il locale comunale gli viene affittato dal Comune ad un prezzo agevolato con la clausola che presti un servizio a favore della collettività, gli appuntamenti per la terza età si svolgono il martedì e giovedì con la costituzione di tre gruppi di utenza in diverse fasce orarie.

Per promuovere la cittadinanza attiva gli anziani dai 65 anni in su possono prestare attività di volontariato, come volontari civici, a favore della comunità di Quart negli ambiti culturali, sportivi, ricreativi, sociali e civili. Le domande sono presentate in Comune dove una commissione le valuta e, se accolte, il volontario è iscritto, a seguito di determinazione da parte dell'Unité, all'albo dei Volontari civici gestito dall'ufficio Servizi sociali.

Nel 2017 è stato chiuso il centro diurno per gli anziani per cui la volontà futura da parte del comune di Quart è quella di poter offrire alle persone anziane ancora attive la partecipazione in centri diurni con l'obiettivo di socializzare, di divertirsi e trascorrere il loro tempo libero attraverso delle

¹⁵¹ Incontro e colloquio il 12 gennaio 2024 con il Sindaco di Gressan Michel Martinet.

politiche economiche di sostegno che purtroppo ad oggi spesso non sono supportate da finanziamenti adeguati¹⁵².

Il comune di Jovençan tra le sue iniziative promuove il progetto “Me Boudzo pe mé” un’iniziativa organizzata dall’amministrazione comunale destinata alle persone diversamente giovani. Il progetto è indirizzato alla promozione di uno stile di vita sano e alla valorizzazione delle quotidiane abitudini che apportano benefici fisici e psicologici all’anziano. Ulteriore iniziativa da parte del comune è il progetto “Capitan uncinetto” in cui l’amministrazione comunale intende coinvolgere la comunità nella realizzazione di piccoli manufatti volti ad addobbare il territorio comunale durante le festività natalizie valutando un eventuale collaborazione con la scuola primaria.

Il coordinatore regionale Sport e Salute della Valle d’Aosta, la Dott.ssa Solange Morelli ha contattato la Regione Autonoma Valle d’Aosta per un’iniziativa a cura dell’Associazione Amplifon di Milano che si chiama Progetto Ciao! un progetto che nasce per cercare di recuperare il senso di comunità nelle RSA, attraverso lo strumento della digitalizzazione e la connessione di strutture audio e video, al fine di aiutare l’anziano a ritrovare il suo ruolo al centro della società attiva. Grazie all’utilizzo di sistemi di video-connesione, offerti gratuitamente dalla Fondazione Amplifon, gli utenti che partecipano al progetto possono ripristinare momenti di condivisione - come gruppi di preghiera, lettura dei giornali o incontri con volontari e scolaresche - e programmare lo svolgimento di servizi utili, dai consulti medici ad eventuali impegni amministrativi o burocratici, per recuperare lo spirito di unione e riportare gli ospiti delle strutture ad essere protagonisti attivi della loro quotidianità, facendoli sentire coinvolti e non isolati. Il Progetto Ciao! prevede la trasmissione di eventi interattivi in diretta come concerti di musica classica, o intrattenimenti basati sulla musica popolare, lezioni di yoga o di ginnastica dolce, viaggi digitali, sessioni di arteterapia. Il progetto che attraverso la tecnologia connette e intrattiene gli anziani di circa 200 residenze sanitarie assistenziali in tutta Italia ha l’obiettivo di sostenere tutti coloro che rischiano di rimanere soli, con un’attenzione particolare verso gli anziani nelle RSA e promuove la loro partecipazione attiva alla vita sociale, culturale e professionale¹⁵³. Unisce le migliori idee e professionalità del mondo pubblico e privato in un’ottica di condivisione

¹⁵² Incontro e colloquio il 15 gennaio 2024 con il Sindaco di Quart Fabrizio Bertholin.

¹⁵³ <https://www.amplifonfoundation.com/it/progetti/senior/ciao->

intergenerazionale. Il progetto Ciao! si concretizza sia nell'installazione di schermi di altissima qualità audio e video presso le residenze aderenti all'iniziativa, sia attraverso lo sviluppo di nuovi contenuti e forme di relazione sociale che favoriscano l'intrattenimento e il coinvolgimento attivo degli anziani. Prevede sia l'installazione di schermi di alta qualità e video presso le strutture che aderiscono all'iniziativa, sia lo sviluppo di nuove forme di relazione sociale per favorire il coinvolgimento e l'intrattenimento attivo degli anziani.

La Fondazione Amplifon si è resa disponibile per un'iniziativa in Valle d'Aosta a costo zero e tramite l'Associazione sport e salute, nella persona della Dottoressa Morelli si è proposta di diffondere l'informativa nella nostra Regione. Solo alcune Unité hanno manifestato la volontà di aderire o meglio l'interesse di approfondire l'iniziativa, tra cui l'Unité Mont Emilius. Ci sarà quindi a breve una riunione che si svolgerà l'undici marzo prossimo dove parteciperanno l'Associazione Amplifon, le Unité interessate al Progetto Ciao! il Dipartimento delle politiche sociali e il coordinatore regionale sport e salute per analizzare il progetto e discutere su eventualità criticità e proposte per la realizzazione dello stesso¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Colloquio telefonico in data 01 marzo 2024 con la Dottoressa Solange Morelli, coordinare Sport e Salute della VDA.

CAPITOLO QUARTO

CONCLUSIONI

Il tema dell'invecchiamento costituisce un tema di dibattito al centro dell'indagine politica, sociale, economica e civile. La nostra società negli ultimi decenni si è caratterizzata per un alto incremento della popolazione anziana ma i modi per intendere e vivere la vecchiaia possono essere diversi. Se l'età media della vita si è allungata sia per gli uomini che per le donne, gli anziani sono sempre più spesso capaci di riorganizzare la loro esistenza rappresentando una risorsa davvero preziosa sul piano della solidarietà intergenerazionale.

Oggi si inizia a focalizzare l'attenzione sul tentativo di superare vecchi stereotipi legati alla vecchiaia secondo cui l'anziano non vive attivamente e si isola dal contesto sociale.

L'invecchiamento anagrafico non è più un parametro valido per definire una persona anziana in quanto esistono varie forme di vecchiaia che sono legate a fattori sociali, economici, biologici e psico-relazionali.

L'aspetto sul quale viene posto l'accento nell'elaborato di questa tesi risulta essere la promozione dell'invecchiamento attivo, ovvero la capacità da parte dell'anziano di gestire un ruolo attivo e socialmente rilevante, valorizzandolo come risorsa sul piano pratico e umano, ma anche come fonte di saggezza e di memoria per le giovani generazioni e per la società intera¹⁵⁵.

L'allungarsi del ciclo di vita dell'uomo è sicuramente una grande conquista così come l'invecchiamento di una larga fascia deve essere valutato come un importante risultato dello sviluppo sociale. Le condizioni di anzianità devono dunque essere ripensate e interpretate come esperienze positive dal momento che vengono evidenziate le possibilità di ridefinire sia l'identità che il ruolo dell'anziano nelle società contemporanee.

Le politiche degli ultimi anni promuovono e valorizzano un invecchiamento di successo, legato ad uno stile di vita, post pensionamento, sano, in salute e attivo. Per preservare una buona salute l'anziano deve rimanere produttivo ed indipendente e per contribuire a migliorare il proprio senso di benessere risulta fondamentale la sua totale partecipazione alla vita pubblica, sociale e familiare. Questa prospettiva positivista è essenziale per prevenire eventuali mancanze di autonomia che

¹⁵⁵ G. Bertin, *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, op. cit., pag. 23-24

potrebbero portare ad una non autosufficienza: le difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana e, di conseguenza, la necessità di un sostegno per portarle a compimento creano inevitabilmente problemi di sostenibilità della spesa pubblica per i costi legati alle politiche pensionistiche e sanitarie. Lo scopo è di contenere la spesa sanitaria, le indennità di accompagnamento e gli interventi sociosanitari erogati a livello locale e rivolti agli anziani non autosufficienti. Si ritiene infatti che le cure domiciliari siano meno costose, a maggior ragione, l'assistenza si traduce in una delega alle famiglie, attribuendo ai destinatari degli interventi risorse economiche da spendere nel mercato dei servizi attraverso l'introduzione di benefici come assegni di cura o tramite contributi economici ai familiari per sostenere finanziariamente i costi per la cura dell'anziano. L'erogazione del contributo avviene dopo una valutazione da parte di una commissione, dopo la stesura di un piano assistenziale personalizzato e il successivo monitoraggio¹⁵⁶.

Oggi viviamo una profonda delusione di fronte al decreto attuativo della Legge delega (n.33/23) per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti presentato dal Governo. La legge delega non contiene tutti i dettagli del tema che intende trattare, ma è un testo con cui il parlamento stabilisce delle linee guida generali e attribuisce al governo il compito di farle diventare provvedimenti precisi tramite successivi decreti legislativi,

Questa riforma, attesa da più di vent'anni da anziani, familiari e caregiver di professione, per i quali la legge, introdotta grazie al PNRR puntava a ridisegnare il sistema di welfare per rispondere alla loro sempre più diffusa presenza e a bisogni di cura sempre più complessi, non dispone delle risorse necessarie per rendere concrete le indicazioni normative. Si cancella così l'accesso universalistico ai servizi e ci si dimentica della riforma dell'assistenza domiciliare integrata. Infatti, mentre la legge delega prevede la riforma dei servizi domiciliari, finalizzata a colmare la mancanza in Italia di un servizio domiciliare pubblico progettato per la non autosufficienza, il decreto esclude questa opportunità. Diventa estremamente dannoso dimenticarsi di questa tipologia di servizio in quanto restare nella propria casa, almeno fin quando è possibile, piuttosto che andare a vivere in una struttura residenziale, assicura sicuramente una migliore qualità della vita oltre che a costi più bassi per il sistema sanitario pubblico. Inoltre, il decreto attuativo prevede che per ricevere assistenza occorrerà dimostrare ridotte disponibilità economiche oltre ad un grave

¹⁵⁶ V. Cappellato, *Anziani, diritti, bisogni, prospettive*, Editore Il Mulino, 2021, Bologna pag. 51

stato di non autosufficienza. Le scadenze del PNRR prevedono che entro metà marzo 2024 dovrà essere emanata la versione definitiva del decreto, a breve si capiranno gli sviluppi. Il Decreto stanziava 500 milioni di euro per il biennio 2025-2026, dedicati alla sperimentazione della prestazione universale: dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, in via sperimentale e nel limite di spesa massimo pari a 300 milioni annui, si introdurrà una prestazione economica universale composta da una quota fissa e da un assegno di assistenza, finalizzata all'acquisto di servizi per promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno alle persone anziane non autosufficienti e destinata a sostituire progressivamente l'indennità di accompagnamento. I requisiti richiesti per ottenere il contributo dall'INPS, sono un'età anagrafica di almeno 80 anni e un livello di bisogno assistenziale gravissimo oltre ad un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, in corso di validità, non superiore a euro 6.000¹⁵⁷.

In Italia il Dipartimento per le politiche della famiglia ha avviato un progetto triennale (2019-2022) di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo.

Il documento è composto da raccomandazioni, utilizzate come proposta di linee guida, che dovrebbero agevolare lo sviluppo di una visione comune sulle questioni che sono oggetto di intervento delle politiche nazionali, tramite il coordinamento dei diversi livelli di governance del territorio italiano. Tale coordinamento ha lo scopo di armonizzare gli interventi in ambito nazionale con le cornici politiche e giuridiche internazionali, cui l'Unione europea e l'Italia fanno costante riferimento.

Lo scopo è quindi di promuovere lo sviluppo di politiche e servizi che supportino uno "stile di vita" tramite cui ciascun individuo possa trarre benefici psicologici, di salute fisica, e relativi alla percezione di una buona qualità della propria esistenza perseguendo i propri interessi e le proprie aspirazioni, attivandosi in uno o diversi ambiti della sfera sociale e personale. Con l'obiettivo che la persona anziana venga valorizzata come risorsa per la società nel suo complesso, favorendo, la sostenibilità del sistema di welfare in termini di riduzione della spesa pubblica per gli interventi di assistenza e cura sociosanitaria¹⁵⁸. Le linee guida di tali raccomandazioni cercano di conferire un

¹⁵⁷ Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33 <https://www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-66/24831>

¹⁵⁸ D. Lucantoni, Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo, Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo, aprile 2021

ruolo attivo agli stakeholders coinvolti, grazie all'attivazione di meccanismi di responsabilizzazione e individuazione di obiettivi prioritari, valorizzando sia le specifiche competenze di chi si appresta a utilizzarle, sia le differenze socioculturali che contraddistinguono il territorio italiano. Obiettivo principale è di integrare le raccomandazioni all'interno di un unico sistema che possano essere condivise al fine di ridurre la frammentazione delle politiche regionali e nazionali già esistenti, consentendo, di conseguenza, un'attività di osservazione delle problematiche connesse all'invecchiamento su tutto il territorio nazionale, sempre tenendo conto delle specifiche esigenze locali, per far emergere eventuali criticità e possibilità di intervento.

L'anziano oggi è una risorsa, grazie alla trasmissione delle sue conoscenze, per uno scambio intergenerazionale. Le sue esperienze professionali e di vita, così come quelle derivanti dall'esercizio delle buone pratiche possono essere un esempio per le nuove generazioni. Diventa fondamentale innescare un processo virtuoso e autonomo che conduca all'interiorizzazione del paradigma dell'invecchiamento attivo da parte di tutta la società, che si rifletta in modo positivo anche sugli aspetti legati alla sostenibilità delle politiche¹⁵⁹.

I destinatari di tali raccomandazioni sono principalmente i decisori pubblici in tema di invecchiamento attivo, tra cui i politici e amministratori, i funzionari tecnici nazionali, regionali e comunali, ma anche tutti i responsabili delle politiche delle organizzazioni della società civile e del Terzo settore, oltre naturalmente agli anziani.

In Valle d'Aosta sono stati raccolti i risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholders della società civile nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", focalizzato sull'individuazione di possibili sviluppi futuri dell'invecchiamento attivo a livello territoriale. In questa fase sono stati previsti strumenti di lungo periodo per coordinare, analizzare, programmare, implementare e monitorare delle politiche in materia di invecchiamento attivo a livello regionale, con il coinvolgimento di tutti gli assessorati e servizi regionali, oltre che altri importanti attori istituzionali regionali in ambito sociale, con l'obiettivo di costituire un osservatorio nazionale oltre che ad un tavolo regionale permanente sull'invecchiamento attivo. I progetti portati avanti dal Dipartimento salute e sanità e dalle politiche sociali si configurano come interventi rivolti ad ambiti specifici dell'invecchiamento attivo come partecipazione sociale, formazione e apprendimento permanente, cultura e turismo, sport e tempo libero, assistenza

¹⁵⁹ Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo, op.cit. pag.7

informale¹⁶⁰. Sul territorio regionale sono presenti varie esperienze che però mancano di coordinamento e di riconoscimento istituzionale. In questi mesi è stata istituita una regia regionale che permetta lo sviluppo di strumenti progettuali e la loro applicazione operativa attraverso i piani di zona.

La quasi totalità delle politiche legate all'area anziani e legate all'invecchiamento attivo sono gestite dall'Amministrazione regionale, dal Comune di Aosta e dagli Enti locali. A questo proposito in seno all'amministrazione regionale è stato costituito un tavolo sull'invecchiamento attivo per individuare le modalità di costruzione delle collaborazioni, per attivare una rete che includa vari assessorati e soggetti non istituzionali attivi nell'area sociale, allo scopo di sostenere la diffusione dell'invecchiamento attivo in tutte le politiche pubbliche e di coordinarne sia l'attivazione che il monitoraggio.

Oggi in Valle d'Aosta si è in attesa sia dell'approvazione della proposta di legge n. 126 del 3 novembre 2023 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" da parte della Commissione regionale, oltre che all'elaborazione e all'analisi dei format vertenti ad una ricognizione delle politiche, dei servizi, e delle iniziative presenti nel territorio regionale con eventuali nuove proposte, al fine di programmare le attività future.

Potrebbe essere interessante analizzare concretamente le esperienze accumulate in Italia attraverso alcune politiche e pratiche innovative che favoriscono l'invecchiamento delle persone fragili nei propri luoghi di vita: invecchiare a casa, grazie alla comunità.

The aging in place impiega misure di prevenzione e assistenza sociosanitaria di invecchiamento attivo, analizzando come il coinvolgimento delle comunità locali possa favorire pratiche che possano migliorare la qualità della vita e ridurre i rischi di isolamento degli anziani fragili e soli, che invecchiano a casa propria. Questa strategia sperimentata in Italia ha avuto un suo sviluppo, favorito da una serie di fattori: l'elevato tasso di proprietà della casa tra le persone anziane; la lunga permanenza delle persone nella stessa dimora; l'intensità delle reti informali basate sulla famiglia. Proprio in relazione a questi caratteri l'*ageing in place* richiede lo sviluppo di politiche mirate a rimuovere quegli aspetti che possono incidere sulla qualità della vita delle persone anziane fragili e accrescerne l'isolamento.

¹⁶⁰ D. Lucantoni, Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Valle d'Aosta: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholders della società civile (rapporto previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", Novembre 2021 pag. 4

In alcune regioni sono nate iniziative finalizzate a sostenere ed assistere le persone anziane nel proprio domicilio, sperimentando azioni in tre settori chiave:

- l'assistenza e la socializzazione attraverso l'erogazione di servizi innovativi a domicilio;
- l'applicazione di nuove tecnologie e di domotica nell'abitazione, di quei dispositivi cioè che possono supportare le persone anziane nelle loro attività quotidiane, sia per il monitoraggio delle condizioni di salute e funzionali, che per il miglioramento dell'interazione sociale
- l'adattamento degli alloggi al peggioramento delle condizioni funzionali e cognitive delle persone anziane, in modo da contribuire al mantenimento dei livelli di indipendenza di base.

Inoltre, sono state attivate pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani raggruppando iniziative finalizzate a limitare l'isolamento e la solitudine attraverso la sperimentazione di servizi innovativi per la socializzazione e la mobilità e attraverso progetti integrati di più ampie scale per la realizzazione di ambienti urbani *age-friendly*. La progettazione di spazi pubblici a misura di anziano e la promozione di politiche volte a creare ambienti confortevoli e sicuri appaiono cruciali nelle strategie di *ageing in place*. Sono stati raggruppati azioni strutturate e integrate di ampio respiro e di medio-lungo periodo, generalmente a regia pubblica¹⁶¹.

Ma come si possono realizzare pratiche che tendano a sperimentare micro-azioni di emersione dei bisogni assistenziali locali con la finalità di rintracciare le persone anziane che vivono da sole, comprenderne i bisogni e costruire progetti di presa in carico personalizzati, caratterizzati da una forte flessibilità di soluzioni assistenziali?

Alcune realtà territoriali sono riuscite a sperimentare nuove forme di welfare comunitario e generativo, spesso a Km zero, costruendo reti di soggetti locali pubblici e privati, integrando gli attori consueti del welfare, con soggetti che spesso scavalcano i perimetri tradizionali dell'assistenza, come i vicini di casa, i commercianti, i ricercatori, gli imprenditori, i volontari etc. del territorio preso in considerazione. Inoltre, queste micro-azioni di comunità, nate soprattutto in Piemonte, Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna sono state in grado di innescare processi di welfare potendo disporre di spazi fisici comunitari di quartiere (RSA del territorio, Casa del Quartiere). Queste strutture diventano spesso un vero e proprio riferimento territoriale, una sorta di front-office della quotidianità e, grazie all'attività di informazione e di segretariato sociale,

¹⁶¹ A. Sarlo, G. Costa, S. Quattrini, *Politiche e pratiche innovative a supporto dell'ageing in place*, LPS – Laboratorio di Politiche Sociali, Politecnico di Milano, pag. 4-8

riescono a fronteggiare situazioni anche molto diverse con minor dispendio di tempo e risorse per la famiglia e per la rete dei servizi¹⁶². Frequentemente, inoltre, queste strutture universalmente accessibili, diventano anche i luoghi-cardine per le attività di socializzazione e di incontro. Sicuramente risulta fondamentale la costruzione di reti ampie pronte a supportare la sperimentazione di sistemi di governance allargata e multilivello in cui vengono stabiliti con chiarezza ruoli e competenze di ciascun soggetto coinvolto. Le reti sostengono spesso la progressiva crescita delle iniziative stesse, esprimendo rinnovate progettualità capaci di alimentare con risorse nuove, sia finanziarie che umane, le iniziative in cantiere.

Altre linee di sperimentazione molto promettenti riguardano il rafforzamento delle politiche pubbliche municipali per la costruzione di ‘città amiche’ delle persone anziane (*Age-friendly Cities*), si tratta di vere e proprie politiche urbane e di coesione sociale che incoraggiano la sperimentazione di percorsi trasversali. Tra i fattori propulsivi di queste politiche locali si ritrova spesso la volontà dei comuni di utilizzare il problema dell’invecchiamento come nuova opportunità e come leva per riposizionare il ruolo della municipalità ed avviare lo sviluppo di un processo continuo nel tempo e partecipato dai cittadini. Viene cioè delineata una visione strategica sulla qualità della vita, sulla valorizzazione del capitale umano e sulla attivazione di forme di silver economy che aprono a nuove visioni per lo sviluppo socio economico locale¹⁶³.

Molte iniziative sperimentano un rafforzamento del welfare locale attivando e sostenendo progetti con un elevato valore di comunità, reciprocità e cooperazione dal basso; pratiche che sperimentano nuove figure e/o nuove modalità comunitarie territoriali di aiuto e supporto. Nei territori meno

¹⁶² Pony della solidarietà è un progetto, promosso dall’Auser Piemonte e finanziato dalla Compagnia San Paolo avviato nel 1999 a Torino limitatamente al periodo estivo, si è successivamente ampliato nel tempo (per l’intero anno) e nello spazio (per gran parte del territorio regionale). L’iniziativa ha un duplice scopo: da un lato, fornisce agli anziani una assistenza diversa, un sostegno più familiare e, dall’altro, consente a giovani studenti volontari di conoscere e vivere direttamente i problemi della società che li circonda, arricchendosi delle esperienze e delle testimonianze delle generazioni che li hanno preceduti. L’iniziativa si fonda su un sistema di ‘relazioni-azioni’ personalizzate in relazione all’utente preso in carico e ai suoi bisogni concreti. Il progetto è riuscito a creare nel tempo una forte rete solidale che coinvolge anche le famiglie degli anziani, le famiglie dei ragazzi e le comunità educative scolastiche.

¹⁶³ Il Progetto Dijon Ville-Amie des Aînés (DIVAA) promuove l’inclusione e il senso di comunità all’interno della città francese e non è concepito esclusivamente come un’iniziativa per le persone che invecchiano, ma piuttosto come un progetto che può favorire diverse fasce di età. Dijon «mira a immaginare un territorio che risponda alle esigenze dei giovani e degli anziani di oggi e di domani» (Dijon Ville Amie des Aînés, 2016). L’obiettivo non è quindi quello di costruire una realtà dedicata solo agli anziani, né di limitare l’approccio a una risposta medico-sociale, ma di pensare ad un progetto globale, in un processo dinamico, ricco di diversità e di lavorare per potenziarne le capacità evolutive in termini di innalzamento della qualità della vita. La prospettiva intergenerazionale che caratterizza lo sviluppo delle iniziative a misura di anziano è uno dei pilastri del programma di Dijon. Il progetto viene avviato dalla municipalità nel 2009 e nel 2010 Dijon riceve il riconoscimento di Age-friendly city da parte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

densamente popolati, come quelli montani e dei piccoli comuni la traiettoria privilegiata di azione si basa su figure itineranti (‘visitatore’, ‘infermiere di comunità’, “volontario”ecc.), che cercano di intercettare tutti gli anziani soli dei territori di competenza, per ascoltare e comprendere i bisogni e verificare le possibili modalità di presa in carico¹⁶⁴.

Altre iniziative sono finalizzate a favorire la vita fuori casa delle persone anziane e a contrastare l’isolamento e la solitudine che derivano dal progressivo rimanere nel proprio contesto domestico queste pratiche possono spaziare in molti settori: dall’organizzazione di momenti di convivialità fino a veri e propri periodi di vacanza in strutture dedicate; dal taxi sociale ai servizi di trasporto personalizzato, fino a giungere ai progetti urbani *age-friendly* che comprendono un numero considerevole di campi di intervento con l’obiettivo di facilitare incontri intergenerazionali, come momenti fondamentali di terapia contro la solitudine. Queste iniziative sono caratterizzate dal ruolo decisivo svolto dalle associazioni del terzo settore e del volontariato che comportano anche azioni strutturate per la loro formazione, così come risulta fondamentale utilizzare campagne di diffusione di modelli innovativi di intervento e di sensibilizzazione sul tema dell’invecchiamento della popolazione a tutta la cittadinanza.

Altro obiettivo fondamentale sarebbe quello di riuscire ad intercettare quegli anziani detti invisibili, perché sebbene godano ancora di una buona autonomia psicofisica e di una sufficiente sicurezza economica (abitando spesso nello stesso alloggio di cui sono proprietari da tanto tempo), sono a rischio di isolamento perché hanno perso sia i legami sociali più forti, con i propri familiari, sia quelli più deboli, con il vicinato. “La vecchiaia che vorrei” è un progetto che ha l’intento di mobilitare quegli anziani non apparentemente interessati alla rete dei servizi e di riconnetterli al territorio. Sono stati istituiti degli operatori di comunità, degli allestimenti di incubatori di comunità come ambulatori, spazi tra le abitazioni nei condomini e nel quartiere e dei servizi di prossimità (ginnastica dolce, auto-mutuo-aiuto, ginnastica cognitiva, rafforzamento delle relazioni). L’approccio è anche quello di attivare gli anziani affinché partecipino alle attività a

¹⁶⁴ Il Progetto A casa/Chez Soi, sperimentato nel territorio italo-francese circostante il Monviso, mira a promuovere la sicurezza degli anziani e a proporre assistenza a domicilio nelle zone alpine più isolate della regione. Questo progetto, che fa parte del programma operativo di cooperazione transfrontaliera, ha altresì reso possibile la condivisione di soluzioni e buone pratiche tra la Francia e l’Italia per ovviare ai punti deboli della rete dei servizi pubblici in queste zone periferiche. Il progetto ha permesso di individuare persone che potessero prestare assistenza domiciliare secondo principi di buon vicinato riunendo in una rete stabile anche personale sanitario, operatori sociali e volontari per permettere alle persone anziane isolate di rimanere nel proprio domicilio. Il progetto ha creato occupazione, sono state formate 30 persone come collaboratori per il lavoro a domicilio che interagiscono con il sistema formale di cura.

favore di altri anziani che sembrano essere più titubanti alla partecipazione. Le risorse organizzative e di personale, nella maggior parte dei casi si fondano sulla compresenza di lavoro professionale e volontario, trainata da una forte dimensione di *community building*. I volontari, spesso anche anziani ancora attivi o attivati dai progetti, sono formati e valorizzati entro quadri di intervento ampi e i volontari giovani il cui ingaggio presso le abitazioni degli anziani costituisce il pilastro del progetto stesso, teso a costruire relazioni intergenerazionali possono essere quelli del servizio civile.

Lo scopo non è più solo quello di fornire risposte alle domande esplicite da parte delle persone anziane o dalle loro famiglie, ma fornire forme di sostegno scaturite da iniziative di setacciamento del territorio e di intercettazione di bisogni non espressi eppure presenti¹⁶⁵.

L'adozione di una logica di comunità, con lo sviluppo di iniziative di buon vicinato e/o il coinvolgimento, la formazione e l'accompagnamento di figure sentinella, rafforza la logica della prevenzione della perdita di autonomia e di scivolare in situazioni di rischio legate alla solitudine. Sono le persone comuni quali il panettiere, il farmacista, il barista, il prete o il sindaco del paese che sono in grado di cogliere i piccoli segnali che possono essere indizi di una qualche difficoltà sopravvenuta tra gli anziani con cui vengono a contatto e di segnalarli a chi può essere di aiuto come al medico di base, all'assistente sociale o ad altri soggetti preposti ad avviare momenti di diagnosi veri e propri e verso cui possono essere indirizzati gli anziani.

Anche le Associazioni sportive si sono adoperate per sostenere l'invecchiamento attivo in realtà montane, come ad esempio l'UISP (Unione Italiana Sport per tutti) – Comitato del Trentino Alto Adige – che al fine di promuovere il diritto allo sport anche tra gli anziani, coordina una rete di attori e svolge azioni trasversali quali la comunicazione e il coordinamento nel valorizzare attività di ginnastica motoria dolce, in spazi ampi comunali o anche a domicilio con operatori laureandi in scienze motorie e specializzandi in attività adattate per gli anziani¹⁶⁶. Si cerca di sperimentare modalità innovative per contrastare la solitudine delle persone anziane, portandole fuori dalla propria casa, dove invece tendono a rinchiudersi quando diventano fragili, al fine di ricostruire, valorizzare, consolidare e sostenere le reti di amicizia, sia tra loro sia con i volontari, promuovendone così l'interazione e l'inclusione sociale.

¹⁶⁵ Progetto "La vecchiaia che vorrei" Comune di Trento.

¹⁶⁶ Il progetto vuole essere rivolto a quegli anziani che, al sopraggiungere dell'invecchiamento si vergognano di chiedere aiuto e si isolano progressivamente nel proprio domicilio.

Fondamentale potrebbe essere la sperimentazione di approcci preventivi rispetto all'isolamento sociale, incoraggiando le persone che vanno in pensione a dedicarsi ad attività di volontariato, precedute da opportuna formazione, oppure formando volontari che sappiano agire come tutor/animatori, assieme alle persone coinvolte, al fine di creare condizioni favorevoli alla vita autonoma degli anziani, che includano una rete di amicizie che renda la vita più interessante e meno monotona.

Le amministrazioni comunali, nelle loro biblioteche potrebbero attivare corsi specifici per le anziane come laboratori creativi di taglio e cucito, ai quali potrebbero partecipare anche donne più giovani disoccupate ed extracomunitarie, per apprendere a confezionare abiti, e costruire oggetti con l'uso di materiale di recupero: le anziane portando la loro esperienza manuale potrebbero fare da tutor alle altre donne e creare così una rete solidale tutta al femminile.

Si potrebbero coinvolgere gli uffici anagrafe dei comuni per ricevere gli elenchi degli anziani residenti nei piccoli villaggi montani, quelli magari più isolati e soli, ai quali mandare una lettera informativa di possibili incontri con volontari, visto che spesso l'anziano risulta essere diffidente. Esempio significativo quello presentato dal sindaco e dall'assessore ai servizi sociali, che hanno dato appuntamento alla popolazione residente in un quartiere verso Casalgrande, in una piazza allestita con tavolini, e con tanto di banda musicale: inizialmente, non si presentò nessuno, poi piano piano la gente cominciò ad affacciarsi alle finestre e ad uscire per strada. Ma per risolvere il problema della solitudine, non è certo sufficiente riunire gli anziani in un gruppo ampio e farli divertire, ridere e chiacchierare, perché una volta rientrati nelle loro case sono di nuovo soli, come prima. È fondamentale aggregarli in piccoli sottogruppi, far in modo che le loro aspettative e i loro bisogni possano essere ascoltati, farli nuovamente sentire come soggetti che hanno ancora da dare, magari riscoprendo competenze che non esercitavano più, perché soli. Ognuno ha iniziato a fare quello che più gli interessava: cucinare, raccontare una fiaba, o anche semplicemente cominciare a parlare di nuovo con altre persone. I partecipanti ai gruppi, da estranei sono così diventati amici¹⁶⁷.

¹⁶⁷ La Finestra sul Cortile (FSC), è un Progetto attualmente finanziato e condotto da Auser Bologna che si realizza a Bologna e a Rubiera attraverso la partecipazione degli anziani ad incontri di gruppo, di carattere socio-culturale, ludico e conviviale, organizzati dai referenti del progetto e dai volontari Auser. Lo scopo è quello di contrastare la solitudine involontaria delle persone ultrasessantacinquenni che vivono sole, attraverso la ricostruzione, il sostegno ed il consolidamento delle relazioni amicali, con il supporto di volontari dell'Auser, e con l'obiettivo principale di portare gli anziani fuori dalle loro case, per far guardare loro il mondo esterno, non più solo da una finestra o attraverso la TV.

Analizzando la realtà valdostana si può constatare che l'invecchiamento attivo per gli anziani che non vivono nel comprensorio di Aosta e dintorni ma in territori montani e spesso non dotati di servizi, risulta più problematico. Infatti, il nostro territorio alpino può causare rischi di isolamento e solitudine, diventa dunque fondamentale poter fare affidamento ad aiuti di varia natura, che vanno dalla semplice presenza sporadica di qualcuno con cui trascorrere un po' di tempo o da cui acquisire competenze cruciali (come, l'uso di un computer e di un cellulare) agli aiuti domestici (il semplice fare la spesa se purtroppo si è sprovvisti di auto), a servizi di carattere sociosanitario (per esempio fare sedute di fisioterapia). Si tratta di aiuti plurimi per contrastare l'isolamento sociale che può sfociare in un possibile sentimento di solitudine che crea insofferenza e depressione. Mentre gli aiuti di carattere sociosanitario possono essere resi da professionisti facenti parte della rete formale dei servizi, gli altri appoggi possono essere svolti da persone che a vario titolo fanno parte della rete informale dell'anziano o dell'anziana, siano essi familiari, amici, vicini e/o volontari, amministratori, insegnanti, prete etc. Ad esempio si potrebbero coinvolgere gli studenti delle scuole superiori, che vivendo in quelle zone limitrofe potrebbero implementare le loro ore di alternanza scuola-lavoro dando un contributo concreto nella creazione di una relazione intergenerazionale. O ancora approfittare degli studenti universitari, che potrebbero integrare i loro corsi di studio con stages rivolti ad un'assistenza leggera presso il domicilio degli anziani, facendo loro compagnia nella lettura, nei giochi di società, nelle passeggiate etc.

La proposta di legge regionale n. 126" Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" in VDA si configura come un'azione che purtroppo non specifica nessuna fonte di finanziamento. Inoltre, non è assolutamente chiaro il target e il numero dei soggetti presi in carico dalle diverse azioni che potrebbero essere promosse in quanto la legge non menziona chi saranno effettivamente i futuri beneficiari dei servizi che si potrebbero attivare. Altro aspetto negativo è che non chiarisce le possibili iniziative, gli ambiti di intervento e quali pratiche innovative possono essere attivate per facilitare la socializzazione, l'invecchiamento attivo e per escludere il rischio di isolamento e solitudine.

La proposta di legge si pone come finalità fondamentale la valorizzazione del ruolo delle persone anziane nella comunità e la promozione della loro partecipazione alla vita sociale ma non individua nessuna linea strategica e nessun progetto per l'attuazione della legge oltre a non fare nessun cenno sull'eventuale diffusione di tale legge alla popolazione. Spesso la spinta politica per trovare

eventuale consenso porta ad un'analisi approssimativa e superficiale sulla reale condizione demografica, sociale, economica degli anziani che vivono nel nostro territorio.

Sicuramente la motivazione, la passione e la volontà di dare profondamente un proprio contributo su ciò che si potrebbe realizzare in VDA sono fondamentali per attivare una linea strategica efficace nella reale riuscita di progetti mirati che possano coinvolgere i nostri anziani ad essere ancora parte integrante e attiva della società.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

A.Sarlo, G.Costa, S.Quattrini, Politiche e pratiche innovative a supporto dell'ageing in place, LPS – Laboratorio di Politiche Sociali, Politecnico di Milano

https://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2021/05/DASStU_LPS_WP02_2021.pdf

A. Brugnoli, A. Z. (2021). *Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza*. Miano:Fondazione per la sussidiarietà.

Amplifon, S. C.-P. (s.d.). Tratto da <https://www.amplifonfoundation.com/it/progetti/senior/ciao->

Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità. Tratto da

<http://www.confedir.it/wp-content/uploads/209-CARTA-PER-I-DIRITTI-DEGLI-ANZIANI-E-I-DOVERI-DELLA-COMUNITA.pdf>

Arlotti, M. (2015). *La dimensione territoriale dell'integrazione. Bisogni e cura familiare: un'indagine esplorativa*. Edizione Carrocci

Bertin, G. (2009). *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*. Trento: Erickson.

Cappellato, V. (2021). *Anziani, diritti, bisogni, prospettive*. Bologna: Mulino.

Cuore, U. c. (s.d.). *Laboratorio di statistica applicata Struttura e dinamica demografica della Regione Valle d'Aosta e delle sue aggregazioni intraregionali*. Tratto da

<https://www.regione.vda.it/allegato.aspx?pk=97138>

Commissione europea (2013, Dicembre). *Anno Europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni*. Tratto da <https://www.age->

[platform.eu/sites/default/files/ActiveSenior_Citizens_for_Europe-](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/ActiveSenior_Citizens_for_Europe-)

[_A_Guide_to_the_EU_IT.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/ActiveSenior_Citizens_for_Europe-_A_Guide_to_the_EU_IT.pdf)

Europea, C. (2021, Gennaio 20). *Il piano d'azione del pilastro europeo dei diritti sociali*. Tratto

da <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>

- Europea, C. d. (2020, Ottobre 12). *Migliorare il benessere degli anziani nell'era della digitalizzazione*. Tratto da <https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2020/10/12/improving-the-well-being-of-older-persons-in-the-era-of-digitalisation-council-adopts-conclusions/>
- Ferrera, M. (1993). *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*. Bologna: Il Mulino.
- Ferrera, M. (2006). *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Bologna: Il Mulino.
- G. Del Giudice, N. D. (2021, Gennaio). Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani. *La rivista delle politiche sociali*, p. 3-9.
<https://www.inps.it> . (s.d.).
- ISTAT. (2021). Tratto da <https://www.istat.it/it/files/2022/09/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE-2021.pdf> pag. 4
- Kazepov, Y. (s.d.). *Rescaling social policies*. Tratto da <https://scholar.google.com>
- Kazepov, Y. (s.d.). *Rescaling Social Policies*. Tratto da Scholar Google:
<https://scholar.google.com/>
- Kazepov, Y. (s.d.). *Tendenze e prospettive dei welfare state europei*. Tratto da Scholar Google:
<https://scholar.google.com>
- L. Bobbio, G. P. (2021). *Le politiche pubbliche. Problemi e soluzioni, incertezze, conflitti*. Milano: Mondadori.
- L. Galluzzo, C. G. (2012). *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?* Tratto da Epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>
- M. Arlotti, L. C. (2015). *Le articolazioni territoriali dell'integrazione sociosanitaria nel caso italiano: caratteristiche e principali sfide*. Carroccio.
- M. Ferrera, A. H. (2002). *Come ricalibrare i regimi di protezione sociale*. Roma: Einaudi Biblioteca della libertà .

- M. Ferrera, V. F. (2012). *Saggi e ricerche alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*. Roma: Collana storica della Banca D'Italia - Marsilio Editori.
- M. Trabucchi, G. S. (2020). *La popolazione anziana e il lavoro*. Bologna: Mulino.
- Parlamento. (s.d.). *Camera dei deputati*. Tratto da <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>
- Pregno, C. (2023, settembre 25). *La solitudine dei vecchi e il lavoro degli assistenti sociali*. Tratto da <https://www.welforum.it/49870-2/>
- salute, M. d. (s.d.). Tratto da <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme>
- sanitari, A. N. (s.d.). Tratto da <https://www.agenas.gov.it/>
- sociali, M. d. (2023). *Via libera del Cdm allo schema di D.lgs. attuativo della legge degli anziani*. Tratto da <https://www.lavoro.gov.it/priorita/pagine/cdm-schema-dlgs-attuativo-legge-delega-anziani>
- sociali, M. d. (s.d.). *Invecchiamento attivo. la situazione nel mondo e la sua evoluzione*. Tratto da <http://bancadati.italialavoro.it/bdds/download?fileName=e11bf32b-6aeb-417b-8777-94f238ef2fc6.pdf&uid=e11bf32b-6aeb-417b-8777-94f238ef2fc6>
- Tridico, P. I. (2022). *Relazione annuale INPS*.
- Ufficio di pubblicazione dell'Unione Europea*. (s.d.). Tratto da Unione Europea: <https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/c08260e4-6f8e-47cd-aeec-03b57715189b>
- V, F. E. (2012). *Tra l'incudine e il martello, Regioni e nuovi rischi sociali in tempi di crisi*. Bologna: Mulino.
- Y. Kazepov, E. B. (2013). *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*. Roma: Carrocci.

Y. Zazepov, E. B. (s.d.). *Tendenze e prospettive dei welfare state europei*. Tratto da Scholar
Google: <https://scholar.google.com>