

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,  
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di Laurea *Triennale* in Servizio Sociale



Il fenomeno dell'invecchiamento:  
conseguenze, policy e diritti nella fase della senilità

*Relatrice:* Prof.ssa ANNA DAL BEN

*Laureanda:* SOFIA DALLA COSTA

Matricola N. 1222409

A.A. 2021-2022

*“Cercate il consiglio degli anziani, giacché i loro occhi hanno fissato il volto degli anni e le loro orecchie hanno ascoltato le voci della vita.”*

-Khalil Gibran

## Ringraziamenti

*Ringrazio la mia Relatrice, prof.ssa Anna Dal Ben, che in questi mesi di lavoro ha saputo guidarmi con pazienza, competenza e con suggerimenti pratici nella ricerca e stesura dell'elaborato.*

*Ringrazio i miei genitori, per aver sempre creduto in me e per essermi stati accanto in ogni mio fallimento, meritate che io vi dedichi ogni mio successo.*

*Ringrazio i miei nonni, per avermi fatto capire che gli ostacoli sono fatti per essere superati.*

*Ringrazio Luca, la persona che più di tutte è stata capace di capirmi e sostenermi nei momenti difficili.*

## **Indice**

<b>Introduzione</b>	<b>2</b>
<b>Capitolo I-Cosa significa essere un anziano</b>	<b>5</b>
1.1 Perché studiare il fenomeno dell'invecchiamento	5
1.2 L'Italia, uno dei Paesi con la popolazione più anziana del mondo	7
1.3 Chi sono gli anziani?	8
1.4 Anziani Non autosufficienti	11
<i>1.4.1 Metodi per misurare il livello di autosufficienza</i>	13
1.5 Le fragilità nell'anziano	15
1.6 L'ageismo e la discriminazione dell'anziano	17
<b>Capitolo II-Policy a favore degli anziani</b>	<b>22</b>
2.1 Politiche per l'invecchiamento attivo	22
<i>2.1.1 La Regione Veneto e la legge 23/2017: "Promozione e Valorizzazione dell'invecchiamento attivo"</i>	25
2.2 Politiche di contrasto alla povertà	28
2.3 Politiche per i non autosufficienti	32
<i>2.3.1 Piani e Fondi per la non autosufficienza</i>	32
<i>2.3.2 Politiche di Long Term Care</i>	35
<i>2.3.2.1 Strumenti di policy di LTC</i>	37
<b>Capitolo III-Autodeterminazione e diritti della persona anziana</b>	<b>46</b>
3.1 Autodeterminazione dell'anziano e Servizio Sociale	46
3.2 Diritto alla privacy	49
<i>3.2.1 Affettività e sessualità negli anziani</i>	51
3.3 Diritto a cure appropriate e di alta qualità	53
<i>3.3.1 Modello "Gentle Care"</i>	55
3.4 Diritto ad informazioni personalizzate e al consenso consigliato ed informato	57
3.5 Figure a tutela dei diritti degli anziani	62
<b>Conclusioni</b>	<b>66</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>73</b>

## Introduzione

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita sono fenomeni che caratterizzano in modo trasversale la società globale negli ultimi anni. All'interno di tale elaborato si intende presentare il fenomeno e le sue conseguenze in un'ottica multidimensionale, con un focus che mette in evidenza in particolare la situazione italiana con una trattazione specifica delle *policy* attuate a favore della popolazione anziana, per giungere alla presentazione di una serie di diritti di tutela della persona, selezionati anche sulla base dell'esperienza di tirocinio. Obiettivo principale della tesi è innanzitutto quello di sensibilizzare i lettori sul tema degli anziani, argomento purtroppo posizionato troppo spesso in secondo piano rispetto ad altre categorie di soggetti fragili, anche all'interno del percorso di studi in Servizio Sociale: si vuole infatti fornire una chiave di lettura su questo tema priva di pregiudizi e stereotipi, con cui gli anziani la maggior parte delle volte vengono etichettati, per arrivare a descrivere i particolari bisogni che caratterizzano questa fascia di popolazione.

Le motivazioni per le quali si è scelto di trattare tale argomento, oltre ad un interesse personale, risiedono nel fatto di voler capire in che modo, con quali strumenti e diritti, la fascia di popolazione anziana in stato di fragilità è tutelata all'interno della nostra società. Infatti, sebbene la nostra società descriva questa fase della vita come negativa caratterizzata dal pensiero di inutilità, malattia e pensieri di morte imminente, la ritengo un'età in cui le persone hanno raggiunto una tale esperienza per poter trasmettere conoscenza e saggezza, risultando ancora fondamentali per le altre persone, nonostante la loro vulnerabilità. Inoltre, la necessità di cure e di sostegno dell'anziano, sono dinamiche con cui si interfacciano la maggior parte delle famiglie all'interno della società italiana, soprattutto quando sopraggiungono patologie o limitazioni dell'autonomia della persona. L'analisi e lo sviluppo di questo argomento, è anche frutto di un'esperienza formativa svolta presso una residenza per anziani che mi ha dato l'opportunità di visionare l'assistenza all'anziano non autosufficiente attraverso l'ottica della multidisciplinarietà, modalità propria del Servizio Sociale: l'elaborato tratterà infatti il tema degli anziani sotto vari punti di vista, tra cui anche quello giuridico e medico.

Soffermandosi nella struttura argomentativa, la tesi si articola in tre principali capitoli che conducono ad una visione il più multifocale possibile della figura dell'anziano.

Il primo capitolo approfondisce il fenomeno dell'invecchiamento con un focus sulla situazione del nostro Paese: la necessità di approfondire tale argomento è data dal fatto che il numero degli anziani è aumentato esponenzialmente a fronte dell'incremento dell'aspettativa di vita e, di conseguenza, i costi a livello di sanità e politiche pubbliche vedono un continuo aumento. Successivamente, dopo aver fornito una prima spiegazione su chi siano gli anziani, l'elaborato entra nel merito della categoria degli anziani non autosufficienti toccando in particolare il tema della fragilità e della discriminazione nei loro confronti. Il primo capitolo, quindi, di carattere più generale permette di aprire una riflessione sulle *policy* e sui diritti a tutela degli anziani, presentati nei capitoli successivi.

Il secondo capitolo, si addentra nella descrizione delle *policy* a favore di tale fascia di popolazione. Viene proposta una suddivisione in tre macrocategorie: politiche per la promozione dell'*active ageing*, modello di invecchiamento che prevede uno stile di vita attivo per riuscire ad invecchiare nel miglior modo possibile, con particolare attenzione alla legge n. 23/2017 sulla promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo in vigore nella Regione Veneto. La seconda macrocategoria riguarda le politiche di contrasto alla povertà: maggior importanza è stata posta a tutte quelle misure di previdenza che permettono agli anziani di vivere la propria vita in modo dignitoso nonostante non facciano più parte della categoria dei lavoratori attivi del Paese. Vengono messe in evidenza in particolare la pensione di vecchiaia, l'assegno sociale e la pensione di reversibilità. Infine, l'ultima macrocategoria menzionata fa riferimento alle *policy* a favore delle persone non autosufficienti: all'interno di questa area tematica viene proposto un excursus su quelli che sono i Piani e i Fondi per la non autosufficienza soffermandosi in particolare sul "Fondo per le non autosufficienze", sul "Piano nazionale non autosufficienza" e più in generale sulle Leggi di bilancio. L'ultima parte del secondo capitolo, infine, è dedicata alle politiche di *Long Term Care*, termine utilizzato per indicare una serie di contributi, interventi e servizi, di cui è

stato fatto un ulteriore focus, utile a soddisfare le esigenze mediche e non delle persone non autosufficienti.

Nel terzo e ultimo capitolo la trattazione si orienta alla presentazione di alcuni diritti ritenuti tra i più significativi in un'ottica di centralità della persona, estrapolati dalla “*Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cura ed assistenza a lungo termine*”, selezionati anche sulla base dell'esperienza di tirocinio svolta presso una struttura residenziale. In particolare, il capitolo è strutturato in modo tale da avere una prima presentazione generale di uno specifico diritto per poi scendere nel particolare di determinati aspetti salienti riguardanti il diritto selezionato. Viene proposto innanzitutto un approfondimento sull'autodeterminazione, diritto di fondamentale importanza nel settore dei Servizi Sociali, il quale mette in evidenza come tale concetto debba sempre essere rispettato e tutelato dall'Assistente Sociale. Successivamente viene offerto un collegamento tra autodeterminazione e tre diritti specifici: diritto alla privacy, diritto a cure appropriate e di alta qualità e diritto ad informazioni personalizzate e al consenso consigliato ed informato. Il filo conduttore rimane per tutto il capitolo l'autodeterminazione dell'anziano, il quale porta ad approfondire altri concetti quali l'affettività e la sessualità negli anziani e le figure che sono a tutela dei loro diritti quali il tutore, il curatore e l'amministratore di sostegno.

## CAPITOLO I

### Cosa significa essere un anziano

#### 1.1 Perché studiare il fenomeno dell'invecchiamento

Con il termine “invecchiamento” si intende la somma di tutti i cambiamenti e le modifiche fisiologiche, genetiche e molecolari che si verificano nel tempo fino ad arrivare alla morte (Sacher, 1982). La speranza di vita si è notevolmente allungata negli ultimi anni; infatti, si è passati da un'aspettativa di 76,4 anni nel duemila a un'aspettativa di 79,8 nel duemila venti (Istat, 2022). Tale allungamento è il frutto di una serie combinata di fattori, tra cui: il netto miglioramento della qualità di vita, la situazione di benessere di cui gode la società Occidentale e gli enormi passi in avanti fatti dalla medicina che permettono di curare malattie considerate incurabili per molto tempo e di apportare una serie di aggiustamenti al fisico. Tuttavia, l'allungamento della speranza di vita implica come effetto l'invecchiamento della popolazione su scala globale e questo apre nuovi scenari di ricerca sulle necessità politiche, sanitarie e sociali legate alla vecchiaia.

La vecchiaia può assumere due differenti forme, spesso in progressione a livello temporale: definirsi “*healthy ageing*”, ovvero essere in un periodo della vita caratterizzato dal mantenimento di una buona salute fisica e mentale, posticipando o riducendo gli effetti indesiderati tipici dell'età avanzata; oppure come “*pathological ageing*” determinato dalla compromissione delle funzioni cognitive, comportamentali o della personalità tanto da alterare l'autonomia della persona e lo svolgimento di normali azioni quotidiane (Lonoce, 2019). La presenza di patologie all'interno della fase della senilità, più che in tutte le altre fasi della vita, richiede ai sistemi politici, sociali e sanitari di rispondere ad un bisogno di cura della



popolazione sempre più incessante, comportando un aumento dei costi a livello di politiche pubbliche.

Per fare degli esempi concreti, è necessario tenere in considerazione la forte pressione al sistema pensionistico, il quale risulta sotto stress, nonché al carico assistenziali di cui necessitano gli anziani (Cappellato, Tedeschi, Mercuri, 2021); la presenza di nuclei familiari sempre più ristretti con la conseguenza che spesso questa fascia di popolazione non ha reti di supporto e vive in contesti di emarginazione e solitudine. Tuttavia, oltre alle criticità legate all'aumento della popolazione anziana, si possono certamente ricercare anche degli aspetti positivi quali, la visione dell'anziano come risorsa per la società, la longevità come conquista e l'invecchiamento della popolazione come processo personalizzato.

I principali fenomeni che incidono sull'invecchiamento sono molteplici. Il fattore più sentito è la solitudine la quale, secondo Peplau e Perlman (1982) è una sensazione spiacevole o inaccettabile che comporta l'impressione che ci sia una differenza tra la quantità e la qualità delle relazioni sociali acquisite e quelle che ci si aspetta di avere.

Un numero sempre maggiore di anziani vive in solitudine per molteplici fattori, primo di tutti la morte del coniuge. Altri fenomeni sono i problemi legati all'emarginazione e alla disabilità e il desiderio di rimanere il più a lungo possibile nella propria abitazione, vicino ai propri famigliari e nel proprio contesto di appartenenza. Da ciò ne deriva che la famiglia, rete di protezione fondamentale per gli anziani, deve attivarsi per sostenere e assistere i propri congiunti (Perino, 2013). Da una ricerca fatta su 47.000 cartelle cliniche conservate nei centri geriatrici dell'INRCA dal 1974 al 1981, emerge che la solitudine progredisce con l'avanzare dell'età (Cooperativa Cultura Popolare, 1984) e che gli individui anziani soli sono percentualmente più malati di coloro che non vivono in solitudine, anzi il numero dei conviventi è direttamente proporzionale allo stato di salute e inversamente proporzionale allo stato di malattia (Paladini, 1984).

## 1.2 L'Italia, uno dei Paesi con la popolazione più anziana del mondo

L'Italia da tempo ormai si colloca tra i Paesi con l'aspettativa di vita più lunga del mondo, in particolare, risulta al secondo posto dopo il Giappone. Gli indicatori della qualità della vita mostrano un aumento della vita media in buona salute (Meneghini, 2021).

Per quanto riguarda l'Europa la popolazione al primo gennaio 2019 era di circa 446,8 milioni di persone, di cui il 15,2% era costituito da giovani tra zero e quattordici anni, mentre il 64,6% era rappresentato dalle persone in età lavorativa comprese tra quindici e sessantaquattro anni. Il rimanente 20,3% era composto da anziani di età pari o superiore ai sessantacinque anni, con un aumento di 0,3 punti rispetto al 2018 e di 2,9 punti rispetto al 2009 (Eurostat, 2021). Come stato membro, l'Italia detiene il primato per la popolazione più vecchia d'Europa, con una percentuale di 22,8% seguita dalla Grecia (22,0%) e dal Portogallo e della Finlandia (entrambi 21,8%). Allo stesso tempo, l'Italia si trova all'ultimo posto con una percentuale di giovani del 13,2% rispetto alla popolazione totale (*ibidem*).

In Italia, al 1° gennaio 2022 la popolazione ultrasessantacinquenne era di 14 milioni 46 mila individui costituendo il 23,8% della popolazione totale a fronte del 23,5% dell'anno precedente. In nessuna regione, nemmeno in quelle a maggior impatto pandemico, la mortalità del 2021 ha ridotto il processo di invecchiamento. Al Nord e al Centro, gli ultrasessantacinquenni crescono dal 24,1% al 24,3% e dal 24,2% al 24,5%, registrando una variazione leggermente più bassa rispetto al Centro che dal 22,3% passa al 22,7% (Istat, 2022). Diversamente da quanto si può pensare sul piano logico, la crescita maggiore si rileva tra la popolazione di novant'anni e cento anni e più. Nel 2022 il numero di ultracentenari raggiunge il più alto livello, oltrepassando la soglia delle 20 mila persone. Il numero degli *over 100* è quadruplicato in soli vent'anni (erano poco più di cinquemila nel 2002), e si può affermare che la loro crescita abbia mostrato un'evoluzione esponenziale (+43%) considerando anche la pandemia da Covid 19 (*ibidem*). Questa specifica parte di popolazione sta facendo registrare incrementi mai riscontrati in nessun'altra parte di popolazione. Ad esempio, tra i 65 e i 79 anni, il record di crescita tra il 2019

e il 2022 è solo dell'1,5%, contro il 4,3% degli 80-89enni. Ancora più significativo è l'aumento tra i 90 e i 99 anni, che equivale al 7,4%, il che fa pensare che nei prossimi anni, probabilmente la popolazione ultracentenaria continui a crescere in modo molto persistente (*ibidem*).

Per quanto riguarda la speranza di vita, nel 2021 è stata stimata in 80,1 anni per gli uomini e in 84,7 anni per le donne. In media, senza distinzioni di genere risulta pari a 82,4 anni. Queste stime mostrano un recupero rispetto al 2020 di quattro mesi di vita in più per gli uomini e di tre per le donne. Invece rispetto al periodo pre-pandemico gli uomini perdono undici mesi e le donne sette. Al Nord, indipendentemente dal sesso, l'aspettativa di vita alla nascita è di 82,9 anni, ripristinando undici mesi di sopravvivenza rispetto al 2020. Per recuperare il divario sul 2019 sarebbe necessario recuperarne altri sette. In alcune regioni del settentrione il recupero in un solo anno è stato notevole, per esempio la Lombardia, in un anno ha recuperato venti dei ventisette mesi persi. Purtroppo, nessuna zona del Mezzogiorno mostra segni di miglioramento nel 2021, al contrario c'è stata un'ulteriore perdita di un mese di vita in aggiunta ai sette mesi già persi nel 2020 (Istat, 2022).

È necessario affermare inoltre che l'indice di vecchiaia<sup>1</sup> è aumentato di oltre 5 punti percentuale tra il 2019 e il 2020, raggiungendo al primo gennaio 2020 la quota di 179,3 anziani ogni cento giovani (Istat, 2021).

### **1.3 Chi sono gli anziani?**

Al momento è in corso un dibattito nel definire la soglia di età in cui una persona è considerata anziana. A partire dall'introduzione del sistema pensionistico in Germania lo scorso secolo, si è diffusa l'usanza di utilizzare la soglia dell'età pensionabile come soglia del passaggio alla terza età, non tenendo in considerazione le condizioni di salute e malattia della persona (Bartoli, 1994) e quindi, identificando come età soglia, il sessantacinquesimo anno di età. È stato

---

<sup>1</sup> Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione anziana da sessantacinque anni e la popolazione più giovane da zero a quattordici anni moltiplicato per cento.

osservato, però, che al giorno d'oggi molti sessantacinquenni stanno ancora lavorando e vengono considerati al pari di una persona adulta. Quindi, nel 2018 la SIGG (*Società Italiana Geriatria e Gerontologia*) ha proposto di spostare la soglia dell'ingresso alla cosiddetta vecchiaia a 75 anni.

Tuttavia, identificare in maniera univoca quali caratteristiche debba avere una persona per essere ritenuta anziana appare oggi ancora complesso. Molti gerontologi e geriatri discutono da tempo sulle modalità di formulare una tale definizione. L'invecchiamento è un fenomeno molto soggettivo, infatti non basta conoscere gli anni vissuti da una persona per valutarne le condizioni, in quanto il conteggio degli anni di vita già vissuti offre indicazioni parziali rispetto all'età biologica di una persona (Lombardo Radice, 1978). Infatti, è possibile vi siano ottantenni e novantenni molto attivi e, allo stesso tempo, altri coetanei invecchiati prematuramente. Al giorno d'oggi, per questo motivo, si preferisce un approccio biologico che stabilisce l'età di un individuo tenendo conto anche della funzionalità del suo organismo. È importante quindi, tenere in considerazione quanti anni ha vissuto una persona, quale sia lo stato funzionale del suo organismo e quanti anni ancora si può supporre che quella persona abbia da vivere. Infatti, anziana è considerata una persona che ha davanti a sé più o meno dieci anni di speranza di vita (Antonini, 1991). Con questa modalità, si tenta di risolvere l'intreccio dei molti elementi che compongono il quadro del benessere fisico, psichico e sociale e che determinano la sopravvivenza, a salute e l'età (Oms, 1978). L'età si sostiene sia il prodotto di fattori biologici, sociali e psicologici. Anche gli eventi di perdita che caratterizzano l'invecchiamento hanno una stretta relazione con la storia personale, mentre le riduzioni funzionali vengono considerate come il frutto del vissuto soggettivo (Kane, 1990). I cambiamenti e le patologie subite nel corso della propria storia, si stratificano fino a dare forma ad un proprio processo di invecchiamento. Gli anziani sono quindi un gruppo estremamente eterogeneo (Bartoli, 1994). Gli aspetti biologici, psicologici e sociali conducono a moltissimi quadri di invecchiamento, quindi si è reso necessario un nuovo modo di considerare la salute e l'età. Per gli anziani è diventato indispensabile un approccio globale che sia in grado di valutare la salute intesa come piena funzionalità e autonomia, assieme alle

capacità di compiere normali attività previste per il proprio ruolo nella società (Katz, 1963).

È possibile comunque presentare alcune categorizzazioni per definire la popolazione anziana.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto una classificazione sulla base di alcune fasce d'età (Varotto, 2017):

- Età di mezzo o presenile: caratterizza le persone che hanno dai 45 ai 65 anni.
- Senescenza graduale: persone che hanno dai 65 ai 75 anni. Questa fase è caratterizzata dalla comparsa graduale di aspetti cognitivi e psicologici propri dell'invecchiamento. Coloro che fanno parte di questa categoria vengono definiti giovani anziani.
- Senescenza conclamata: ne fanno parte le persone che hanno minimo 75 anni. Quest'ultima fase è caratterizzata da un'atrofia cellulare, dalla diminuzione dell'efficienza funzionale, dalla cronicizzazione delle malattie. È in questa fase che è presente una maggior richiesta di interventi assistenziali e riabilitativi. È qui che le persone hanno spesso un decadimento fisico. Le persone che hanno dai 75 agli 84 anni sono definiti medi anziani, mentre coloro che superano gli 85 anni, sono definiti grandi anziani.

Rowe e Kahn (1998) distinguono la popolazione in tre gruppi che si caratterizzano per differenti modalità di invecchiamento fisico. Gli individui che invecchiano con successo sono un piccolo sottogruppo. Sono geneticamente, socialmente ed economicamente avvantaggiati e ciò permette loro di avere un invecchiamento longevo e sano. Possiedono alti livelli di funzionamento cognitivo fino a poco prima della morte, hanno meno problematiche psicologiche e sono maggiormente propensi a nuove esperienze.

Il secondo gruppo è composto dagli individui che invecchiano normalmente, in cui rientra la maggior parte della popolazione. Possiedono un alto funzionamento cognitivo fino all'inizio dei 60 anni che poi va via via peggiorando. Infine vi è il terzo gruppo, ossia gli individui che invecchiano sviluppando un declino cognitivo. Sono persone le cui condizioni non rientrano nella normalità in quanto iniziano a

dimenticare alcune cose, ma ciò non inficia ancora in modo costante la loro qualità di vita. Se la situazione peggiora si parla di demenza, ossia un drammatico danno o malfunzionamento del sistema cognitivo. Esiste un'ulteriore categoria introdotta successivamente relativa ad uno stato che si trova tra il secondo e il terzo gruppo. Si tratta di una condizione denominata "compromissione cognitiva lieve" (*Mild Cognitive Impairment*) caratterizzata da prestazioni cognitive deficitarie e, allo stesso tempo, dall'esistenza delle funzionalità quotidiane complete (Lonoce, 2019).

#### **1.4 Anziani Non autosufficienti**

Con il continuo aumentare del fenomeno dell'invecchiamento e la crescita sempre maggiore dei cosiddetti grandi anziani, aumenta conseguentemente il numero di persone anziane con diverse malattie e condizioni croniche tali da mettere a rischio l'indipendenza intesa come la capacità di svolgere autonomamente le normali attività della vita quotidiana (Burgio et al., 2010).

Sul tema della non autosufficienza purtroppo vige una certa confusione terminologica. Molto spesso vengono considerate come equivalenti alla non autosufficienza parole come disabilità, menomazione, handicap, impedimento o malattia cronica. Il concetto di non autosufficienza è certamente legato allo stato di salute e all'età dell'individuo e si esprime nell'incapacità che può essere totale o parziale di compiere le normali azioni della vita quotidiana (*ibidem*).

Sono state proposte numerose definizioni di non autosufficienza sia a livello scientifico, sia istituzionale.

In primis, nel Testo Unificato del 23 settembre 2003, presentato alla Camera per l'istruzione di un Fondo per i non autosufficienti, all'articolo 1 comma 2 precisa che: *"Sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione"*.

Invece, il Movimento delle Associazioni del Volontariato Italiano (MOVI), definisce la non autosufficienza come una *"una situazione patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, limitandone la vita di relazione, sociale e*

*lavorativa*”. Effettivamente la non autosufficienza è l’incapacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa della mancanza di mezzi ed energie per soddisfare le esigenze (Burgio *et al.*, 2010).

Successivamente è necessario menzionare il Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro (CNEL) il quale ha dedicato due ricerche nell’ambito della non autosufficienza. Nel documento del 2002 *“La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata”*, il CNEL si riferisce alla definizione di non autosufficienza che viene utilizzata in Germania per determinare chi può o chi non può accedere ai servizi di *long term care* in base alla capacità del soggetto di svolgere quattro attività funzionali, ossia l’igiene personale, la preparazione dei pasti e l’alimentazione, le funzioni motorie e le attività domestiche e di cura della casa. Nel secondo documento del 2003 *“La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione”*, invece, viene sottolineato il fatto che, essendo le possibili definizioni di non autosufficienza molteplici, si ritiene necessario adottare una definizione di natura funzionale che faccia riferimento alle capacità della persona di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana. La persona non autosufficiente, quindi, è colei che ha bisogno di aiuto, anche in minima parte, per svolgere le attività considerate essenziali (Burgio *et al.*, 2010).

Infine, La Corte costituzionale, nella sentenza 27 febbraio 2013, n.36, definisce come non autosufficienti *“le persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l’aiuto determinante di altri”* e precisa che *“l’attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria<sup>2</sup> dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001.”*

Gli anziani non autosufficienti possono essere anche definiti come persone che hanno delle limitazioni funzionali. L’Istat associa il termine “limitazioni funzionali” alla popolazione che presenta delle difficoltà in alcune dimensioni che

---

<sup>2</sup> I Lea sono costituiti dall’insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale eroga a tutti i cittadini gratuitamente (o con il pagamento di un ticket), indipendentemente dal reddito, dal luogo di residenza, dall’età, dalle prestazioni necessarie per la cura, dalle ragioni che hanno comportato la necessità di cure. (Bottari, 2014).

vanno dalla sfera fisica, quindi tutto ciò che concerne la mobilità, alla sfera dell'autonomia nelle funzioni quotidiane che comprende le attività di cura delle persone, per poi finire nella sfera della comunicazione, che riguarda la vista, l'udito e l'uso della parola. Esistono quattro tipologie di limitazioni funzionali (Dessi, Rusmini, 2015):

- Confinamento: l'obbligo per motivi fisici o psichici di essere costretti a letto, su una sedia o nella propria abitazione.
- Difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana: completa assenza di autonomia nelle ADL<sup>3</sup> e IADL<sup>4</sup>.
- Difficoltà nel movimento: riguarda le persone con problemi di mobilità che non riescono a camminare e ad utilizzare le scale.
- Difficoltà della comunicazione: comprende tutte le limitazioni nel sentire, nel vedere e nel parlare.

La categoria della non autosufficienza può comprendere una moltitudine di persone, tra cui coloro che sono affetti da malattie mentali croniche, handicap, Parkinson, cecità, SLA, persone tossicodipendenti e senza fissa dimora, persone affette da demenza senile in particolare l'Alzheimer.

#### *1.4.1 Metodi per misurare il livello di autosufficienza*

Per misurare la non autosufficienza vengono utilizzate diverse tipologie di scale. Tra le più importanti troviamo la scala che misura le ADL (*Activities of Daily Life*) che comprendono tutte le attività della vita quotidiana quindi camminare salire e scale, sedersi, andare a letto, lavarsi, mangiare etc. (Burgio *et al.*, 2010). Successivamente è necessario menzionare la scala IADL (*Instrumental Difficulties of Daily Life*) che misura tutte le difficoltà strumentali della vita quotidiana. È una scala che è formata da quesiti finalizzati alla rilevazione del livello di disabilità nell'usare determinati strumenti come per esempio il telefono, fare la spesa,

---

<sup>3</sup> Le ADL fanno riferimento alle attività di base come lavarsi, vestirsi e mangiare.

<sup>4</sup> Le IADL sono invece le attività più complesse come la gestione del denaro oppure l'assunzione di farmaci.



preparare i pasti, gestire le proprie finanze, fare il bucato e utilizzare i mezzi di trasporto (*ibidem*). Un'altra scala molto importante e particolarmente adatta alla persona anziana è la scala BINA, acronimo di "breve indice di non autosufficienza" la quale, tramite dieci item, indica la gravità della disabilità. Tali item sono le medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, lo stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali (Istat, 2010). Ad ogni item viene dato un punteggio minimo di dieci e massimo di cento: se la somma supera il valore soglia di duecentotrenta, allora la persona viene considerata non autosufficiente. Per valutare invece la mobilità della persona si utilizza l'*Indice di Barthel* il quale è composto da quindici fattori riguardanti la capacità dinamica della persona, sui quali viene espresso un punteggio a tre livelli. Il punteggio più alto è pari a cento, indice di indipendenza totale, il livello più alto di gravità è invece pari a zero (Burgio, *et al.*, 2010). Infine, è utile menzionare la scala FIM (*Functional Independence Measure*) la quale prevede sette livelli di autosufficienza e può essere utilizzata da qualsiasi operatore clinico, indipendentemente dalla sua specializzazione. I livelli funzionali e i punteggi si distinguono in autosufficienza completa o con adattamenti, non autosufficienza parziale e non autosufficienza completa.

Per misurare invece i comportamenti e gli aspetti cognitivi e sociali si ricorre ad altre tipologie di scale e di test. Il M.M.S.E. (*Mini Mental State Examination*) è un esame che venne ideato da una coppia di neurologi americani nel 1975, i Folstein, ed è utile sia in campo clinico che in quello sperimentale per stabilire un'ipotetica presenza e il grado del deterioramento cognitivo presente (Consalvo, 2022). È il test più diffuso in quanto è molto veloce, in quindici minuti si possono esplorare grazie ad undici *items* l'orientamento nel tempo e nello spazio, la memoria, l'attenzione, la capacità di calcolo e di linguaggio (*ibidem*). La M.D.B. (*Mental Deterioration Battery*), proposta da Galassi nel 1989, comprende sette test divisi in prove verbali e visuo-spaziali, somministrabili in modo indipendente l'uno dall'altro. Questi test indagano le capacità di concentrazione, di attenzione, di memoria, di pensiero e di cognizione (Consalvo, 2021).

L'ADAS-Cog (*Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale*) è stato sviluppato negli anni Ottanta da W.G.Rosen, necessita per la somministrazione di circa trenta o quaranta minuti e, tramite undici *items*, valuta la memoria, il linguaggio e l'orientamento (Kueper et. al., 2018).

## 1.5 Le fragilità nell'anziano

Con il continuo aumento del fenomeno dell'invecchiamento e una maggior presenza di anziani non autosufficienti, negli ultimi anni è cresciuta conseguentemente l'attenzione per il concetto di fragilità che caratterizza l'anziano (Thompson, 1929).

Il concetto di fragilità può essere definito come uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Fried, 2001) e correlato a comorbilità, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità (Fried, 2004). Inoltre, tale concetto può essere letto attraverso tre principali paradigmi. Il primo è il "Paradigma Biomedico" che definisce la fragilità come *"una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse"* (Fried, 2004, p. 256). Questo modello considera cinque criteri: la perdita di peso involontaria, l'affaticamento, la diminuzione della forza muscolare, la riduzione dell'attività fisica e della velocità di camminata. La presenza di almeno tre criteri identifica i soggetti fragili, mentre se sono presenti meno di tre criteri, quindi o uno o due, viene definita la condizione di pre-fragilità. Il limite di questo modello è la sua natura unidimensionale (Barbani, 2014).

Il secondo è il "Paradigma dell'accumulo dei deficit" elaborato da Rockwood (2007, p. 742), il quale fornisce una definizione di fragilità intesa come *"stato di disorganizzazione caotica dei sistemi fisiologici che può essere stimato valutando lo stato funzionale, le malattie, i deficit fisici e cognitivi, i fattori di rischio psicosociali e le sindromi geriatriche, nell'ottica di costruire un quadro il più possibile completo della situazione di rischio di eventi avversi"*.

Il terzo, invece, è il modello “Bio-Psico Sociale” di Gobbens (2010, pp. 338-343) che definisce la fragilità come “*uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall’influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute*”.

In riferimento a questi paradigmi, è possibile affermare che la fragilità possa riguardare diverse aree. La prima area è quella della fragilità clinica esplicita da Fried (2001) come una sindrome clinica in cui sono soddisfatti alcuni criteri legati alla salute e alle capacità fisiche.

La seconda area è quella della fragilità funzionale ovvero una soglia oltre la quale la perdita delle riserve fisiologiche e l’adattamento dell’organismo cominciano ad essere insufficienti per mantenere l’indipendenza del soggetto ed esporlo al rischio di diventare dipendente (Buchner, 1992).

Infine, l’ultima area è quella della fragilità sociale, data dal rischio di perdere la capacità di vita nella comunità, dall’isolamento sociale, dall’impossibilità di fare riferimento ad una rete sociale affidabile (Barbani, 2014).

Concretamente, sono presenti vari elementi che sono riconducibili al tema della fragilità, in particolare, nell’ambito dell’autonomia, è necessario menzionare la paura di cadere e l’incontinenza (Barbani, 2014). Per quanto riguarda la paura di cadere, la perdita del senso di autoefficacia (concetto introdotto da Bandura nel 1978) nello stare in piedi, determina sintomi e disturbi denominati FOF (*Fear of Falling*), presenti anche in anziani che non sono mai caduti (Scheffer, et al. 2008). In merito al tema dell’incontinenza, non particolarmente affrontato, si afferma che moltissimi anziani ne soffrono e ciò crea loro un impatto molto forte sulla qualità della vita, creando disagio e imbarazzo e rischiando di creare isolamento sociale (Lekan-Rutledge D, 2004).

Un ulteriore elemento che desta molta attenzione è il tema della malnutrizione con la conseguente perdita di peso involontaria. Le cause possono essere la presenza di patologie organiche, l’assunzione di cure farmacologiche invasive, oppure, dal lato opposto, cause di tipo sociali o psicologiche che fanno riferimento a depressione, isolamento o ristrettezze economiche. L’indagine europea di sorveglianza nazionale Seneca evidenzia che questa situazione interessa maggiormente gli anziani fragili

(Agnello, Amerio, 2011), e in particolare lo studio di Morley del 1999 mette in luce il fatto che la malnutrizione è da considerarsi un fattore predittivo della fragilità.

Anche i deficit sensoriali primari sono degli elementi che non vanno sottovalutati, in particolare l'ipoacusia e l'ipovedenza. Tutti questi fattori, e molti altri, predispongono la persona alla fragilità, all'isolamento e alla diminuzione della propria autonomia nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, determinando una peggiore qualità della vita (Barbani, 2014).

È necessario tenere in considerazione anche la condizione psicologica dell'anziano, in quanto, durante il passare degli anni, le persone devono affrontare e accettare molteplici cambiamenti. Oltre a quelli già citati precedentemente, si aggiunge il cambiamento di status come il pensionamento. La persona anziana può sperimentare emozioni negative e talvolta andare incontro a situazioni di depressione che riducono il senso di autoefficacia, di interessi e emozioni e un isolamento sociale (Malvi, Cavazza, 2014).

La fragilità sociale viene spesso sottovalutata poiché viene messa in secondo piano da fattori clinici, funzionali e psicologici, ma può comportare degli effetti molto gravi sulla qualità della vita delle persone che spesso si trovano a vivere situazioni di sofferenza e disagio in solitudine rimanendo sconosciuti alla rete di servizi fino al momento di necessità conclamata (Barbani, 2014). Appare quindi doveroso predisporre interventi di ricostruzione di reti sociali e relazionali al fine di evitare l'isolamento, in una logica di prevenzione anche delle conseguenze negative che potrebbe portare la non autosufficienza.

## **1.6 L'ageismo e la discriminazione dell'anziano**

Come già affermato precedentemente, gli anziani stanno aumentando sempre di più, non solo in termini assoluti, ma anche in senso relativo, ovvero hanno un peso maggiore in termini di incidenza sulla popolazione totale. Una delle prossime sfide è gestire pertanto in modo socialmente ed economicamente sostenibile non solo l'aumento degli anziani, ma anche l'ingresso in età matura dei cosiddetti *baby*

*boomers*<sup>6</sup> degli anni '60 che incideranno sulla composizione per età della popolazione (Cappellato, Tedeschi, Mercuri, 2021). Negli ultimi decenni la comprensione del fenomeno dell'invecchiamento è decisamente migliorata: grazie all'approccio teorico di Baltes (*life-span theory*, 1987), la visione negativa dell'invecchiare è stata quasi superata. Secondo questa visione, lo sviluppo cognitivo in ogni fase dell'esistenza è caratterizzato non solo dalla perdita di determinate abilità, ma anche dal mantenimento e dalla nuova acquisizione di risorse. In breve, ogni età ha perdite e guadagni. È proprio per questo motivo che è necessario puntare sull'acquisizione e sul mantenimento delle abilità anche nella fase della vecchiaia. La percezione che la vecchiaia corrisponda ad un'età in cui le persone si liberano dai propri impegni si è confrontata con la necessità di incoraggiare le persone a ricercare modalità per mantenere uno stile di vita sano e attivo per un migliore invecchiamento (Boudiny, 2013).

Molte volte però, ancora al giorno d'oggi, l'idea dell'anziano attivo nella società viene sormontata da una serie di discriminazioni nei confronti delle persone appartenenti alla terza età, che le rendono molto vulnerabili. Questo insieme di discriminazioni e pregiudizi prendono il nome di ageismo (dall'inglese *ageism*), termine coniato dal medico, gerontologo e psichiatra americano Robert Neil Butler nel 1969. Inizialmente la parola ageismo non significava solamente avere un pregiudizio nei confronti di chi è più anziano, ma di qualsiasi persona che appartenga ad un certo gruppo di età solamente per il fatto di far parte a quel determinato gruppo (Capuano, 2017). Per esempio, come afferma Butler *"i giovani possono diffidare di chiunque abbia più di 30 anni, ma coloro che hanno più di 30 anni possono diffidare di chiunque sia più giovane di loro"*.

Non ci sono dubbi però sul fatto che al giorno d'oggi il termine venga utilizzato prettamente per indicare un pregiudizio nei confronti degli anziani.

Come per il razzismo e il sessismo, il problema riguarda quale significato sociale hanno questi due elementi, così anche nel caso dell'ageismo i problemi sono i significati, i pregiudizi e gli stereotipi addossati alla vecchiaia (Capuano, 2017).

---

<sup>6</sup> *Baby boomers*: fetta di popolazione nata tra la seconda metà degli anni Quaranta e la seconda metà degli anni Sessanta.

Per sottolineare questo concetto, Ashton Applewhite (2017, p. 24) nel suo Manifesto contro l'ageismo, afferma che *“noi colpevolizziamo il fatto di invecchiare, invece dell'ageismo”*.

Esistono vari esempi che si possono fare di ageismo: l'invecchiamento pone fine alla produttività e creatività, infatti, una delle prime cose per cui l'individuo sente di essere diventato vecchio è la pensione, cambiamento di vita enorme per una persona che ha sempre lavorato.

Ageismo è anche pensare che le persone anziane siano più inclini ad essere vittimizzati per la loro vigoria fisica (Carrieri, Catanesi, Greco, 1992), o il fatto che vengono dedicate loro minori attenzioni rispetto all'ambito delle cure o in caso di incidenti o malattie perché *“tanto sono vecchi”* e che ci siano sempre meno fondi per la ricerca geriatrica. Un altro esempio è il pensiero che gli anziani per natura si isolino dalla società: non essendo più un individuo che produce, la società tende a non considerarlo più come indispensabile e di conseguenza subentra l'isolamento sociale.

Per Annamaria Rivera *“gli stereotipi e i pregiudizi più diffusi sono quelli per cui tutti gli anziani sarebbero immobilisti, conservatori, reazionari, inoperosi; e/o abbienti, privilegiati, potenti, perciò accusati d'impoverire i giovani, di occupare abusivamente posti e ruoli di prestigio, di rubare il lavoro”* (Rivera, 2013).

Infine, una delle descrizioni più suggestive ed efficaci di questo fenomeno viene offerta da Simone de Beauvoir (1988, p. 13):

*“Se i vecchi manifestano gli stessi desideri, gli stessi sentimenti, le stesse rivendicazioni dei giovani, fanno scandalo; in loro, l'amore, la gelosia, sembrano odiosi o ridicoli, la sessualità ripugnante, la violenza irrisoria. Essi devono dar l'esempio di tutte le virtù. Prima di tutto si pretende che siano sereni; si afferma che lo sono, il che autorizza a disinteressarsi della loro infelicità. L'immagine sublimata di sé stessi che si propone loro è quella del venerabile Saggio, aureolato di capelli bianchi e ricco d'esperienza, che guarda alla condizione umana da un'altissima cima; se loro non ci vogliono stare, allora precipitano molto in basso: l'immagine che si contrappone alla prima è quella del vecchio pazzo*

*farneticante, zimbello dei bambini. In ogni caso, per la loro virtù o per la loro abiezione, essi si pongono al di fuori dell'umanità, e pertanto gli si può rifiutare senza troppi scrupoli quel minimo che si ritiene necessario per menare una vita umana.”*

Se ci concentriamo sulle vittime di questi pregiudizi, il sessismo e il razzismo prendono di mira alcune persone che sono diverse dalle altre per colore della pelle o genere. Differentemente i bersagli dell'ageismo sono tutti gli individui in quanto, prima o poi, tutte le persone invecchiano (Capuano, 2017). A questo proposito, si può affermare che i giovani o le persone di mezza età non riescono a considerare la vecchiaia come una fase che dovranno affrontare in futuro, non avrebbe senso discriminare il gruppo al quale faranno parte tra un po' di anni (Applewhite, 2017). Tutto ciò viene considerato un paradosso, in quanto coloro che hanno pregiudizi o stereotipi nei confronti degli anziani, collaborano a collocare il loro futuro in categorie umiliate o stigmatizzate (Rivera, 2013). Una spiegazione a tale paradosso è fornita da Simone de Beauvoir, la quale afferma che le persone tendono a mantenere un certo distacco psichico dall'idea di un futuro in cui saranno loro gli individui stigmatizzati e ad incontrare problemi di vario tipo (De Beauvoir, 1988).

Quando si parla di vecchiaia, si tende a dare un'accezione prettamente al singolare. Tuttavia, gli anziani si differenziano dal punto di vista culturale, sociale, economico e in relazione a tutte le caratteristiche della persona: per questo spesso l'ageismo si interseca con altre forme di discriminazioni quali il razzismo, il sessismo, l'analfabetismo e molte altre, dando luogo per esempio a quello che Susan Sontag definisce “*doppio standard dell'invecchiamento*” facendo riferimento all'idea generale per cui un uomo con l'età migliora mentre la donna peggiora e deve ricorrere alla chirurgia plastica per nascondere il suo invecchiamento (Sontag, 1972).

Stereotipi e pregiudizi sulla vecchiaia influenzano anche gli aspetti motivazionali e il raggiungimento di obiettivi personali, ostacolando in certi casi la promozione dell'invecchiamento attivo (IA)<sup>7</sup>, la cui definizione è fornita

---

<sup>7</sup> IA: invecchiamento attivo

dall'organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 come *“il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano.”* Di conseguenza, per combattere questo fenomeno, è indispensabile diffondere una cultura dell'invecchiamento positivo condividendo le giuste informazioni sul funzionamento mentale e sui reali cambiamenti che derivano dall'invecchiamento. Pertanto, è necessario promuovere un atteggiamento mentale progressivo che consenta alle persone di impegnarsi in compiti diversi e stimolanti, aumentando così la fiducia nelle proprie capacità. Infine, è essenziale essere circondati da un ambiente favorevole che promuova l'autonomia e l'autodeterminazione negli anziani (De Beni, Borella, 2015).



## CAPITOLO II

### Policy a favore degli anziani

#### 2.1 Politiche per l'invecchiamento attivo

Il fenomeno dell'invecchiamento ha certamente importanti ripercussioni sulla spesa pubblica in termini di sostenibilità del sistema di welfare e di protezione sociale. A tal proposito, il concetto di invecchiamento attivo nasce e viene sviluppato come una possibile soluzione per affrontare le richieste sociali, sanitarie ed economiche di una popolazione sempre più anziana (Walker, 2014). L'*active ageing* prevede una concezione inclusiva della salute in tarda età e, attraverso questa tipologia di invecchiamento, si intende promuovere uno stile di vita attivo come uno strumento di prevenzione; utile però se affiancato ad altri strumenti sanitari come una corretta alimentazione, uno stile di vita senza fumo e alcool, affinché ciascun individuo possa stare bene psicologicamente e fisicamente perseguendo i propri interessi sia nella sfera privata che in quella sociale. Per far sì che ciò sia possibile, è doveroso sviluppare politiche e servizi che consentano all'individuo di scegliere il percorso di invecchiamento attivo che più preferisce (O'Neill, 2007). Il concetto di invecchiamento attivo propone una concezione di invecchiare che si orienta lungo tutto il corso della vita, con lo scopo di migliorarne la qualità (Martineau, Plard, 2018). Numerosi studi affermano che chi invecchia in modo attivo ne trae benefici fisici, psicologici e della qualità della vita in generale (Silverstein, Parker, 2002; Ehlers, Naegele, Reichert, 2011). A livello europeo, il paradigma dell'invecchiamento attivo è stato adottato già dalla fine degli anni Novanta ma solo più recentemente è stato promosso attraverso una molteplicità di documenti e iniziative, tra le quali è necessario menzionare: la creazione del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'Invecchiamento Attivo e in Buona

Salute (EIPAA) nel 2011; la designazione del 2012 come anno europeo dell'Invecchiamento attivo; lo sviluppo dell'Indice di Invecchiamento Attivo, voluto dalla Commissione Europea per l'Europa delle Nazioni Unite (UNECE), con lo scopo di poter misurare il livello di invecchiamento attivo in un dato contesto geografico in base a una serie di indicatori selezionati; l'adozione del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento (MIPAA) approvato dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (Onu, 2002), il quale ha permesso, agli Stati che lo hanno sottoscritto, di ribaltare il punto di vista da cui guardare l'affermarsi della longevità, con lo scopo di includere nella società, in un'ottica di senso di appartenenza, tutte le generazioni.

L'invecchiamento attivo è favorito da determinati fattori che si possono ricercare nel modo di vivere e nella qualità e quantità di esperienze vissute nell'arco della vita e da come queste si perpetuano durante l'età adulta e anziana. Le determinanti di un buon invecchiamento, infatti, sono fattori che favoriscono il benessere degli individui in qualsiasi momento della vita (Andrisani, Lagravinese, 2021). Due sono i principali elementi che risultano incidere in termini di invecchiamento attivo: l'ambiente culturale e il genere (Oms, 2012). La cultura è un primo fattore utile al modellamento dell'invecchiamento in quanto fa da sfondo a tutte le altre determinanti che favoriscono un efficace invecchiamento attivo. Allo stesso modo, il genere è l'elemento generativo di condizioni più o meno favorevoli nel corso di tutta la vita (*ibidem*), che possono, in certi casi, precludere la riuscita di un invecchiamento attivo efficace. Per esempio, l'essere donna ancora al giorno d'oggi, in diversi contesti culturali, preclude alcune opportunità come l'istruzione oppure l'accesso alle cure sanitarie; mentre, essere uomo, favorisce l'esposizione a determinate pericolosità per la salute come subire lesioni o morte a causa di violenze o lavori debilitanti. La presenza di tali elementi in alcuni contesti culturali, pertanto, impedisce alle persone di poter invecchiare in maniera attiva. Altri fattori importanti nello scenario della promozione di un buon invecchiamento sono (Oms, 2012) l'accesso a servizi sanitari, ambulatoriali e ospedalieri di qualità e servizi a lungo termine per malattie croniche; l'adozione di uno stile di vita sano tramite una dieta equilibrata, insieme alla partecipazione attiva alle proprie cure; fattori ereditari e genetici che portano alla predisposizione nello sviluppare una determinata

malattia; fattori legati all'ambiente sociale e al domicilio come avere una casa a disposizione accogliente e priva di barriere fisiche, ubicata in un luogo facilmente raggiungibile; infine fattori economici come un buon lavoro e un buon reddito (Andrisani, Lagravinese, 2021).

Nonostante in Italia si parli di promozione di invecchiamento attivo già dagli inizi del 2000, l'impegno delle politiche su questo tema può essere sintetizzato come molto limitato a livello nazionale, delineato da pochi ma buoni esempi a livello regionale e infine, rappresentato da un certo livello di attività a livello locale, ma di difficile mappatura (Lamura, Principi, Socci, 2017). Nelle Regioni, politiche e interventi in tale ambito si sono concretizzati in diversi modi, per esempio uno studio dell'INRCA (Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani) (Principi *et al.*, 2016) si è concentrato sulla mappatura, l'analisi e la valutazione delle leggi regionali in materia di invecchiamento attivo. I risultati dimostrano che in sole quattro Regioni italiane è in vigore una legge che regoli l'invecchiamento attivo in modo trasversale, ossia che preveda interventi organici a tal fine.

Recentemente alcuni passi in avanti sono stati fatti tramite il progetto “*Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*” reso possibile nel 2019 da un Accordo di collaborazione triennale tra Consiglio dei Ministri, Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, rinnovato nel 2022 per altri tre anni. Tale progetto ha lo scopo di promuovere e consolidare un coordinamento nazionale per fornire più consapevolezza sul concetto di Invecchiamento Attivo in Italia, tramite il miglioramento della conoscenza del fenomeno e delle politiche a suo sostegno (Lucantoni, Principi, 2022). Le attività previste coinvolgono *stakeholder* (per esempio Regioni e Ministeri) a livello nazionale, regionale e locale, per realizzare collettivamente un modello di interventi e buone politiche, attraverso un processo co-decisionale. Esempi di politiche attuate in Italia in determinate regioni sono per esempio: socializzare e semplificare l'accesso ai servizi culturali, ricreativi e sportivi per facilitare la mobilità e migliorare le relazioni delle persone anziane con l'ambiente sociale, promuovendo al contempo le relazioni intergenerazionali; promuovere il contrasto all'isolamento sociale attraverso interventi di tipo

proattivo, ossia qualsiasi tipo di azione necessaria per prevenire un determinato avvenimento, in questo caso appunto l'isolamento. Ancora, il fatto di sfruttare le esperienze e gli interessi personali acquisiti nel corso della vita per promuovere il volontariato socialmente vantaggioso a sostegno dell'invecchiamento attivo, nonché la partecipazione attiva e il servizio di supporto nelle comunità locali (Andrisani, Lagravinese, 2021).

### *2.1.1 La Regione Veneto e la legge 23/2017: "Promozione e Valorizzazione dell'invecchiamento attivo"*

Per promuovere una nuova cultura della senilità e stimolare una diffidente visione rispetto alla vecchiaia, la Regione Veneto ha varato la Legge 23/2017 sull'invecchiamento attivo. Tale disposizione intende la vecchiaia come una condizione di "tempo libero" che, se valorizzata a livello sociale, e se promossa e difesa con uno stile di vita e servizi adeguati, può fornire professionalità, competenze e possibilità di crescita. Come enunciato dall'articolo 1 della normativa, l'obiettivo è quello di riconoscere e valorizzare *"il ruolo delle persone adulte o anziane nella comunità, promuovendo la loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale e favorendo la costituzione di percorsi per l'autonomia e il benessere nell'ambito dei loro abituali contesti di vita."* La legge sull'IA del Veneto copre un'ampia gamma di questioni, tra le quali è necessario menzionare: il mercato del lavoro, il volontariato e l'impegno civico, la formazione, lo sport e le attività ricreative; le attività culturali; il turismo; l'ambiente; gli alloggi; la salute e la sicurezza. Dalla sua approvazione, la legge è stata implementata redigendo il piano triennale (2018-2020) e i piani annuali di attuazione per gli anni del 2018 e del 2019, i quali comprendono le priorità, l'ambito delle attività, le risorse assegnate e i requisiti per il finanziamento dei progetti di IA promossi da organizzazioni pubbliche e/o no profit. Internamente, la Regione Veneto ha creato una collaborazione, ossia un tavolo di lavoro permanente per l'IA, tra aree e direzioni negli ambiti di Servizi Sociali, sanitari e lavoro/formazione (Barbabella, 2020). L'Ufficio dei Servizi Sociali ha assunto il compito di coordinamento del tavolo di lavoro per l'attuazione

del piano triennale sull'IA e relativi piani annuali. Inoltre, è stata istituita una Consulta regionale sull'invecchiamento attivo, come soggetto per facilitare la partecipazione di rappresentanti di assessorati, strutture regionali competenti, il volontariato, il terzo settore, la cooperazione sociale, i sindacati e pensionati. Il comitato è funzionante e consente una costante interazione con la società civile per determinare priorità, attività e risorse per i piani triennali e annuali (*ibidem*).

Essendo a valenza triennale, con DGR n.1031 del 28 luglio 2021, la Consulta ha partecipato ai lavori di predisposizione del nuovo Piano triennale “Interventi di promozione e valorizzazione dell’Invecchiamento Attivo. Piano triennale 2021-2023”. Il Piano, in linea con gli indirizzi guida predisposti nella precedente esperienza nelle politiche dell’Invecchiamento Attivo (nel triennio 2018-2020) e anche alla luce del periodo pandemico in corso, integra le politiche regionali e le risorse relative agli interventi e ai servizi, tenendo conto sia di quelli a rilevanza regionale sia di quelli a rilevanza locale, al fine di coordinare al meglio le diverse azioni. Tale Piano declina gli obiettivi principali, le aree di intervento e le linee di attività, con lo scopo di rinnovare le politiche, la cultura, i comportamenti e le pratiche rivolte ad anziani sempre basandosi e tenendo conto del modello di *welfare* di comunità veneto, basato sulla valorizzazione del capitale sociale delle persone, quindi delle relazioni che intercorrono tra di loro, sulla solidarietà e sulla corresponsabilità sociale. Le linee strategiche regionali del Piano Triennale 2021-2023 sono riconducibili alle tre dimensioni fondamentali attraverso le quali si orienta l’approccio all’Invecchiamento Attivo (Consiglio regionale n. 103, 2021):

- “*Una vita autonoma attraverso l’accrescimento della salute e del benessere*”. All’articolo 9 della Legge Regionale, dove vengono definiti, promossi e sostenuti azioni e interventi volti alla prevenzione delle situazioni di fragilità, quindi al mantenimento del benessere bio-psico-sociale, favorendo la diffusione di stili di vita sani negli anziani. Le azioni promosse sono volte a stimolare lo sviluppo di politiche di prossimità a sostegno delle famiglie, a incentivare lo sviluppo di ambienti e contesti adeguati e favorevoli che supportino l’Invecchiamento Attivo attraverso interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie. Le azioni

sono, inoltre, volte a promuovere l'attività fisica e cognitiva, elementi fondamentali nel raggiungimento degli obiettivi dell'Invecchiamento Attivo; la promozione e la creazione di comunità territoriali inclusive per migliorare il benessere delle persone anziane; il sostegno di stili di vita sani e diagnosi precoci che possono contrastare i rischi di non autosufficienza; infine, azioni volte a prevenire le situazioni di abuso e abbandono degli anziani.

Il finanziamento previsto per queste tipologie di azioni è di 300.000,00 Euro che può essere rimodulabile sulla base delle esigenze territoriali.

- *“Partecipazione attiva”*. All'articolo 5 della Legge, la Regione favorisce la partecipazione attiva degli anziani alla vita di comunità, finalizzata alla creazione di un benessere collettivo generale. Le azioni sono volte a sviluppare progetti di vicinato solidale per contrastare l'isolamento sociale, che favoriscano relazioni tra i residenti in un determinato quartiere; azioni volte allo sviluppo di modelli di monitoraggio di situazioni rischiose; azioni che sono volte alla promozione dell'impegno sociale di anziani nel ruolo di docenti con finalità di supporto ai servizi di utilità sociale; azioni volte al sostegno del trasporto sociale in contesti territoriali periferici e, infine, azioni volte al potenziamento delle risposte ai bisogni specifici degli anziani a maggior rischio di isolamento e marginalità.

In questo caso, invece, il finanziamento previsto è di 400.000,00 Euro anche qui rimodulabile in base alle esigenze.

- *“Formazione”*. All'articolo 8 della Legge, la Regione favorisce l'apprendimento per tutto l'arco della vita mediante il sostegno a percorsi di formazione volti a potenziare le competenze delle persone anziane. Le azioni sono volte al sostegno alla formazione inter o intragenerazionale con la relativa partecipazione degli anziani nel ruolo di docenti, e al superamento dell'isolamento dovuto al divario digitale tra le varie generazioni che coinvolge un numero preponderante di anziani e che è stato maggiormente amplificato dal periodo pandemico.

Anche in questo caso il finanziamento è di 300.000,00 Euro rimodulabile in base alle esigenze territoriali.

Tali azioni previste dalla Legge vengono attuate tramite le iniziative sviluppate dai soggetti attuatori, elencati della Legge 23/2017 che sono: Comuni, ULSS, Centri di servizi e strutture residenziali, Istituzioni scolastiche e universitarie, Associazioni di rappresentanza di persone anziane, Associazioni di tutela dei diritti dei consumatori, Terzo settore, Soggetti provati operanti in ambiti della legge finalizzata a promuovere collaborazioni in rete di comunità (*ibidem*).

## **2.2 Politiche di contrasto alla povertà**

Un ulteriore insieme di politiche a sostegno delle persone anziane comprende le misure atte a sradicare la povertà, associata soprattutto al rischio di perdere i mezzi di sussistenza una volta fuori dal mercato del lavoro.

La prima misura che è necessario menzionare è la pensione di vecchiaia, il cui obiettivo è quello di garantire un reddito vitalizio per il periodo di vita in cui sussiste l'impossibilità di svolgere attività retribuite (Ferrera, 2019). Un requisito fondamentale della pensione di vecchiaia, è il versamento di contributi alle casse previdenziali durante la vita lavorativa. La pensione di vecchiaia tutela il lavoratore da una situazione di bisogno derivante dal raggiungimento dell'età in cui il legislatore ritiene di non poter continuare a lavorare e, pertanto, richiede la protezione sociale. Naturalmente, non è possibile stabilire se un singolo lavoratore risulterebbe effettivamente invalido dopo il raggiungimento della suddetta età; quindi, si parla di un presunto stato di bisogno. Come precedentemente affermato, la pensione di vecchiaia è la forma di tutela più importante per prevenire il rischio di povertà negli anziani. Il sistema pensionistico italiano si basa su prestazioni assicurative (o previdenziali), ovvero legate all'obbligo di versare i contributi durante la vita lavorativa alle casse previdenziali. Tali prestazioni sono riservate agli ex lavoratori (o ai loro familiari a carico) e calcolate utilizzando un sistema

contributivo, dove l'importo della pensione è basato sul numero di contributi versati durante l'età lavorativa (Raitano, 2019).

I requisiti per la pensione di vecchiaia sono il raggiungimento dell'età pensionabile<sup>8</sup>, la maturazione, come già citato, di determinati requisiti assicurativi e contributivi e infine la cessazione del rapporto di lavoro dipendente. Il diritto alla pensione viene riconosciuto dopo almeno vent'anni dall'inizio dell'assicurazione e dopo che risultino versati o accreditati in favore dell'assicurato almeno vent'anni di contributi, salvo eccezioni (Cuzzola, Fiolo, 2004).

È presente un'altra tipologia di misura assistenziale pensata per chi non ha versato i contributi, denominata come pensione sociale, la quale è stata sostituita dall'assegno sociale il primo gennaio del 1996 (INPS 2022). Questo tipo di misura assistenziale è vincolata all'accertamento dell'effettiva situazione di necessità economica da parte dell'anziano. La definizione di assegno sociale fornita dall'INPS è di una *“prestazione economica, erogata a domanda, dedicata ai cittadini italiani e stranieri in condizioni economiche disagiate e con redditi inferiori alle soglie previste annualmente dalla legge”* (ibidem). I servizi di cui il beneficiario può usufruire con tale assegno hanno natura assistenziale e non possono essere esportati; pertanto, non possono essere riconosciuti se il titolare dell'assegno risiede all'estero. I benefici finanziari sono irreversibili per i familiari sopravvissuti, non possono quindi essere utilizzati da altre persone ad esclusione del beneficiario (INPS, 2022).

Le prestazioni sociali sono per i cittadini italiani, comunitari iscritti all'anagrafe del comune di residenza, cittadini non comunitari ma che sono familiari di cittadini comunitari, cittadini non comunitari con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo e cittadini stranieri o cittadini apolidi, rifugiati politici o titolari di protezione sussidiaria. Il reddito del beneficiario deve essere inferiore

---

<sup>8</sup> L'età pensionabile corrisponde al compimento dell'età di 66 anni per gli uomini (dipendenti ed autonomi) e per le lavoratrici di pubblico impiego; di 62 per le lavoratrici dipendenti del settore privato e 63 anni e 6 mesi per le autonome e parasubordinate (Legge Fornero, DL 201/2011). Dal 1° gennaio 2019 ci fu la parificazione dell'età pensionabile, ossia di 67 anni.



alla soglia annua prevista dalla legge la quale è di 5.983,64 euro annui e di 11.967,28 euro se il soggetto è coniugato (*ibidem*).

Nel 2021 l'importo dell'assegno era pari a 460,28 euro per tredici mensilità. Hanno diritto in misura intera le persone non coniugate che non hanno reddito e i soggetti coniugati che hanno un reddito familiare inferiore al totale annuo dell'assegno. Hanno diritto invece in misura ridotta le persone non coniugate con un reddito inferiore all'importo annuo dell'assegno e i soggetti coniugati con un reddito familiare compreso tra il totale annuo dell'assegno e il doppio del totale annuo dell'assegno (*ibidem*).

Un'ulteriore forma di contrasto alla povertà la si può trovare nella pensione di reversibilità, definita anche pensione ai superstiti, la quale spetta di diritto ai familiari di un lavoratore o pensionato deceduto, il quale doveva essere iscritto in una delle gestioni previdenziali Inps (Inas, 2022). Si ha diritto a tale prestazione solamente se il soggetto, al momento del decesso era titolare di una pensione diretta (vale a dire la pensione di vecchiaia), aveva quindici anni di contributi accreditati in tutta la vita lavorativa e aveva cinque anni di contributi accreditati, di cui tre negli ultimi cinque anni (*ibidem*). Di tale pensione di reversibilità, calcolata in base ad una percentuale della pensione già liquidata o che sarebbe spettata al lavoratore, il 60% spetta al coniuge, il 70% al figlio unico, il 20% a ciascun figlio, mentre il 15% a genitori o fratelli e sorelle. Questa tipologia di pensione viene pagata a partire dal primo giorno del mese successivo al decesso del lavoratore o del pensionato.

La Corte costituzionale con la sentenza 88/2022 ha modificato il diritto di ricevere la pensione di reversibilità anche ad altri soggetti quali, in particolare, separati e divorziati (Anmic, 2022). Nel caso appunto di separati, la circolare Inps 19/2922 riconosce il trattamento in suo favore senza diritto agli alimenti. L'ex coniuge, quindi, conserva il diritto alla reversibilità solamente se non si è risposato. Nel caso invece sia presente un coniuge superstite e un ex coniuge titolare di assegno, il Tribunale di Roba con la sentenza 13174/2021 afferma che la pensione andrà ripartita tra di loro (*ibidem*). Tale ripartizione sarà effettuata tramite il principio solidaristico, ossia nel guardare la durata dei rispettivi matrimoni e delle

convivenze *more uxorio*<sup>9</sup>. È necessario considerare inoltre l'importo dell'assegno e il benessere economico delle due parti. Nel caso in cui il coniuge dovesse risposarsi perderebbe i requisiti per la fruizione di tale pensione (*ibidem*).

Le varie tipologie di pensioni rappresentano in genere la voce di spesa più alta per la protezione sociale: tra il 2019 e il 2020 il rapporto tra spesa pensionistica e PIL è aumentato passando dal 15,2% nel biennio 2017-2018 al 17,1% nel 2020 per poi ridursi rimanendo su un livello pari al 16,1% nel 2022. Tale aumento è dovuto anche a causa della forte contrazione dei livelli di PIL dovuti all'impatto dell'emergenza sanitaria che ha colpito l'Italia dal febbraio 2020 (MEF, 2021).

In Italia i titolari di pensione sono 5,2 milioni (32,7% del totale), più di un quarto della popolazione totale (Istat, 2021) e, sebbene le pensioni siano una misura di cui gode la popolazione generale over 65 in quasi tutta Europa, sussiste ancora il rischio di povertà in età avanzata, il quale corrisponde al 16,1% sulla media europea e al 15,3% su quella dell'Italia. In tutti i casi, le donne sono risultate ancora una volta svantaggiate, essendo in media il 3,9% più a rischio povertà rispetto agli uomini. (Cappellato, Tedeschi, Mercuri, 2021).

Nel sistema previdenziale e pensionistico italiano sono presenti importanti criticità. Le riforme degli ultimi trent'anni hanno modificato l'assetto previdenziale variando l'età pensionabile, le modalità di calcolo degli importi per l'adeguamento alla speranza di vita (Jessoula, Raitano, 2020) e i contributi di tipo assistenziale. Pertanto, l'attenzione è stata rivolta alle aree in cui il sistema non può rispondere correttamente alle necessità di sostegno economico di chi invecchia. Ad esempio, la Riforma Sacconi del 2010, che prevedeva l'adeguamento automatico dell'età pensionabile alle stime dell'aspettativa di vita dell'intera popolazione, sembrava tenere poco in considerazione le grandi disparità tra le persone che sono prossime alla pensione in termini di salute, genere, tipo di istruzione e occupazione (Ardito, Costa, Leombruni, 2019). Tutte queste criticità rendono poco efficaci le politiche volte al sostentamento economico degli anziani nel nostro Paese (Jessoula, Raitano, 2020). La frammentarietà e la mancanza di coordinamento delle misure, oltre alla difficoltà di adeguare il sistema pensionistico ad un mercato del lavoro sempre più

---

<sup>9</sup> More uxorio: condizione di due persone che convivono in modo stabile non essendo sposate.

caratterizzato da molteplici forme di disuguaglianza (*ibidem*), tendono a far diventare poco efficaci le politiche volte al sostegno economico di chi invecchia in Italia. Tali disparità rischiano di diventare sempre maggiori e avere preoccupanti conseguenze per gli anziani del prossimo futuro, per colpa della diffusione di contratti precari e carriere discontinue (Cappellato, Tedeschi, Mercuri, 2021).

## **2.3 Politiche per i non autosufficienti**

Come già affermato in precedenza, la non autosufficienza indica quella condizione di incapacità di provvedere a sé stessi, la mancanza di autonomia e indipendenza nel soggetto (Giarelli, 2009; Ranci, 2015). La non autosufficienza, però, non è sinonimo di invalidità né sovrapponibile totalmente alla disabilità. Le difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana e la conseguente necessità di sostegno per portarle a termine, rappresentano gli elementi chiave della definizione di non autosufficienza. In ogni caso, tale condizione di fragilità e vulnerabilità non necessariamente implica una totale perdita di autonomia e autodeterminazione dell'individuo (Cappellato, Tedeschi, Mercuri, 2021). Nel corso degli anni sono state individuate una serie di politiche che potessero coprire gli interventi sanitari e di assistenza socio-sanitaria dedicati alla categoria della non autosufficienza (Camera dei deputati, 2022).

### *2.3.1 Piani e Fondi per la non autosufficienza*

Grazie all'avvento della Legge 328/2000, considerata fondamentale per il Servizio Sociale nel nostro Paese, viene definito il Sistema Integrato di Interventi e Servizi. All'articolo 14, è stato sottolineato che nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali, una quota doveva essere riservata a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare (Colombini, 2020). All'articolo 15, invece, sono specificate dettagliatamente le modalità per il sostegno domiciliare delle persone non autosufficienti con particolare riferimento alla ripartizione dei

finanziamenti in base a determinati criteri definiti per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, tenendo in considerazione anche la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto agli indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito (*ibidem*). Nella prospettiva della norma, una quota di finanziamenti sarebbe stata dedicata a investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, volti a sostenere l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nel domicilio, con l'obiettivo appunto del potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata (*ibidem*).

Un'ulteriore azione volta a gettare le basi per un'adeguata politica socio-sanitaria nei confronti delle persone non autosufficienti fu rappresentata dal DPR 3.5.01 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003". In particolare, sono stati indicati come obiettivi di priorità sociale, la permanenza a domicilio o l'inserimento presso famiglie, persone o strutture di persone anziane con determinati problemi di non autosufficienza, promuovendo l'autonomia e limitando il più possibile il ricorso all'istituzionalizzazione. Un ulteriore obiettivo era quello di sostenere nuclei familiari nelle responsabilità di cura di anziani non autosufficienti (Ferrario, 2002).

In occasione della Legge Finanziaria per il 2007, vennero istituiti dei Fondi aggiuntivi nazionali, oltre al Fondo per le Politiche Sociali, da ripartire tra le Regioni. Uno dei principali fu il "Fondo per le non autosufficienze" (FNA) introdotto dal governo Prodi (Network Non Autosufficienza, 2010) con l'intento di fornire supporto e sostegno a persone con disabilità e ad anziani non autosufficienti e finalizzato a garantire su tutto il territorio nazionale l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza delle prestazioni assistenziali in favore degli anziani non autosufficienti (Bellentani, Bugliari Armenio, 2009) Dalla dotazione iniziale, pari a 100 milioni di euro per il 2007, il Fondo è via via cresciuto arrivando a 573 milioni di euro nel 2019 e a 568,9 milioni nel 2021 (Tuseo, 2020).

Nel corso degli anni, dopo la ripartizione del Fondo tra le regioni, si è riscontrata un'azione continua di affinamento e di definizione di ulteriori ambiti di intervento funzionali ed operativi, che hanno portato alla costruzione di un sistema specifico dedicato interamente alla non autosufficienza. (Colombini, 2020). Nel

2007 venne riconosciuto il Punto Unico di Accesso (PUA) come primo riferimento operativo per le richieste e la definizione di risposte; l'attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano di assistenza individualizzato; l'attivazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con il principale riferimento alla domiciliarità (*ibidem*). Nel 2010, invece, vengono definite le aree di intervento che sono riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni: l'attivazione o il rafforzamento di reti, interventi e servizi territoriali ed extraospedalieri che prestino assistenza individualizzata a chi non è autosufficiente, che favoriscano la permanenza domiciliare, l'adeguatezza degli interventi in ogni situazione e la programmazione sanitaria integrata con gli interventi sociali; l'attivazione o il rafforzamento del supporto all'anziano non autosufficiente e alla sua famiglia anche attraverso dell'incremento delle ore di assistenza. Inoltre, vengono introdotti i trasferimenti monetari utili all'acquisto di servizi di cura e assistenza (Colombini, 2020). Nel 2016, a distanza di circa dieci anni dall'istituzione del Fondo per le non autosufficienze, vengono indicate linee guida di intervento a cui Regioni ed Enti competenti nella gestione e programmazione dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali devono attenersi. In particolar modo, viene evidenziata l'azione di empowerment e di resilienza che ha sia la persona non autosufficiente che la sua famiglia, vengono promossi e rafforzati i servizi di domiciliarità, i trasferimenti monetari e i ricoveri sollievo (*ibidem*). Infine, nel 2019 è importante menzionare l'adozione del Piano Nazionale non autosufficienza e la ripartizione del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021. Tramite questo Piano, viene strutturato l'intero sistema di interventi e servizi dedicati alle persone non autosufficienti, in particolare vengono delineate il contesto e le modalità di integrazione socio-sanitaria, le modalità di individuazione dei beneficiari, la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, la programmazione delle risorse finanziarie e le modalità di monitoraggio degli interventi. Il Piano costituisce un valido impegno per inquadrare la non autosufficienza in politiche di sistema e costituisce lo strumento di programmazione nazionale delle risorse facenti parte del Fondo per le non autosufficienze (Colombini, 2020).

Nell'ambito delle policy è necessario, inoltre, menzionare le Leggi di bilancio. In particolare, la Legge di bilancio 2020 la quale ha istituito un fondo denominato “Fondo per la disabilità e la non autosufficienza” e la Legge di bilancio 2022, che fornisce una serie di misure e stanziamenti per le disabilità e le non autosufficienze. In primis, ai commi 159-171, troviamo la riorganizzazione degli Ambiti Sociali Territoriali (ATS) e dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS<sup>10</sup>), i quali sono organizzati a livello territoriale dagli ATS per determinate aree che sono: l'assistenza domiciliare e sociale integrata con i servizi sanitari rivolta ad anziani non autosufficienti o con ridotta autonomia, che richiedono supporto nello svolgimento di attività della vita quotidiana; le soluzioni abitative, soprattutto attraverso nuove forme di coabitazione tra anziani e tramite determinati adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni tecnologiche come, per esempio, il servizio di telesoccorso; i servizi sociali di sollievo e di supporto per i non autosufficienti e le loro famiglie (Ministro per le disabilità, 2022). Tramite questa Legge di bilancio, il Fondo per le non autosufficienze viene integrato per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, 200 milioni di euro per l'anno 2023, 250 milioni di euro per l'anno 2024 e 300 milioni a partire dall'anno 2025. Inoltre, il Fondo per la disabilità e non autosufficienza cambia denominazione e diventa “Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità” in quale verrà incrementato di 50 milioni di euro annui a partire dal 2022 fino al 2026 (*ibidem*).

### 2.3.2 Politiche di Long Term Care

“*Long term care*” (LTC) è un termine utilizzato per indicare una varietà di servizi utili a soddisfare le esigenze mediche e non mediche delle persone che non sono in grado di prendersi cura di sé stesse per lunghi periodi. Sono presenti tre fasi storiche, individuate da Da Roit (2017), che portano al disegno e all'implementazione della LTC.

---

<sup>10</sup> LEPS: insieme di interventi, servizi, attività e prestazioni integrate che sono assicurati su tutto il territorio nazionale per garantire prevenzione, qualità della vita, pari opportunità e non discriminazione.

La prima fase, individuata negli anni '60 e '70, è caratterizzata dalla presenza di due gruppi di Paesi che adottarono sistemi differenti. Il primo gruppo, comprendente i Paesi del Nord Europa, avviò i primi servizi per gli anziani, dove l'idea della de-istituzionalizzazione corrisponde alla costruzione di servizi domiciliari e territoriali (Brodin, 2005). Il secondo gruppo, Europa continentale e meridionale (quindi anche l'Italia), lasciò la responsabilità di cura interamente alle famiglie. In quei territori si assiste ad una falsa de-istituzionalizzazione in quanto invecchiare nel proprio contesto di vita è possibile ma senza alcun sostegno, ad esclusione delle famiglie (Deusdad *et al.* 2016).

La seconda fase, invece, si colloca tra gli anni Ottanta e Novanta. In quel periodo la de-istituzionalizzazione era divenuta prettamente uno strumento di contenimento della spesa pubblica, non rispondeva più alle preferenze delle persone anziane e all'esigenza di autodeterminazione (Da Roit, 2017). Si riteneva, infatti, che le cure domiciliari fossero meno costose, soprattutto visto che la domiciliarità si traduceva in una delega in toto alle famiglie. Inoltre, in Italia, i tassi di copertura dei servizi pubblici di assistenza residenziale e domiciliare, erano esigui e squilibrati nel territorio, e ciò va a segnalare come non ci fosse mai stata una vera e propria istituzionalizzazione (Arlotti, Parma, Ranci, 2020). In quegli anni, prende spazio l'idea di attribuire ai destinatari degli interventi delle risorse economiche da spendere nel mercato dei servizi, attraverso l'introduzione di *cash-for-care*<sup>11</sup>. La loro diffusione nel territorio italiano era molto differenziata sia tra regioni sia anche all'interno della stessa regione. L'erogazione degli assegni facenti parte del *cash-for-care* avveniva dopo aver compiuto una valutazione multidimensionale e dopo aver steso un PAI (Piano Assistenziale individualizzato) e il successivo monitoraggio (Lamura, Principi, 2010). Un'ulteriore forma di sostegno era il voucher sociosanitario, implementato solamente in alcune regioni, spendibile per prestazioni di assistenza svolte da *caregiver* professionali. L'obiettivo principale di questi voucher era principalmente quello di far emergere il lavoro nero degli assistenti famigliari, di qualificare il lavoro di cura e di connetterlo alla rete dei servizi sociali e sociosanitari. L'importo dei voucher variava notevolmente da

---

<sup>11</sup> *Cash-for-care*: assegni di cura e contributi economici a persone non autosufficienti o a loro familiari per sostenerle finanziariamente nelle attività di *care*.

regione a regione e le richieste furono nettamente minori rispetto a quelle per gli assegni nei quali non c'era il vincolo di assunzione di una persona (Cappellato, Tedeschi, Mercuri, 2021).

La terza fase, infine, a partire dai secondi anni 2000, è caratterizzata dall'assunzione di un ruolo centrale dell'autonomia e dell'attivazione personale e, inoltre, in quegli stessi anni, la comunità viene vista come principale fonte di sostegno. Infatti, anche il paradigma dell'invecchiamento attivo si fonda sulla partecipazione e l'attivazione delle persone anziane. Inoltre, si fa strada l'idea della comunità e della famiglia chiamate a farsi carico delle vulnerabilità delle persone (Newman, Tonkens, 2011). Tutto ciò si traduce in nuove soglie di accesso ai servizi, riformulate a partire dall'assistenza delle reti familiari, delle risorse personali e informali (Rostgaard, Szebehely, 2012).

#### 2.3.2.1 Strumenti di policy di LTC

Gli strumenti di policy riferiti alla *long term care* sono raggruppabili in due principali categorie: i servizi di cura che comprendono l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali, e le prestazioni monetarie.

L'obiettivo prioritario dell'assistenza continuativa è quello di permettere agli anziani di invecchiare nel proprio contesto di vita a fianco alle persone più care: la parola d'ordine, infatti, è *ageing in place*, invecchiare nel proprio contesto (Oecd, 1994). L'investimento sulla domiciliarità è stato accompagnato dalla consapevolezza che la permanenza nel proprio domicilio non può rappresentare un obiettivo per tutti gli anziani non autosufficienti, e che la qualità di tale permanenza dipende dal tipo di interventi realizzati (Mansell *et al.*, 2007). I servizi domiciliari comprendono una serie di interventi per combattere le forme patologiche in atto, affrontare il decadimento funzionale e migliorare la qualità della vita (Gori, Casanova, 2009). Tali prestazioni a domicilio assumono nella pratica molteplici modalità organizzative, ma a fini espositivi le possiamo distinguere in (Pesaresi, 2007, Gori, Casanova, 2009):



- Assistenza Domiciliare Programmata (Adp) la quale viene erogata dal Medico di Medicina Generale nel domicilio dell'assistito in questione, con l'autorizzazione della Asl di riferimento e secondo un programma dettagliato e ben definito;
- Assistenza Domiciliare Integrata (Adi) che comprende una serie di interventi di natura sanitaria e socioassistenziale, erogati secondo un piano assistenziale individualizzato in modo coordinato. In questo caso la competenza è delle Asl per quanto concerne le prestazioni sanitarie, mentre dei Comuni per le prestazioni di carattere sociale;
- Ospedalizzazione Domiciliare (Od) la quale consente di erogare nel domicilio della persona una serie di prestazioni molto complesse, tramite equipe di professionisti e tecnologie ospedaliere;
- Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad) che ha caratteristiche prettamente assistenziali ed è necessario per fornire alla persona in condizioni di non autosufficienza del sostegno nelle attività di vita quotidiana e nella cura della propria persona.

Le prestazioni maggiormente richieste sono l'Adi e il Sad: per quanto riguarda l'Adi, a differenza del Sad comunale, dal 2001 costituisce un livello essenziale di assistenza (Tidoli, 2017). Alla luce di ciò, dovrebbe essere garantito obbligatoriamente in tutto il Paese, ma finora non sono stati emanati nessun tipo di standard nazionali di riferimento sul grado di copertura e di intensità di cura (Noli, 2020). Al giorno d'oggi il servizio è sufficientemente definito nelle sue fasi ma, a livello regionale, sono presenti modelli attuativi differenti. L'elemento che accomuna tutte le Regioni è l'istituzione di un punto unico di accesso (Pua), al quale rivolgere la segnalazione in caso di necessità della prestazione di assistenza da parte del Medico di Medicina Generale o dei medici ospedalieri in fase pre-dimissoria. Il punto unico di accesso è considerato la porta principale del cittadino al servizio dell'Adi ed è proprio in quell'ambito che si programma, se necessario, la valutazione multidimensionale (Vmd) (*ibidem*). Tale valutazione compete alle Asl ed è affidata ad un'equipe pluriprofessionale, ossia comprendente di varie figure. Saltuariamente alla valutazione partecipa anche l'assistente sociale del Comune o dei servizi distrettuali. Durante la Vmd l'equipe elabora un Piano assistenziale

individuale nel quale vengono definiti finalità e obiettivi assistenziali e precisa, inoltre, il livello di intensità assistenziale da garantire. Successivamente provvederà a monitorare l'evoluzione del caso nel corso del tempo (Noli, 2020). Nonostante l'Adi negli anni abbia avuto un'espansione molto significativa del numero di assistiti, il bisogno di assistenza domiciliare stimato è nettamente superiore all'attuale offerta (Fosti, Notarnicola, 2019).

Il secondo servizio di assistenza domiciliare di titolarità del comune è il Sad, il quale nasce negli anni Settanta soprattutto al Nord, per iniziativa di varie Amministrazioni, con l'obiettivo di aiutare gli anziani che avevano lievi bisogni di compagnia e di aiuto domestico. Verso gli anni Novanta il servizio si espande in concomitanza con il graduale cambiamento dell'utenza, che da anziani bisognosi di lievi aiuti, si modica in un'utenza in condizioni compromesse e in stato di dipendenza. Ovviamente, l'organizzazione del servizio ha subito conseguentemente dei cambiamenti: i Comuni furono costretti a impegnare persone più qualificate e ad avvalersi di soggetti no profit per l'erogazione dell'assistenza (Tidoli, 2016). Alla luce di ciò, il Sad iniziò a rispondere sempre di più a bisogni legati alle funzioni vitali delle persone molto anziane quali l'alzata, l'igiene, la cura, la vestizione, la mobilizzazione, la sorveglianza nell'assunzione delle terapie e molti altri bisogni (Noli, 2020). In breve tempo gli interventi offerti appaiono insufficienti a garantire la permanenza al domicilio di anziani, di conseguenza le famiglie si organizzarono per trovare una nuova forma di *care* adatta ai loro congiunti. Fu così che iniziò il ricorso alle badanti che nel giro di pochi anni ebbe importanti ripercussioni nel sistema di welfare italiano (Tidoli, 2017). Al giorno d'oggi il Sad offre prestazioni socioassistenziali a utenti parzialmente o totalmente non autosufficienti. Tali interventi sono di supporto alla vita quotidiana, di cura e di igiene e, talvolta, di sostegno all'integrazione sociale. L'accesso al servizio e la valutazione del bisogno sono di competenza del Servizio Sociale, il quale chiede un piccolo contributo calcolato in base all'indicatore Isee per la partecipazione al costo del servizio (Noli, 2020).

Esistono situazioni in cui l'assistenza domiciliare non basta all'anziano non autosufficiente per svariati motivi: o perché l'impegno assistenziale è molto elevato; oppure perché l'erogazione delle prestazioni richiede una continua

sorveglianza da parte degli operatori; o, ancora, perché la famiglia e l'organizzazione dei servizi nel territorio non sono in grado di assicurare la giusta continuità assistenziale al domicilio. In taluni casi, si ricorre all'assistenza residenziale che consiste nel trasferimento dell'anziano in una struttura che eroga un determinato servizio (Pesaresi, Brizioli, 2009).

Con il passare degli anni anche le strutture adibite alla residenza degli anziani hanno subito importanti cambiamenti in senso positivo che hanno permesso di garantire sempre più un'attenta considerazione per la cura e l'assistenza alla persona non autosufficiente. Cinquant'anni fa erano presenti solamente le *residenze assistenziali* (RA) ossia quelle che più comunemente vengono chiamate case di riposo, strutture adibite ad ospitare gli anziani autosufficienti e non autosufficienti. Al giorno d'oggi tali strutture sono riservate solamente agli ospiti autosufficienti, i quali, all'interno di esse, beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati costantemente a prendere parte ad attività ricreative e culturali (Pesaresi, Brizioli, 2009). Negli anni Settanta, hanno iniziato a svilupparsi le *Residenze sociosanitarie* prevalentemente destinate ad anziani non autosufficienti, dotate di personale medico ed infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte da tali strutture sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e hanno lo scopo di ottenere il massimo recupero delle capacità psico motorie degli ospiti. Oggi, queste strutture sono conosciute come *Case* o *Residenze Protette* (RP) e garantiscono un'assistenza infermieristica agli anziani non autosufficienti precedentemente assistiti in altre strutture (*ibidem*).

Infine, negli anni Novanta, si sviluppano le *Residenze sanitarie assistenziali* (RSA) destinate ad anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. All'interno di queste strutture sono presenti due livelli assistenziali: un livello medio di assistenza sanitaria e un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera (Istat, 2004). L'obiettivo dell'introduzione delle RSA è quello di assistere gli anziani maggiormente bisognosi e di liberare gli ospedali da quei casi che necessitano assistenza continua in regime di degenza (Pesaresi, Brizioli, 2009).

Nel 2007 il Ministero della Salute ha prodotto un documento “*Prestazioni residenziali e semiresidenziali*” per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. All’interno di questo documento è stata data la definizione di prestazioni Residenziali e Semiresidenziali basata su codici di attività (Burgio *et al.*, 2010):

- R1: Prestazioni erogate in appositi nuclei (*Unità di Cure Residenziali Intensive*) a pazienti anziani non autosufficienti che richiedono trattamenti vitali come, per esempio, la ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parentale protratta. Questi pazienti sono per lo più in stato vegetativo o come prolungato, affetti da malattie degenerative e altre patologie gravi;
- R2: prestazioni erogate in nuclei specializzati (*Unità di Cure Residenziali Estensive*) a non autosufficienti con elevata necessità di assistenza sanitaria che comprendono cure mediche e infermieristiche quotidiane, somministrazione di terapie e lesioni da decubito;
- R2D: prestazioni erogate in appositi nuclei specializzati (*Nuclei Alzheimer*) a pazienti con demenza senile con disturbi di comportamento e dell’affettività che richiedono trattamenti riabilitativi, di orientamento e di tutela personale in un ambiente protetto;
- R3: prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento erogate a pazienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (*Unità di Cure Residenziali di Mantenimento*);
- SR: prestazioni Semiresidenziali caratterizzati da trattamenti di mantenimento per anziani in centri diurni;
- SRD: prestazioni Semiresidenziali Demenze erogati in centri diurni per anziani affetti da demenza.

Le prestazioni residenziali individuate con i codici R1, R2, R2D, R3 vengono erogate di norma all’interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza. Tali prestazioni si configurano non solamente come singolo atto assistenziale, ma come un insieme di prestazioni di tipo sanitario, alberghiero e tutelare erogate nell’arco delle

ventiquattro ore (Burgio et al., 2010). Solitamente la prestazione residenziale si caratterizza come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità o stabilizzazione delle condizioni cliniche. Questa prestazione residenziale è erogata in un ambito assistenziale, ma caratterizzato anche da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza vista la prolungata durata della degenza. L'utente, riconosciuto non autosufficiente, non assistito al domicilio e di varia provenienza (ospedale, altre strutture...) ha diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse strutture offerte. Tale accesso e il successivo monitoraggio, avvengono sulla base di determinati criteri oggettivi della Valutazione Multidimensionale (*ibidem*).

Oltre a prestazioni di tipo residenziale, sono presenti anche quelle *semiresidenziali* che, a differenza delle prime, includono servizi che operano in regime diurno, destinati a persone non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia (Gori, 2010). La struttura semiresidenziale più emblematica è il Centro Diurno. Tali strutture si affacciano alla rete dei servizi nei primi anni '80, sono strutture socioassistenziali, promosse o gestite dai Comuni, che accolgono anziani autonomi con iniziali limitazioni di autonomia. Le attività che si svolgono sono prettamente con finalità di socializzazione e animazione (Mazzucchelli, 2019). Con il trascorrere degli anni, il target di riferimento è diventato quello di anziani con maggiori limitazioni nell'autonomia e ciò ha permesso che i Centri Diurni si trasformassero in centri sociali come luogo di ritrovo e socializzazione per anziani. Attualmente il Centro Diurno è un servizio che offre sostegno alla vita domestica e alla relazione, fornendo attività di socializzazione ricreative e culturali (*ibidem*). Con il "Progetto obiettivo anziani" regionale 1995/97 i Centri Diurni hanno assunto la denominazione di Centri Diurni Integrati in quanto garantiscono interventi sociali, medici, infermieristici e riabilitativi. In questa nuova tipologia di CDI vengono erogate prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Lo sviluppo di questa tipologia di servizio ha avuto l'obiettivo di rallentare l'ingresso degli anziani nelle RSA, riducendo anche l'uso improprio delle stesse (*ibidem*). Sono state individuate delle criticità riguardanti questi servizi, in particolare rispetto all'eterogeneità degli anziani frequentati, al turn over delle presenze e all'aumento di anziani con demenza che presentano bisogni e risposte molto specifiche.

Per quanto riguarda, infine, l'ultima categoria, i trasferimenti monetari erogati per l'assistenza agli anziani non autosufficienti nell'ambito delle politiche di *long term care* sono rappresentati a livello nazionale dall'indennità di accompagnamento, mentre a livello locale, dagli assegni di cura, successivamente sostituiti dall'impegnativa di cura, erogati da enti locali e Asl.

Con la legge 11 febbraio 1980, n° 18, viene istituita l'indennità di accompagnamento, ossia un contributo monetario erogato dall'Inps a individui riconosciuti da una commissione sanitaria, definita dall'Asl, come portatori di invalidità totale, pari ossia al 100% e permanente, oppure con esigenza di assistenza continua, essendo comunque impossibilitati a deambulare o a svolgere qualsiasi tipo di attività della vita quotidiana, sia fondamentale che no, in modo autonomo (Gori, Gubert, 2020). Tale prestazione è stata istituita nel 1980 e estesa agli anziani non autosufficienti nel 1988 con lo scopo di sostenere chi ne usufruisce nell'affrontare le spese che riguardano le necessità assistenziali. È un trasferimento in somma fissa, ricevono tutti lo stesso importo e non esiste alcun vincolo al suo utilizzo. Conseguentemente, i destinatari, possono impiegarlo come meglio credono, senza essere soggetti né a limitazioni, né a controlli o verifiche (Lamura, Principi, 2010). A usufruire dell'indennità di accompagnamento sono principalmente i grandi anziani in condizioni estremamente compromesse. Persone, dunque, che dovrebbero richiedere interventi mirati e i cui caregiver hanno bisogno di affiancamento (Gori, Gubert, 2020). L'indennità di accompagnamento risulta la misura a sostegno di anziani non autosufficienti più significativa tra quelle presenti in Italia, sia per numero di beneficiari, ma anche per ammontare di risorse pubbliche impiegate (Da Roit, 2006). Per quanto riguarda le principali caratteristiche degli utenti che ne usufruiscono, la maggior parte dei fruitori sono donne ultraottantenni (Micheli, Rosina, 2008), mentre la durata media della prestazione si aggira intorno ai sette anni (Facchini, 2007). Da un po' di tempo ormai, moltissimi studi concordano nell'evidenziare numerosi punti di debolezza dell'indennità di accompagnamento (Ranci, 2008; Pasquinelli, Castegnaro, Cicoletti, 2016). Come già precedentemente affermato, l'indennità di accompagnamento deve essere fornita a utenti invalidi al 100% e che manifestino incapacità nella deambulazione o la necessità di assistenza continua. Tuttavia, lo Stato non mette a disposizione

delle Commissioni delle Asl determinati criteri e strumenti per valutare la presenza di questi due fattori. La loro assenza crea così un ampissimo spazio per la soggettività della Commissione e, tale soggettività, crea le condizioni per l'enorme variabilità di anziani fruitori di medesima prestazione. Un'ampia quota di variabilità, infatti, è dovuta a peggiori condizioni socioeconomiche, in quanto la maggioranza dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento ha un reddito da pensione piuttosto basso (Inps, 2016; Gori *et al.*, 2019). Questa prestazione sembra aver svolto nella recente fase storica una funzione integrativa rispetto alle carenze delle politiche di tutela del reddito delle famiglie, al posto di soddisfare i bisogni di quelle persone che effettivamente ne necessitano.

Un ulteriore contributo monetario lo si trova negli assegni di cura, i quali sono forniti da enti locali e Asl ad anziani non autosufficienti o alle loro famiglie, per sostenere finanziariamente il carico delle spese assistenziali derivanti dall'attività di cura (Lamura, Principi, 2010). Anche gli assegni di cura sono erogati senza vincoli di destinazione e, la loro diffusione, si è accentuata a partire dagli anni Novanta quando tale misura viene utilizzata come sostegno della domiciliarità, soprattutto al Nord. Nei primi anni Duemila viene registrata un'ulteriore accelerazione che porta con sé un nuovo ruolo di impiego e un differente profilo della misura (*ibidem*). L'assegno infatti è previsto in tutte le riforme regionali per i non autosufficienti. Se prima era dedicato ai famigliari, ora invece è indirizzato principalmente alle assistenti familiari private, al fine di favorirne la regolarizzazione della posizione. Tale prestazione può essere fornita come una semplice erogazione monetaria oppure in modo integrato con altri servizi dell'ente locale e degli operatori. Solitamente si preferisce la seconda strada, quindi ritenere che l'assegno debba essere fornito nell'ambito della rete dei servizi. Ciò, infatti, dovrebbe prevedere una presa in carico dell'anziano partendo da una valutazione delle sue condizioni e della rete di supporto sociale, procedendo alla stesura del PAI e continuando con la definizione degli obiettivi da raggiungere, nonché il monitoraggio della situazione nel tempo, intervenendo a sostegno di utente e famiglia quando è necessario. L'utilizzo dell'assegno, quindi, dovrebbe essere complementare e non alternativo alla fruizione dei servizi (*ibidem*). Dal 2013 l'Assegno di Cura è stato sostituito dall'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD)

ossia un contributo erogato per l'assistenza di persone non autosufficienti all'interno del proprio domicilio. Tale impegnativa serve per acquistare determinate prestazioni di supporto e assistenza alla persona durante la vita quotidiana, ad integrazione delle attività di assistenza domiciliare dell'ULSS (Regione del Veneto, 2015). Sono previste cinque tipologie di ICD, create in base alle varie necessità assistenziali di cui hanno bisogno le persone (*ibidem*):

- ICDb: impegnativa rivolta ad utenti con basso bisogno assistenziale il quale è verificato dai Servizi Sociali e dal Medico di Medicina Generale. Il contributo mensile è di 120 Euro.
- ICDm: impegnativa rivolta ad utenti con medio bisogno assistenziale, quindi con presenza da demenze accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo della scheda SVAMA. Tale bisogno è verificato dal Distretto Socio-Sanitario e il contributo mensile è di 400 Euro.
- ICDA: impegnativa rivolta ad utenti con alto bisogno assistenziale, con disabilità gravissima e in condizione di totale dipendenza vitale che necessitano di assistenza a domicilio continua nelle 24 ore. L'alto bisogno assistenziale è verificato dal Distretto Socio-Sanitario. Il contributo mensile, come per le due tipologie successive, varia in base al reddito o del progetto assistenziale.
- ICDp: impegnativa rivolta ad utenti con disabilità psichica ed intellettuale.
- ICDf: impegnativa rivolta ad utenti con grave disabilità fisico-motoria, ossia persone in età adulta con capacità di autodeterminazione ma grave disabilità fisico e motoria.
- ICDsla: istituita successivamente con il DGR 571/2017, è un'impegnativa rivolta ad utenti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (Regione del Veneto, 2017)

Infine, è necessario affermare che i beneficiari dell'assegno di cura passano automaticamente in beneficiari dell'impegnativa di cura.



## CAPITOLO III

### Autodeterminazione e diritti della persona anziana

#### 3.1 Autodeterminazione dell'anziano e Servizio Sociale

Il Codice Deontologico degli assistenti sociali, strumento di indirizzo e tutela fondamentale nella professione dell'assistente sociale, all'articolo 26 riconosce il diritto e il dovere professionale di dare centralità all'autodeterminazione dell'utente: *“L'assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l'autonomia e il diritto della persona ad assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri.”* In particolare, all'articolo 29 viene sottolineata l'assoluta importanza di riconoscere e considerare il punto di vista della persona: *“La natura fiduciaria della relazione con la persona impone all'assistente sociale di agire con la massima trasparenza. Il professionista informa la persona sui suoi diritti e doveri, sugli impegni reciproci, sui programmi e sugli strumenti dell'azione professionale, sulle risorse impiegate o necessarie e sulle conseguenze prevedibili degli interventi tenendo in opportuna considerazione le caratteristiche culturali e le capacità di comprensione e di discernimento dell'interlocutore. Resta fermo il generale obbligo di segretezza in tutti i casi previsti dalla legge.”*

All'articolo 2 della “Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine”, viene dichiarato che, nel caso in cui ci si trovi a dover dipendere dagli altri per l'aiuto e le cure nel periodo della vecchiaia, si ha comunque il diritto di compiere le proprie scelte di vita e di

poter rispettare il proprio libero arbitrio. La persona anziana, infatti, possiede il diritto di determinarsi in modo libero, indipendente, informato e consapevole in riferimento alle scelte e alle decisioni più importanti che la riguardano. Conseguentemente, i familiari e i caregiver che gli prestano assistenza hanno l'obbligo di fornirgli tutte le informazioni e le conoscenze necessarie in modo tale che l'anziano possa prendere le decisioni in autonomia nel miglior modo possibile. Il fatto che una persona sia considerata non autosufficiente, in quanto non più in grado di provvedere alle ADL e IADL, non significa necessariamente che non sia più in grado di prendere le decisioni in autonomia (Notari, 2021). È importante quindi permettere alle persone anziane di esprimere il loro volere, le loro opinioni e di rispettarne i desideri, in particolare nell'ambito dell'assistenza, della qualità di vita e anche delle cure mediche. Molto spesso autonomia e autodeterminazione vengono utilizzate erroneamente come sinonimi: l'autodeterminazione è strettamente legata all'idea che gli individui possano prendere le proprie decisioni senza essere influenzati da altre persone. L'autonomia, invece, è uno strumento dell'autodeterminazione individuale, in quanto ha la funzione di garantire all'individuo una possibilità di autodeterminarsi (Bolenius, *et al.*, 2019).

Come affermato precedentemente, uno dei compiti dell'assistente sociale è quello di garantire l'autodeterminazione dell'anziano. Tuttavia, ci sono alcuni casi in cui l'osservanza di tale principio risulta particolarmente critica e difficoltosa (Riva, 2019). Un primo esempio riguarda tutte quelle situazioni in cui la volontà espressa dall'anziano è diversa e contrastante rispetto a quella espressa dalla sua rete familiare o dal servizio sociale. In tali circostanze, per l'appunto, ci sono differenti versioni in gioco che costituiscono quello che Bertotti (2012) definisce "dilemma strutturale", in cui il ruolo dell'assistente sociale in qualità di mediatore nelle relazioni con l'anziano e con i familiari diventa ancora più determinante. Un secondo caso riguarda le situazioni in cui gli anziani vivono in condizioni precarie dal punto di vista igienico-sanitario e/o nel degrado ambientale. Anche in questi casi, l'intervento del servizio sociale non può limitare la libertà personale, ma deve garantire interventi di protezione e tutela affinché la persona anziana non adotti comportamenti che possano nuocere alla sua salute o a quella altrui. Se questo non fosse possibile e si ravvisasse un effettivo pericolo per la persona o per altri soggetti

coinvolti, allora il servizio sociale potrà muoversi entro la cornice giudiziaria (p.e. nomina amministratore di sostegno; valutazione rispetto alla richiesta di ASO o TSO). Infine, si possono verificare situazioni in cui l'anziano è vittima di raggiri, truffe, incuria o violenze. In tali situazioni, l'assistente sociale è chiamato anche a tutelare gli anziani attraverso interventi relazionali, individuando ed eliminando caso per caso le situazioni di rischio, attraverso scelte professionali volte a proteggere e a sostenere relazioni familiari positive (Riva, 2019). Le decisioni che derivano da queste tipologie di casi in cui viene riscontrato un contrasto tra il valore dell'autodeterminazione e quello della tutela del benessere e della sicurezza dell'utente anziano, sono cariche di dilemmi etici ossia situazioni complesse che mettono l'operatore davanti a opzioni alternative cariche di valori contrastanti tra loro (Segatto, Dal Ben, 2020).

La forte presenza di responsabilità conduce gli operatori a dedicare particolare attenzione alla definizione degli aspetti valoriali che fondano l'azione individuale e che vanno a delineare la definizione del termine "etica" (*ibidem*). Molti studiosi hanno cercato di capire con quali criteri una decisione poteva definirsi etica. In particolare, importante fu il lavoro di Biestek (1961) secondo cui l'agire di un operatore doveva basarsi su determinati principi fondati sulla libertà e sull'individualità del singolo: individualizzazione, importanza dell'espressione dei sentimenti, accettazione, autodeterminazione, atteggiamento non giudicante, controllo del coinvolgimento, riservatezza e rispetto per la persona. Una decisione, quindi, per essere definita etica, doveva seguire tali principi. Venne elaborata un'ulteriore concezione, ispirata all'etica della cura, secondo cui i valori da utilizzare come guida fossero la cooperazione, la comunicazione, la responsabilità e l'aver cura (Bertotti, 2016). La definizione di decisione presa eticamente, che si può trarre da queste concezioni, è appunto di una decisione che "data la vulnerabilità dell'individuo, è capace di considerare i suoi bisogni di cura e protezione, anche indipendentemente dalla correttezza dei principi adottati o delle stesse conseguenze" (Segatto, Dal Ben, 2020, pp. 60-61). Nonostante le varie trattazioni dell'etica e la presenza di strumenti professionali quali il Codice Deontologico, sussiste ancora l'impossibilità di attribuire un ordine gerarchico ai valori, problema che conduce alla presenza di dilemmi etici nel processo

decisionale. Bertotti (2016) nel tentativo di fornire indicazioni per superare tali dilemmi, sostiene l'importanza di adottare un processo decisionale eticamente corretto definito come “un processo in cui gli assistenti sociali si impegnano nell'esplorazione dei diversi valori esistenti nelle sfere personale, professionale, sociale e organizzativa, per rilevare se può esservi un dilemma etico connesso a principi tra loro contrastanti e definire quali fattori hanno la priorità nel “pesare” le diverse alternative” (McAuliffe, 2012, p. 41).

### **3.2 Diritto alla privacy**

Uno dei diritti che rispecchia al meglio l'applicazione del principio dell'autodeterminazione è il diritto alla privacy. Se, nell'invecchiamento, ci si trova a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altre persone, permane il diritto al rispetto e alla protezione della privacy di ogni persona. Ogni individuo è libero di scegliere cosa fare e come farlo in un certo momento e ogni decisione riguardo la sua privacy e la sua vita privata va rispettata. La privacy fa riferimento al “*diritto alla riservatezza delle informazioni personali e della propria vita privata*” (Rendina, 2019). La privacy riguarda il rispetto della libertà della persona in ogni ambito, è sinonimo di diritto alla riservatezza, il quale è sancito e tutelato dalla Costituzione all'articolo 12. La privacy, inoltre, è tutelata anche dall'articolo 3 della “Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine”. Quando un anziano viene ricoverato in una struttura residenziale, perde il suo ambiente di vita: tutti i suoi possedimenti che aveva nel domicilio si riducono ad un letto, ad un armadio e ad un comodino, e, molto spesso, alla condivisione della camera con un'altra persona (Comfortcura, 2022). La privacy è veramente molto importante in quanto ha un ruolo fondamentale nel mantenimento dell'autostima e del benessere della persona anziana. Inoltre, il bisogno di intimità non diminuisce con l'età e non esiste un'età in cui l'intimità non sia importante.

Anche la riservatezza è un fattore chiave per mantenere la fiducia tra gli anziani e i loro caregiver. Gli anziani, devono essere sicuri che le informazioni sul loro stato

di salute fornitegli dal personale medico siano mantenute riservate, a meno che non ci siano ragionevoli motivi per non farlo (Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine, 2003).

L'articolo 3 della "Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine", fornisce dei suggerimenti per riuscire ad integrare il rispetto per la privacy nella gestione dei servizi e nel contratto di assistenza. Le strutture di assistenza devono essere in grado di fornire opportunità e servizi in modo che le persone possano trascorrere del tempo da sole, parlare in privato con amici, parenti o altri destinatari e possano avere conversazioni telefoniche indisturbate. Questi aspetti dovrebbero essere presi in considerazione nel contratto di ingresso dell'ospite nel servizio. Alcuni oggetti personali, inoltre, dovrebbero essere concessi in struttura come piccoli mobili o quadri, anche se gli anziani condividono la stanza. Se sussiste appunto la condivisione della stanza, la privacy, il silenzio e la tranquillità dell'altro residente deve essere rispettato e le conversazioni, in particolare quelle di carattere sanitario, devono essere svolte in luoghi appartati. Chiunque fornisce assistenza, inclusi collaboratori e tirocinanti, devono essere informati e sapere quali sono i loro obblighi affinché venga rispettata la riservatezza dell'ospite. I caregiver, inoltre, devono sapere che una persona ha il diritto di rifiutare una visita.

Un ulteriore aspetto importante riguarda il senso di pudore: se un anziano non desidera essere assistito da una determinata persona per un valido motivo, è necessario assegnare un addetto alla cura alternativo. Se in una struttura vi è una condivisione di stanze o bagni, i caregiver devono garantire che la privacy della persona sia rispettata mentre riceve le cure personali come lavarsi.

Infine, un altro elemento molto importante ma spesso sottovalutato riguardante la privacy sono i rapporti personali. Tali rapporti devono essere a discrezione della persona, purché non ledano i diritti degli altri. Tutto il personale deve trattare gli ospiti con sensibilità e comprensione senza porre restrizioni alla possibilità di avere relazioni. I fornitori di servizi devono garantire la presenza di camere singole in modo tale che i residenti, indipendentemente dall'età o dal tipo

di infermità, possano avere uno spazio per stare da soli e coltivare una eventuale relazione con il proprio partner.

### *3.2.1 Affettività e sessualità negli anziani*

Come affermato precedentemente, rispettare la privacy degli anziani significa anche rispettare e tutelare le varie tipologie di rapporti che le persone decidono di avere, indipendentemente che si trovino a domicilio o in una struttura. Se si prendono in considerazione alcuni degli stereotipi più diffusi sull'invecchiamento, si tende a considerare l'anziano come un individuo asessuato, incapace di provare alcun desiderio. Purtroppo, ancora al giorno d'oggi, permane un'ampia fascia di comportamenti pregiudiziali attorno al concetto della sessualità della persona anziana (De Beni, Borella, 2015). L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute sessuale come *“uno stato di benessere fisico, mentale e sociale in riferimento alla sessualità”* (OMS, 2015). La sessualità, inoltre, non è definibile come una relazione che si fonda solamente sui muscoli e organi, ma anche sulla mente e sui desideri. Ciò significa che essa si manifesta anche attraverso una serie di piccole attenzioni poste da un individuo verso l'altro, capaci di cogliere i bisogni più nascosti delle persone, che vanno dal bisogno di affetto, al bisogno di attenzione oppure al bisogno di sentirsi importanti per qualcuno (Caretta, Petrini, Sandrin, 2002): *“gli anziani hanno bisogno di sentirsi accolti, toccati, nel loro corpo (vecchio), protetti e rassicurati per potersi riappropriare più facilmente delle situazioni nuove che progressivamente si presentano nella loro esistenza, modificando il rapporto con la realtà, con il corpo e con le persone, specialmente quelle vicine”* (Scortegagna, pp77-78, 1999).

La maggior parte delle relazioni tra anziani, vengono vissute senza fare progetti a lungo termine e senza cadere nella routine: per tali motivazioni una coppia di anziani si frequentano, condividono momenti ed esperienze insieme ma, molto spesso, ognuno vivrà nella propria casa con le proprie abitudini. Inoltre, gli anziani impegnati in una relazione nata in età avanzata affermano che la loro vita migliora e sono più invogliati a mantenersi attivi. Essere in una relazione significa

anche avere maggiore cura per sé stessi e avere un incremento dell'autostima in quel determinato periodo della vita in cui ci si può sentire inutili (Usai, 2022). Proprio per questo motivo sarebbe importante fornire una corretta cultura sessuale anche nella terza età; tuttavia, molto spesso si generano sentimenti di vergogna e senso di colpa, legati al fatto che è strano, non normale, provare sentimenti o desideri in età avanzata, soprattutto per coloro che vivono all'interno di strutture residenziali. La maggior parte delle volte, tali credenze non consentono alla persona di potersi informare o chiedere supporto a professionisti per poter rispondere a bisogni e desideri sessuali, alimentando così false credenze relative a quel determinato ambito (Tagliani, 2021). La sessualità avvicina all'intimità e costituisce la possibilità di una maggior vicinanza fisica ed emotivo-relazionale, indipendentemente dalla completezza del rapporto. Ogni persona ha bisogno di vicinanza, affetto e fisicità qualunque sia l'età di riferimento (*ibidem*).

In particolare, le persone che necessitano maggiormente di vicinanza e affetto sono coloro che sono state sradicate dal proprio ambiente di vita e sono state istituzionalizzate, lontano dai propri cari e dai propri oggetti. Proprio collegandosi al concetto della privacy, l'espressione sessuale all'interno delle case di riposo deve essere permessa. Tale espressione è associata a vari benefici per la salute e il benessere dell'ospite ed è riconosciuta come diritto umano. La necessità di affrontare il tema della sessualità all'interno delle residenze a lungo termine ha ricevuto più attenzione di recente: la maggior parte del personale di assistenza, infatti, non riceve nessun tipo di formazione o istruzione su come anticipare e rispondere a determinati comportamenti degli anziani nelle case di cura (Manduca-Barone *et al.*, 2021). Un articolo apparso sul "*Journal of Medical Ethics*" ha affrontato la questione della sessualità tra anziani ricoverati in casa di riposo partendo dal presupposto che lo sviluppare relazioni, l'intimità fisica e l'esprimere la propria sessualità, siano diritti umani inalienabili facenti parte integrante del processo di invecchiamento quindi non un tabù e, per tale motivo, chi si prende cura degli anziani deve rispettare le loro decisioni anche in questa particolare sfera (Tarzia, *et al.*, 2011; Fazzi, 2014). In conclusione, si può affermare che non vi è la necessità di proporre un'educazione sessuale agli anziani, quanto piuttosto ai medici, infermieri e al personale che lavora in casa di riposo in modo tale da offrire

loro la possibilità di cambiare visione sulla sessualità nella terza età, tutelando il bisogno di privacy e di relazione (*ibidem*).

### **3.3 Diritto a cure appropriate e di alta qualità**

Il principio dell'autodeterminazione viene applicato anche per quanto riguarda la volontà e il diritto della persona di avere cure appropriate e di alta qualità. Tale diritto trova la sua ragion d'essere all'interno dell'articolo 4 della "Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cura ed assistenza a lungo termine". Qualora ci si trovasse nelle condizioni di dover dipendere dalla cura e dall'aiuto di qualcuno, permane il diritto alle cure di alta qualità ed a trattamenti adatti ai bisogni e desideri personali. I concetti fondamentali di rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni persona, dovrebbero essere alla base di qualsiasi decisione che riguarda la progettazione dell'assistenza. È necessario ricordare che qualsiasi mancanza o perdita di funzione sia fisica che cognitiva, non modifica l'aspetto umano della persona assistita.

Per essere di qualità, un servizio deve garantire il benessere della persona, deve essere rispettoso, accessibile e deve fornire una continuità nell'assistenza. Fornire un'assistenza di qualità, inoltre, significa considerare l'anziano come un soggetto attivo, un collaboratore centrale, non un ricevente passivo. Molto spesso, all'interno delle case di riposo sussiste questo problema: gli anziani di oggi, essendo maggiormente ascoltati e considerati, risultano avere molte più esigenze di quelli del passato, di cui non se ne teneva conto, e, di conseguenza, hanno più bisogno di essere seguiti per stimolare il mantenimento delle abilità residue. Questa necessità, però, si scontra con la carenza di operatori all'interno di strutture, che non permette uno scambio a 360 gradi con ogni anziano, e, di conseguenza, si finisce per rendere le persone solamente dei riceventi passivi.

"La Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cura ed assistenza a lungo termine", all'articolo 4 vuole anche porre l'attenzione in particolare alle competenze degli operatori e alla tempestività. L'aiuto per i bisogni quotidiani (come alzarsi, mangiare, bere, andare in bagno e



andare a letto) deve essere fornito nei tempi richiesti dall'assistenza: le persone, invecchiando, avvertono un senso di urgenza maggiore nei loro bisogni di ogni giorno, pertanto necessitano di un aiuto tempestivo. L'assistenza professionale, inoltre, deve essere fornita da personale competente e qualificato che ha avuto una formazione regolare, fatta anche nel campo della comunicazione per accompagnare, ascoltare e comprendere cosa è importante per ogni anziano che seguono.

L'assistenza di qualità inoltre è continua: il programma di assistenza è seguito da persone che sono a conoscenza della situazione e che coinvolgono il paziente nello sviluppo del proprio programma. Molto spesso accade che per seguire le esigenze dell'anziano siano necessarie più persone o servizi che devono comunicare tra di loro in modo da fornire un'integrazione tra più competenze: si avrà infatti una presa in carico dell'anziano di tipo integrato, ossia un processo continuativo attraverso cui deve essere garantito l'insieme degli interventi. Questa tipologia di presa in carico nasce dalla complessità dei problemi e dei bisogni che gli utenti hanno; è necessario avere un'equipe di professionisti che lavorano e si coordinano tra di loro per poter garantire, all'anziano in questo caso, le migliori cure e il miglior supporto possibile (Frattura, 2019). L'importanza dell'unione di tali sinergie è evidenziata nell'articolo 38 del Codice Deontologico dell'assistente sociale il quale afferma che *“L'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato”*. Oltre al lavoro d'equipe, più formalmente definito lavoro *in rete*, è presente un'altra tipologia di integrazione professionale, definita lavoro *di rete*, caratterizzata dalla promozione di connessioni e sinergie tra risorse formali ed informali con l'obiettivo di realizzare un intervento di aiuto. In tale tipologia di lavoro, il professionista promuove l'attivazione di nuove reti e sostiene quelle già esistenti (Mirabella, 2015). L'assistente sociale in particolare deve impegnarsi nella creazione di collaborazioni con altri soggetti attivi nel sociale con lo scopo di creare *partnership* sociali, ossia collaborazioni paritarie tra organizzazioni del Terzo Settore o Enti pubblici. Il sistema integrato dei servizi, inoltre, è fortemente promosso dalla Legge Quadro 328/2000, in particolare

all'articolo 22 comma 1 “*Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte*”.

### 3.3.1 Modello “*Gentle Care*”

Un esempio applicato di cure appropriate specifico per una determinata categoria è il modello “*GentleCare*”: tale modello, introdotto da Moyra Jones, terapeuta canadese, è rivolto al paziente affetto da Alzheimer e ai suoi familiari ed è definibile anche come modello protesico, ossia volto a fornire a ciascun soggetto una “protesi di cura” per compensare la perdita delle funzioni (Lauri, 2011). Il punto di partenza di tale modello è il fatto che l'Alzheimer, essendo una patologia degenerativa e progressiva che porta inguaribilità e irreversibilità, può finire con il produrre disabilità psichica e fisica che con il tempo provocano un coinvolgimento in senso patologico anche del nucleo familiare (Tamanza, 2000). Lo scopo principale di questo modello è quindi quello di promuovere il benessere della persona e contenere lo stress di chi se ne occupa. La centralità del malato e la salvaguardia del suo benessere ne costituiscono, quindi, gli elementi fondanti (Jones, Bartorelli, 2005).

Il modello *GentleCare* si compone di un particolare iter che vede come prima fase metodologica la conoscenza della persona malata sia in senso clinico-funzionale, sia in senso biografico. In tal modo, tutti gli elementi patologici, personali e di contesto concorrono a ridurre il *gap* tra la conoscenza oggettiva dei problemi e l'esperienza soggettiva della malattia (Guaita, Jones, 2000). La seconda fase metodologica è rappresentata dalla valutazione dell'impatto che la malattia esercita sulla vita personale del singolo malato; tale valutazione è composta da un'analisi dei deficit indotti dalla malattia e dall'analisi delle strategie di compenso che la persona mette in atto autonomamente. Inoltre, secondo il modello *GentleCare*, la valutazione non è da considerarsi solamente come un'applicazione

di scale, piuttosto come una fase conoscitiva, la quale precede il momento operativo e che consente di considerare le scelte operate e i risultati ottenuti in modo critico. Per la valutazione dei deficit, vengono utilizzati gli strumenti propri della valutazione multidimensionale, mentre la valutazione relativa alle strategie di compensazione si fonda su elementi di carattere osservativo individuati dai caregiver, i quali in un secondo momento diventeranno indicazioni operative (Lauri, 2011). Il processo valutativo culmina nella definizione della fase della malattia nella quale il malato si colloca. In questa fase, gli operatori esprimono un giudizio prognostico e operano determinate scelte per la costruzione del progetto di cura che deve comportare obiettivi realistici ed evitare quelli frustranti. Infine, la terza fase metodologica rappresenta la costruzione del supporto, che si articola in tre diversi elementi inseparabili e in stretta relazione l'uno con l'altro: l'ambiente, le persone e le attività e i programmi (*ibidem*).

Per quanto concerne l'ambiente, il modello *GentleCare* affida un ruolo cruciale ad esso all'interno del piano di cura. La persona con la demenza è particolarmente sensibile alle modifiche ambientali sia in senso positivo che in senso negativo (Guaita, Jones, 2000). Il paradigma dell'ambiente protesico è individuato nella casa, in quanto rappresenta lo spazio di massima familiarità e il luogo dove vengono custodite le esperienze e le emozioni più significative e private per la vita di ciascuno. Nel processo di costruzione di tale ambiente è essenziale far riferimento ad alcuni criteri guida: la sicurezza, la familiarità, l'elasticità, il comfort e la chiarezza del messaggio d'uso dello spazio. Per quanto riguarda la sicurezza, se l'ambiente è sicuro si ha una maggior libertà di movimento e per il malato e una minor necessità di attenzione e sorveglianza da parte degli operatori (Iurlaro, 2013). Le soluzioni ambientali inoltre devono essere elastiche in quanto il malato cambia continuamente nel tempo e, quindi, devono essere in grado di seguire il percorso di gravità e il modificarsi dei sintomi, in modo tale che la persona possa sempre trovare un ambiente adatto alle sue esigenze (*ibidem*). L'ambiente deve essere anche confortevole in modo tale da promuovere il benessere, obiettivo principale del *GentleCare*: se l'ambiente appare familiare alla persona malata, è molto più probabile che essa risponda con comportamenti sociali corretti. L'uso di particolari tipologie di arredamento o di colori suggerisce al malato la funzione che ha quel

particolare ambiente. È necessario inoltre scegliere in maniera opportuna anche le decorazioni in quanto potrebbero essere fonte di allucinazioni (Lauri, 2011).

Chi soffre di demenza è circondato da persone e altri membri della famiglia: questo è il secondo elemento da considerare. Tutte queste persone formano un sistema di supporto vitale e che deve essere mantenuto per tutto il decorso della malattia (*ibidem*). Le persone, nel modello, sono identificate come l'elemento terapeutico fondamentale nella cura della demenza. Lo scopo dell'equipe è quello di creare un'alleanza terapeutica tra operatori e familiari, tenendoli coinvolti e informati. Un momento molto importante è la comprensione da parte dell'operatore delle dinamiche del caregiving e dell'identificazione degli stili di coping utilizzati dal caregiver, in modo tale da poter ridisegnare l'approccio utilizzato tra familiari e anziano, anche all'interno di un nucleo per dementi (Vitali, 2004).

Infine, troviamo le attività e i programmi che includono tutto ciò che la persona affetta da demenza fa o ha fatto durante il giorno. Le attività elaborate non sono di tipo ricreativo, ma sono tutte quelle attività che costituiscono la giornata del soggetto. Nel modello del *GentleCare*, l'obiettivo principale è quello di ricostruire una routine giornaliera personalizzata che deve far riferimento a eventi ed elementi noti a quella persona; in tal modo la persona sarà facilmente coinvolta nelle attività domestiche o socializzanti senza che il personale di cura debba sempre intervenire (Iurlaro, 2013). Nel *GentleCare*, quindi, i programmi sono costruiti in modo tale da essere più possibili aderenti allo stile di vita dell'anziano malato; prevedere attività che corrispondono alle reali competenze che ha la persona nelle diverse fasi della malattia; rispondere ai bisogni psicologici, per esempio, il bisogno di sicurezza, di appartenenza di stima di sé e di autorealizzazione (Lauri, 2011).

### **3.4 Diritto ad informazioni personalizzate e al consenso consigliato ed informato**

Il principio di autodeterminazione trova la sua applicazione anche in ambito medico-sanitario mediante la richiesta del consenso dell'anziano, ossia la sua concreta manifestazione di volontà a ricevere o rifiutare il trattamento proposto

(Vecchia, 2022). Tale diritto trova la sua ragion d'essere all'articolo 5 della “Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cura ed assistenza a lungo termine”, la quale afferma che nel caso in cui, durante la vecchiaia, ci si trovasse a dipendere dall'aiuto e dalla cura degli altri, rimane in vigore il diritto a chiedere e ricevere informazioni personalizzate e consigli su opinioni, aiuti e trattamenti in modo da poter prendere decisioni il più informate possibile (Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine, 2003). Il concetto di consenso libero ed informato venne elaborato per la prima volta durante il processo ai dottori nazisti per gli esperimenti condotti all'interno dei campi di concentramento. Vennero delineati gli elementi che distinguono la sperimentazione lecita sugli esseri umani e la tortura, che prendono il nome di Codice di Norimberga (Vecchia, 2022). Il primo principio presente nel codice afferma a centralità della persona sottoposta al trattamento sottolineando l'importanza del consenso volontario. Da quel momento, il concetto di consenso è andato via via sviluppandosi fino ad arrivare al giorno d'oggi, dove viene definito un processo che per considerarsi valido, deve avere dei requisiti fondamentali (Saetta, 2018), ovvero deve essere:

- Inequivocabile: non è necessario che il consenso sia esplicito, può essere anche implicito ma non tacito, purché sia chiaro a tutti che con un determinato comportamento il soggetto sta esprimendo il proprio consenso. Tale comportamento, quindi, deve prevedere una chiara azione positiva come per esempio spuntare una casella.
- Libero: il soggetto deve essere in grado di operare una scelta definitiva, senza subire intimidazioni o raggiri da parte di terzi, e non deve subire conseguenze negative a seguito del mancato conferimento del consenso.
- Specifico: il consenso deve essere relativo alla finalità per la quale è eseguito il trattamento. Nel caso in cui il trattamento avesse più finalità, il consenso dovrà essere presentato per ciascuna di esse.
- Informato: è necessario che l'interessato sia posto nelle condizioni di conoscere quali tipologie di dati sono trattati, con che modalità e con quali finalità. Deve essere rispettato il principio di trasparenza. Inoltre,

il soggetto deve essere informato anche sulle conseguenze del suo consenso.

- Verificabile: non significa che il consenso debba essere documentato per iscritto, significa che deve sussistere la capacità di dimostrare il consenso ad un determinato trattamento.
- Soggetto capace di prendere decisioni: il paziente deve essere in grado di comprendere le informazioni essenziali riguardanti il trattamento ed esprimere la propria scelta (Vecchia, 2022).

La Carta dei diritti degli anziani sottolinea la necessità per le persone di avere a che fare con informazioni chiare e comprensibili sui più svariati aspetti della vita, sulla base delle quali poter prendere le proprie decisioni. Fornire tali informazioni non è un processo semplice, richiede determinate capacità da parte degli operatori e, talvolta, le informazioni devono essere ripetute più volte. Gli anziani devono essere coinvolti nei processi riguardanti le decisioni sulla loro assistenza, in base ovviamente alle loro capacità cognitive.

Ci sono delle situazioni in cui, però, per tutelare una persona fragile non è necessario il consenso della stessa. Le eccezioni all'obbligo del consenso informato sono le situazioni in cui il paziente stesso non desidera espressamente essere informato; un'emergenza o quando le condizioni della persona sono talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un intervento immediato. In questi casi si parla di "consenso presunto". Un'altra eccezione è il caso in cui il paziente si sottoponga quotidianamente a cure di routine come prelievi ematici; in questo caso si parla di "consenso implicito". Infine, l'ultima eccezione fa riferimento a quando una persona è ritenuta pericolosa per sé stessa o per gli altri; in tale situazione può essere necessario agire tramite un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) (Piegari, 2020): con tale termine si fa riferimento ad una serie di interventi sanitari applicati in caso di motivata necessità ed urgenza e qualora ci sia il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza. Un esempio lampante si può fare per le malattie infettive, dove il rifiuto al trattamento potrebbe trasformarsi in minaccia alla salute pubblica. Il TSO come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, deve svolgersi completamente nel rispetto della dignità della

persona e può essere trasformato in qualsiasi momento in ricovero volontario del paziente. In ogni caso il TSO deve essere considerato come ultima possibilità, attivabile solamente dopo che tutti i tentativi di ottenere un consenso da parte del paziente sono falliti (Mori, 2018).

Soffermandosi sull'aspetto legislativo, sulla base dell'articolo 32 della Costituzione, il quale sancisce che "*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*", e, in sintonia con il principio della inviolabilità della libertà personale, tutelata dall'articolo 13 della Costituzione, il consenso informato, inteso come l'espressione consapevole dell'adesione al trattamento, si configura quale vero e proprio diritto della persona e, oltre a trovare fondamento negli articoli 32 e 13, è sancito anche dall'articolo 2 che tutela e promuove i diritti inviolabili delle persone (Armando, 2018).

A livello europeo, di fondamentale importanza è la Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano che dedica al consenso il secondo capitolo, in particolare agli articoli 5,6,7,8 e 9 e stabilisce, come regola generale, che: "*Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso*". Un ulteriore riferimento normativo molto importante è la "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea" proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, in particolare all'articolo 3 viene affermato che: "*ogni individuo ha il diritto alla propria integrità fisica e psichica*" e che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato "*il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge*" (Armando, 2018). È possibile affermare, quindi, che il consenso informato è universalmente riconosciuto come parte integrante dei diritti inviolabili della persona (Vecchia, 2022).

Un concetto fondamentale che sta alla base del consenso informato è la relazione di cura. La consapevolezza della centralità della relazione in ogni rapporto

umano e del potere che essa ha nel generare la qualità della nostra vita, pone l'operatore sociosanitario di fronte ad una serie di responsabilità che possono essere professionali, sociali ed etiche, nel momento in cui instaura, in questo caso, un legame con un anziano non autosufficiente. Di fronte alla non autosufficienza in particolare, la relazione tra operatore e anziano si presenta complessa in quanto richiede pazienza, ascolto, empatia, osservazione, responsabilità e motivazione (Riva, 2019).

Il rapporto medico-paziente è una relazione che si instaura tra un professionista sanitario e un paziente malato ed è caratterizzata da una serie di diritti e doveri morali e giuridici. Generalmente tale relazione si sviluppa in un contesto sanitario e in certi casi in un contesto domiciliare. Questo rapporto è caratterizzato fin dal giuramento di Ippocrate<sup>12</sup> da un'etica medica paternalistica, ossia da una concezione che prescrive di agire o di omettere di agire nei confronti di una persona senza chiedere il suo consenso, in quanto si riteneva che il medico, colui che esercitava la condotta paternalistica, avesse le competenze tecniche necessarie per decidere in favore e per conto del paziente (Spinsanti, 2010). Tale relazione, quindi, è fortemente asimmetrica poiché il paziente viene considerato privo della conoscenza tecnica e incapace di decidere moralmente. Nel corso degli anni, però, ci sono state moltissimi cambiamenti nel modo in cui viene esplicata la pratica medica. Tra le trasformazioni più significative è necessario sottolineare la rivendicazione di sempre più spazi di autonomia da parte di cittadini che ha permesso di creare un contesto favorevole per l'approvazione della "Carta dei diritti del paziente", la quale reclama il diritto del paziente di essere informato e ad essere partecipe delle decisioni terapeutiche che lo riguardano. Questo è stato un passo decisivo che comporta il riconoscimento della volontà del paziente e il rispetto della sua autonomia decisionale (Consulta di Bioetica, 2020). Alla luce di ciò, il paternalismo medico, che andava a ledere il diritto individuale all'autodeterminazione, è stato sostituito dal modello etico contrattuale, ossia un modello relazionale che pone al centro il principio del rispetto dell'autonomia del paziente. Grazie all'introduzione di tale modello, la relazione medico-paziente è

---

<sup>12</sup> Giuramento di Ippocrate: giuramento che viene prestato dai medici prima di esercitare la professione.



diventata di tipo simmetrico dove i contraenti, aventi il medesimo potere di negoziazione, autonomi e uguali, sottoscrivono liberamente un patto. Ne segue l'introduzione della pratica del consenso informato e, da tale prospettiva, diventano rilevanti il dovere del medico di informare il paziente e di ottenere il suo consenso, e il diritto del paziente di decidere a quale trattamento sottoporsi o non sottoporsi (*ibidem*).

### **3.5 Figure a tutela dei diritti degli anziani**

Ognuno di noi al momento della nascita acquisisce la capacità giuridica, ossia l'idoneità ad essere titolare di diritti e obblighi. Diversa è invece la capacità di agire ovvero l'idoneità ad esercitare diritti e obblighi di cui si è titolare. Quest'ultima capacità, secondo l'articolo 2 del Codice civile, si acquisisce con la maggiore età ma può subire delle limitazioni se non sorretta da un'adeguata capacità di intendere e di volere o da un'idoneità psico-fisica che consenta il compimento in completa autonomia degli atti di vita. In taluni casi è previsto il ricorso a determinate misure di protezione giuridica con lo scopo di tutelare l'interesse della persona (Goldin, 2021). Nel caso degli anziani, in particolare quelli affetti da demenza, con il progredire della patologia si assiste ad una graduale perdita della capacità di intendere e di volere e, in tal caso, è necessario ricorrere a sistemi di tutela (*ibidem*). Nel nostro ordinamento giuridico al giorno d'oggi sono presenti tre differenti strumenti di protezione per i soggetti deboli: l'interdizione, l'inabilitazione e l'amministrazione di sostegno. A tali strumenti corrispondono tre diverse figure di soggetti tutelanti: il tutore nel caso dell'interdizione, il curatore nel caso dell'inabilitazione e l'amministratore di sostegno nel caso dell'amministrazione di sostegno (Vitolo, 2004).

Il primo soggetto tutelante è il tutore, ossia una figura che sostituisce la persona interdetta nel momento del compimento di tutti gli atti civili, ma non può rappresentarla nel compimento degli atti personalissimi quali per esempio fare testamento, sposarsi o riconoscere il figlio naturale. Tale figura, nominata dal Giudice Tutelare assume le proprie funzioni prestando giuramento e, nei dieci

giorni successivi a quello in cui ha avuto legalmente la nomina, deve procedere con la predisposizione dell'inventario dei beni della persona interdetta. Il tutore, dopo il momento del giuramento, può rappresentare l'interdetto nel compimento degli atti civili e può operare per il compimento degli atti di ordinaria amministrazione<sup>13</sup> senza dover richiedere ogni volta l'autorizzazione al Giudice (*ibidem*). Ai sensi dell'articolo 374 del Codice civile il tutore, senza l'autorizzazione del giudice tutelare, non può: riscuotere capitali, assumere obbligazioni, accettare donazioni, fare contratti di locazione d'immobili, *promuovere giudizi, salvo che si tratti di denunce di nuova opera o di danno temuto (1171 s.), di azioni possessorie o di sfratto e di azioni per riscuotere frutti o per ottenere provvedimenti conservativi*. Inoltre, ai sensi dell'articolo 375 del Codice civile, il tutore senza l'autorizzazione del Tribunale e senza aver sentito il parere del giudice tutelare, non può alienare i beni, costruire pegni o ipoteche, fare compromessi e transazioni. Ogni anno il tutore deve presentare al giudice il rendiconto relativo all'amministrazione del patrimonio del tutelato (*ibidem*).

La seconda figura tutelante è quella del curatore, soggetto che sostituisce la persona inabilitata, a differenza del tutore, negli atti di straordinaria amministrazione<sup>14</sup>. La persona inabilitata mantiene in ogni caso la capacità di compiere gli atti che non eccedono l'ordinaria amministrazione. Il curatore, a differenza del tutore, non ha né l'obbligo di provvedere alla redazione di un inventario iniziale dei beni della persona inabilitata, né tantomeno l'obbligo di presentare il rendiconto annuale della propria gestione al giudice tutelare (Vitolo, 2004). Dunque, il curatore non è il rappresentante legale del beneficiario e non si sostituisce a quest'ultimo, ha solamente il compito di firmare gli atti di straordinaria amministrazione insieme all'inabilitato (Goldin, 2021).

Infine, il terzo e ultimo soggetto tutelante è l'amministratore di sostegno (Ads) il quale, differentemente da tutore e curatore, è tenuto al rispetto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario nello svolgimento dei suoi compiti (Art. 410

---

<sup>13</sup> Gli atti di ordinaria amministrazione sono, per esempio, acquistare un mobile, chiamare un idraulico, pagare le bollette o le spese condominiali.

<sup>14</sup> Gli atti di straordinaria amministrazione sono per esempio l'accettazione di eredità, il mutuo, l'alienazione o la riscossione di una somma capitale e del suo rimpiego.

C.c.). L'istituto dell'amministrazione di sostegno è entrato per la prima volta nell'ordinamento italiano con la legge n. 6 del 9 gennaio 2004 e lo scopo era ed è quello di affiancare il soggetto la cui capacità di agire risulti limitata o del tutto compromessa. L'Ads deve tempestivamente informare il beneficiario circa gli atti da compiere e il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario stesso. L'amministratore di sostegno non è tenuto alla redazione dell'inventario dei beni all'inizio del suo incarico in quanto ogni amministrazione di sostegno costituisce un progetto personalizzato con caratteristiche specifiche strettamente legate alle capacità della persona beneficiaria (Vitolo, 2004). Quindi è possibile affermare che ogni amministrazione di sostegno è differente da un'altra. Ai sensi dell'articolo 405 del Codice civile l'Ads deve, periodicamente, riferire al giudice tutelare "*circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario*". Il fine ultimo dell'operato dell'amministratore di sostegno è quello di dare la possibilità al beneficiario di esprimere e sviluppare la propria identità, cercando di rimuovere gli ostacoli che non gli permettono di raggiungere i propri obiettivi (*ibidem*). Secondo l'articolo 406 C. c, la richiesta di nomina dell'amministratore di sostegno può essere presentata dal giudice tutelare, dal beneficiario stesso, dal coniuge o convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal pubblico ministero. Per quanto riguarda la scelta dell'amministratore di sostegno, il giudice deve tenere in considerazione gli interessi del beneficiario e la persona eventualmente designata da quest'ultimo. Se si presentano gravi motivi per cui la persona scelta dal beneficiario non può essere nominata, nella scelta si dovranno preferire il coniuge o i parenti entro il quarto grado (Goldin, 2021).

Il tutore, il curatore e l'amministratore di sostegno sono tre tipologie di soggetti tutelanti alternativi l'un l'altro, pertanto i provvedimenti di interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno non possono coesistere. Queste tre figure di protezione giuridica non sono retribuite, si tratta di incarichi gratuiti ed è a discrezione del giudice tutelare prevedere il riconoscimento di un equo indennizzo a favore di tali soggetti. L'incarico preso dall'amministratore di sostegno, dal tutore e dal curatore ha carattere personalissimo, cioè deve venir svolto esclusivamente dalla persona senza possibilità di delega ad altri soggetti. In mancanza di adempimento dei propri doveri, l'amministratore di sostegno, il tutore e il curatore

possono essere revocati dal giudice che provvede alla nomina del sostituto, indispensabile per evitare un vuoto di tutela (Vitolo, 2004).

La figura del curatore sarà sempre più assorbita da quella dell'amministratore di sostegno, il quale viene considerato come strumento di tutela principe, a cui ricorrere in via primaria. Tale figura sembra essere stata disegnata dal legislatore come "tutore con il cuore", che affianca e aiuta calibrando il proprio intervento sulla base delle esigenze della persona che va a rappresentare; inoltre sostiene in modo attento ma allo stesso tempo rispettoso dell'identità della persona stessa (*ibidem*).

## Conclusioni

L'allungamento dell'aspettativa di vita implica come effetto un importante invecchiamento della popolazione su scala globale e apre nuovi scenari di ricerca e di terapia sulle malattie legate alla vecchiaia, aumentando notevolmente i costi a sociali e sanitari delle politiche pubbliche. Uno dei Paesi protagonisti dell'aumento dell'aspettativa di vita è proprio l'Italia, con una media di 82,4 anni per le donne e 80,1 anni per gli uomini (Istat, 2022), che coincide con il periodo di senescenza conclamata. Dalle previsioni Istat, emerge inoltre come la speranza di vita possa arrivare fino a 90 anni nel 2030. Essendo quindi l'Italia un Paese "vecchio", è necessario tutelare, aiutare e supportare la fascia di popolazione che fornisce tale epiteto al nostro Paese.

La popolazione anziana viene categorizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla base di alcune fasce d'età e su diverse modalità di invecchiamento fisico: si fa riferimento all'età di mezzo o presenile (45-65 anni); alla senescenza graduale (65-75 anni) caratterizzata dalla prima comparsa dei segni tipici dell'invecchiamento; ed infine alla senescenza conclamata (dai 75) caratterizzata dalla cronicizzazione delle malattie e dalla maggior richiesta di interventi assistenziali e riabilitativi. Molto spesso in questa fase le persone hanno un decadimento fisico tanto da non essere più autosufficienti. La categoria degli anziani non autosufficienti merita un ampio approfondimento in quanto, visto l'aumentare dell'aspettativa di vita, gli individui facenti parte della categoria della senescenza conclamata con probabile avanzamento del bisogno di assistenza aumenteranno sempre di più. Questa dimensione è strettamente correlata al concetto di fragilità, che può riguardare sia la sfera fisica che quella sociale: se dal punto di vista fisico è evidente come la presenza di patologie e la riduzione dell'autonomia possa avere un peso nella vita della persona, spesso vengono sottovalutate le conseguenze della fragilità in termini sociali, quali isolamento, solitudine e anonimato alla rete dei servizi fino al momento di necessità conclamata. A ciò si aggiunge il senso di discriminazione nei confronti dell'anziano, il cosiddetto *ageism*, che li etichetta come persone poco utili in termini sociali e produttivi. Tale fenomeno è il più subdolo tra le tante tipologie di stereotipizzazione, in quanto non

intacca le differenze individuali e personali nella vita degli anziani, ma discrimina coloro che fortunatamente hanno attraversato la Terza Età, piuttosto che agire in modo protettivo nei loro confronti. Proprio per tali motivi, è necessario che venga posta maggior attenzione alla tematica degli anziani, in particolare alle politiche sociali che li riguardano, sia in termini di sostegno economico per le famiglie in difficoltà, che si trovano a carico un anziano bisognoso di assistenza continuativa; sia in termini di implementazione delle strutture di accoglienza, per le quali ci sono liste di attesa molto lunghe, con il rischio di gravare ulteriormente per molto tempo alla famiglia.

Alla domanda posta inizialmente sulle modalità di tutela e di prevenzione dello stato di fragilità sociale vissuto da moltissimi anziani, dalla disamina della letteratura ne è emerso che, un modello funzionale per attenuare la solitudine, l'isolamento e le discriminazioni, è l'*active aging*, il quale prevede una concezione di salute inclusiva in tarda età. Tramite questo concetto si intende promuovere uno stile di vita attivo come strumento di prevenzione, affiancato ad uno stile di vita sano caratterizzato da una corretta alimentazione e l'eliminazione di fumo e alcool, in modo tale da riuscire a raggiungere l'età dell'invecchiamento in modo migliore. Un'alimentazione corretta aumenta l'efficacia delle strategie preventive e, tramite l'assunzione di un determinato apporto di vitamine, si riduce anche il rischio di deterioramento cognitivo e l'insorgenza di demenze. L'eliminazione del fumo è necessaria per un invecchiamento sano: il fumo, sia quello attivo che quello passivo, è la principale causa di morte ed influenza lo stato di salute e la qualità della vita. È importante inoltre mantenersi attivi tramite l'esercizio fisico, in modo tale da aver più possibilità di svolgere le attività quotidiane durante il processo di invecchiamento. Infine, alla luce del continuo progresso della tecnologia, è necessario acquisire e padroneggiare tecnologie di base in modo tale da poter comunicare in tempo reale un bisogno e ridurre il divario generazionale. Sebbene possa risultare complesso, è molto importante l'uso della tecnologia per un anziano, in quanto permette di cimentarsi in cose nuove e ciò aumenta la flessibilità cognitiva, componente importantissima delle funzioni esecutive.

Per quanto riguarda la situazione italiana, nonostante si parli di invecchiamento attivo dagli inizi del 2000, l'impegno in ambito di policy su questo tema è limitato,

con pochi esempi a livello regionale: infatti da uno studio dell'INRCA è emerso che in sole quattro Regioni italiane è in vigore una legge regolatrice dell'invecchiamento attivo. In particolare, una di queste quattro Regioni è il Veneto con la legge 23/2017 denominata "Promozione e Valorizzazione dell'invecchiamento attivo", la quale permette di comprendere che la vecchiaia intesa come tempo libero, se valorizzata, promossa e difesa con uno stile di vita e servizi adeguati, può fornire molteplici possibilità di crescita e acquisizione di svariate competenze. Obiettivo delle azioni presenti nel Piano, è quello di dare centralità alla persona, affinché possa vivere pienamente anche di fronte ai cambiamenti provocati dall'invecchiamento: così facendo si contrasta la solitudine e l'isolamento sociale soprattutto in assenza di una rete di familiari e di amici. Il fine ultimo è quello di ampliare gli interventi regionali a favore della fascia di popolazione più fragile, anche tramite progetti di vicinato. In questo modo viene sottolineata l'importanza del welfare partecipativo, che ha lo scopo di valorizzare le reti sociali locali, partendo, per l'appunto, dal quartiere e dal vicinato.

Per attenuare le situazioni di fragilità economica, invece, è emersa la presenza di determinate misure in grado di fornire un supporto agli individui che non fanno più parte del mondo del lavoro, quali la pensione di vecchiaia, il cui requisito fondamentale è il versamento di contributi alle casse previdenziali durante tutta la vita lavorativa. La riforma pensionistica "Fornero" è stata molto utile per il consolidamento fiscale ma ha ricevuto moltissime critiche a causa dell'allontanamento della data di pensionamento: in particolare gli individui che per età avanzata o per comune accordo con il datore di lavoro erano già espulsi dal mondo del lavoro, si sono trovati alcuni anni senza redditi né da lavoro né da pensione, in attesa del raggiungimento dell'età definita pensionabile. Inoltre, l'inasprimento dei requisiti per l'accesso alle pensioni contribuisce al rallentamento del ricambio generazionale e all'affermazione del lavoro nero. La seconda misura è individuabile nell'assegno sociale, utilizzabile esclusivamente in ambito assistenziale ed erogato per coloro il cui reddito non raggiunge le soglie minime previste dalla legge; ed infine la pensione di reversibilità che equivale ad una parte di pensione totale spettante ad uno dei coniugi al sopraggiungere del decesso dell'altro. La moglie o il marito hanno diritto alla pensione di reversibilità per primi

anche se, tale pensione non viene assegnata interamente al coniuge, ma ripartita secondo alcuni criteri se presenti ex coniugi. Inoltre, il denaro viene distribuito anche in base al numero di figli. Proprio per tali motivi, la pensione di reversibilità difficilmente riesce a garantire una vita dignitosa per l'anziano in vita.

Inoltre, il sistema di policy italiano propone una serie di Piani e Fondi utili a coprire gli interventi sanitari e di assistenza socio-sanitaria dedicati agli anziani in condizioni di fragilità fisica. Tra le disposizioni emerse, è necessario mettere in evidenza la Legge 328/2000, pilastro del Servizio Sociale, grazie alla quale viene definito il Sistema Integrato di Interventi e Servizi. Al suo interno viene esplicitato come una quota del Fondo nazionale per le politiche sociali debba spettare alle persone anziane non autosufficienti per favorirne l'autonomia (Colombini, 2020), e vengono elencate dettagliatamente le modalità per il sostegno domiciliare delle persone non autosufficienti. Ulteriori azioni necessarie alla tutela degli anziani affetti da fragilità fisica sono l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza (2019) e la ripartizione del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021. Tramite tale Piano viene strutturato l'intero sistema di interventi e servizi dedicati alle persone non autosufficienti: in particolare viene delineato il contesto e le modalità di individuazione dei beneficiari, di integrazione socio-sanitaria, la descrizione degli interventi e dei servizi programmati e le modalità di monitoraggio degli interventi. Inoltre, costituisce lo strumento di programmazione nazionale delle risorse che appartengono al Fondo per le non autosufficienze. Infine, è necessario menzionare la Legge di Bilancio 2020 la quale ha istituito il "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza", e la Legge di Bilancio 2022 la quale fornisce una serie di misure e stanziamenti per le disabilità e le non autosufficienze quali la riorganizzazione degli Ambiti Sociali Territoriali e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali. Inoltre, tramite tale Legge di bilancio, viene incrementato il Fondo per le non autosufficienze e il Fondo per la disabilità e la non autosufficienza.

Sebbene l'aumento dell'aspettativa di vita sia considerato un successo al giorno d'oggi, soprattutto nel campo della medicina, comporterà una serie di nuove sfide, politiche e problematiche in futuro. Purtroppo, nell'epoca moderna, si verificano ancora situazioni in cui i diritti fondamentali degli anziani vengono



meno: ciò accade in particolar modo se la persona non è considerata completamente autosufficiente. È fondamentale, quindi, conoscere i loro diritti in modo tale da poterli tutelare e salvaguardare nel miglior modo possibile. Il primo diritto a cui fa riferimento l'elaborato è quello dell'autodeterminazione: tale concetto sta a significare un atto con cui l'uomo decide per sé stesso, si determina. Ciò implica la presenza di altri due concetti: l'autonomia della persona e la sua libertà intesa come possibilità di esprimersi, di agire, e di scegliere. Come sancito dall'articolo 26 del Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, strumento fondamentale della professione, il professionista deve impegnare tutta la sua competenza professionale per promuovere e tutelare la piena autodeterminazione. Il diritto di scegliere e di decidere per sé stessi sta a significare la rimozione completa di qualsiasi ostacolo che impedisca la piena realizzazione dell'essere umano, ma significa inoltre assumersi la piena responsabilità delle azioni eseguite. Sulla base dell'esperienza di tirocinio, da una profonda riflessione e dopo un'attenta disamina della "Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine", sono stati proposti nell'elaborato tre particolari diritti che rispecchiano al meglio il diritto della persona anziana di autodeterminarsi. In primis è necessario menzionare il diritto alla privacy, il quale fa riferimento alla riservatezza di informazioni personali e della propria vita privata. Tutelata dall'articolo 3, la privacy è estremamente importante nel mantenimento dell'autostima e del benessere della persona anziana. In ambito sanitario, in particolare, è importante garantire la tutela dei dati personali, ossia qualsiasi informazione relativa ad una determinata persona. Tali dati fanno riferimento alle condizioni psico-fisiche, relative in particolare all'ambito della salute e della vita sessuale. Inoltre, se ci soffermiamo per esempio negli anziani residenti in struttura, molto spesso accade che debbano condividere la stanza con altre persone: è molto importante quindi, in tutti gli ambienti, rispettare la privacy cercando in tutti i modi di evitare una sensazione di pudore. Sempre in ambito sanitario, è necessario garantire anche la riservatezza durante i colloqui, ambito nel quale risiede un alto rischio di violare la privacy. In secondo luogo, un altro diritto molto importante è il diritto a cure appropriate e di alta qualità. Tale diritto trova la sua ragion d'essere all'articolo 4 e racchiude i concetti fondamentali del rispetto per la dignità, la qualità

della vita e il benessere della persona. Per fare in modo che tali principi vengano rispettati, un servizio deve essere di qualità riuscendo a garantire accessibilità, continuità nell'assistenza e senso di forte rispetto verso le altre persone. Inoltre, per riuscire a fornire cure appropriate e di alta qualità è indispensabile porre l'attenzione alle competenze degli operatori e alla tempestività degli interventi. Infine, l'ultimo diritto selezionato è il diritto ad informazioni personalizzate e al consenso consigliato ed informato. Tale diritto è tutelato dall'articolo 5 ed afferma come sia sempre necessario avere il consenso della persona, quindi una sua concreta manifestazione di volontà, a ricevere o rifiutare il trattamento proposto. Tuttavia, sono presenti dei casi in cui non è obbligatorio avere il consenso del soggetto: le eccezioni all'obbligo del consenso racchiudono le situazioni in cui il paziente non desidera essere informato, un'emergenza, cure di routine, oppure quando il soggetto è ritenuto pericoloso per sé stesso o per gli altri. Nell'ultimo caso può essere necessario agire tramite un Trattamento Sanitario Obbligatorio (Piegari, 2020). L'articolo 5, inoltre, sottolinea la necessità delle persone di aver a che fare con informazioni il più chiare e comprensibili possibile: fornire tali informazioni non è semplice e richiede determinate capacità da parte degli operatori. Molto spesso, soprattutto per quanto riguarda la categoria degli anziani ma non solo, accade che essi non capiscono i termini e le condizioni posti e accettino il trattamento per paura di chiedere ulteriori informazioni. È molto importante che il professionista utilizzi un lessico adeguato, in base alla tipologia d'utenza che ha d'innanzi, e soprattutto è fondamentale che si accerti che il soggetto abbia effettivamente compreso tutte le informazioni necessarie. Infine, è importante affermare che gli anziani devono essere partecipi e coinvolti nei processi riguardanti le decisioni sulla loro assistenza, a discrezione delle loro capacità cognitive. Gli individui sono parte attiva di qualsiasi tipo di progetto fatto per loro sia che esso riguardi l'ambito sociale sia che riguardi quello sanitario. Se essi non si rendono partecipi, c'è un'altissima probabilità che il processo non andrà a buon fine.

L'invecchiamento della popolazione inevitabilmente consegue un forte impatto sul settore economico, familiare, sociale e sanitario di cui questo elaborato ha cercato di metterne in risalto i punti salienti, oltre ad evidenziare la moltitudine di strumenti, azioni e diritti che hanno la finalità di tutelare la fascia di

popolazione anziana nel nostro Paese in stato di fragilità. Lascia, però, dei punti in sospeso, individuabili soprattutto nella carenza di policy a livello nazionale riguardanti l'invecchiamento attivo, e il fenomeno dell'invecchiamento della forza lavoro conseguenza di due principali fattori: la dimensione demografica e, come precedentemente affermato, la crisi dei sistemi di protezione sociale da cui è scaturito il bisogno di aumentare l'età pensionabile e il numero minimo degli anni di contribuzione.

## Bibliografia

- Agnello, E., & Amerio, M. L. (2011). La malnutrizione nell'anziano. *Società Italiana Di Medicina Generale*.
- Andrisani, A., & Lagravinese, G. (26 aprile 2021). *Invecchiamento attivo*. I.S.C. <https://istitutosantachiara.it/invecchiamento-attivo/>
- Anmic, R. (8 maggio 2022). *Novità importanti per le pensioni di reversibilità – Sentenza 88/2022*. ANMIC 24. <https://www.anmic24.com/novita-importanti-per-le-pensioni-di-reversibilita-sentenza-88-2022/>
- Antonini, F. M. (1991, April 20). *I bisogni di salute dell'anziano*. Atti del seminario della Fondazione Smith Kline. Venezia.
- Applewhite, A. (2017). *Il bello dell'età. Manifesto contro l'ageismo* (A. Talò, Trans.). Corbaccio.
- Ardito, C., Costa, G., & Leombruni, R. (2019). Differenze sociali nella salute ed equità del sistema pensionistico italiano. *La Rivista Delle Politiche Sociali*, 13–26.
- Arlotti, M., Parma, A., & Ranci, C. (2020). Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma. *Politiche Sociali*, 125–148.
- Armando, C. (17 aprile 2018). Consenso informato: profili evolutivi e rapporto medico-paziente. *Diritto.it*. <https://www.diritto.it/consenso-informato-profilo-evolutivo-rapporto-medico-paziente/>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611.
- Barbabella, F. & INRCA. (2020). Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia Rapporto sullo stato dell'arte. *Progetto "Coordinamento Nazionale Partecipato e Multilivello Delle Politiche Sull'invecchiamento Attivo."* Work Package 2 – Task 1
- Barbani, E. (2014). La Condizione di fragilità dell'anziano: determinanti e caratteristiche. In Malvi, C., & Cavazza, G. (a cura di), *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene* (pp. 21-66). Maggioli Editore.
- Bartoli, A. (1994). *Anziani*. Piemme.
- Bellentani, M.D., Bugliari Armenio, L. (2009). I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni. *Age.na.s*. <http://www.economiafamiliare.it/wp-content/uploads/2010/01/Dossier-Fondi-e-Politiche-per-la-Non-Autosufficienza-2009.pdf>
- Bertotti, T. (2012). *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci, Roma.
- Bertotti, T. (2016). *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, Carocci, Roma.
- Biestek, F. (1961). *The Casework Relationship*, Allen and Unwin, London.
- Bolenius, k., Lamas, K., Sandman, P., Lindkvist, M., Edvardsson, D. (2019). Perceptions of self-determination and quality of life among Swedish home care recipients - a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 19:142

- Bottari, C. (2014). *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*. Maggioli Editore.
- Boudiny, K. (2013). Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 1077-1098.
- Brodin, H. (2005) *Does Anybody Care? Public and Private Responsibilities in Swedish Eldercare 1940-2000*, Doctoral thesis at Umeå University.
- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing Frail Health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1), 1–18.
- Burgio, A. et al. (2010). *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*. Pubblicato per conto dell'Istat.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 243–246. Introduzione e traduzione di Capuano, R.G. (2017)
- Camera dei deputati. (29 giugno 2022). *Politiche per la non autosufficienza e la disabilità*.  
[https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1255802.pdf?\\_1658155199041](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1255802.pdf?_1658155199041)
- Cappellato, V., Gardella Tedeschi, B., & Mercuri, E. (2021). *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*. Il Mulino.
- Caretta, F., Petrini, M., & Sandrin, L. (2002). *Il valore di una presenza. Educarsi all'anzianità*. Ars Aequi Libri.
- Carrieri, F., Catanesi, R., & Greco, O. (1992). *La vecchiaia: aspetti criminologici e psichiatrico forensi*. Milano: Giuffrè.
- Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine. (2003).
- Colombini, L. (25 marzo 2020). *Le politiche statali per la non autosufficienza*.  
<https://welforum.it/le-politiche-statali-per-la-non-autosufficienza/>
- Comfortcura, C. (2022). La privacy nella RSA: il diritto alla riservatezza. *Comfortcura*. <https://comfortcura.it/articoli/la-privacy-nella-rsa-il-diritto-alla-riservatezza/>
- Consalvo, D. M. (9 giugno 2022). Mini Mental State Examination: somministrazione e correzione. *Neuropsicologia web di Marilena Consalvo*.  
<https://www.neuropsicologiaweb.it/index.php/neuropsicologia/test/4-mini-mental-state-examination>
- Consiglio Regionale n.103 del 5 ottobre 2021. “*Interventi di promozione e valorizzazione dell'Invecchiamento attivo. Piano triennale 2021-2023*”. Regione del Veneto, Area Sanità e Sociale, Direzione Servizi Sociali, U.O. Non Autosufficienza.  
[file:///C:/Users/Utente/Desktop/TESI/Dgr\\_1391\\_21\\_AllegatoA\\_459697.pdf](file:///C:/Users/Utente/Desktop/TESI/Dgr_1391_21_AllegatoA_459697.pdf)
- Consulta Di Bioetica. (4 febbraio 2020). *Rapporto medico-paziente*. Consulta di Bioetica.  
<https://www.consultadibioetica.org/rapporto-medico-paziente/>
- Cooperativa “Cultura Popolare”. (1984). *Anziani scomodi. Una proposta per l'assistenza domiciliare*. Giuffrè.
- Cuzzola, V., & Fiolo, G. (2004). *Le pensioni del futuro (la riforma per i dipendenti pubblici o privati)*. Halley.

- Da Roit B. (2006), La riforma dell'indennità di accompagnamento, in Gori, C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti* (pp297-324), Bologna, Il Mulino.
- Da Roit, B. (2017). Quarant'anni di politiche di long-term care in Italia e in Europa. *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 3, 593–607.
- De Beauvoir, S. (1988). *La terza età*. Einaudi.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Manuale di psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. il Mulino.
- Dessi, C., & Rusmini, G. (2015). I bisogni di cura. In Pasquinelli, S. (a cura di), *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia, Gli anziani non autosufficienti* (pp. 15-38). Maggioli.
- Deusdad, B. A., Pace, C., & Anttonen, A. (2016). Facing the Challenges in the Development of Long-Term Care for Older People in Europe in the Context of an Economic Crisis. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 144–150.
- Ehlers A., Naegele, G., Reichert M. (2011), *Volunteering by older people in the EU. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*.
- Eurostat. (luglio 2021). *Struttura e Invecchiamento della popolazione*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struttura\\_e\\_invecchiamento\\_della\\_popolazione#La\\_percentuale\\_di\\_anziani\\_.C3.A8\\_in\\_continuo\\_aumento](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struttura_e_invecchiamento_della_popolazione#La_percentuale_di_anziani_.C3.A8_in_continuo_aumento)
- Facchini C. (2007). Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento. *I luoghi della cura*, n. 1, pp. 7-12
- Fazzi, L. (2014). *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*. Maggioli.
- Ferrario, P. (2002). Dalla Legge 328/00 a oggi: Integrazione sociosanitaria e distribuzione della spesa fra Comuni e Asl. *Prospettive sociali e sanitarie* n.12 (pp. 12-17).
- Ferrera, M. (2019). *Le politiche sociali*. Bologna, Il Mulino.
- Fosti G., Notarnicola E. (2019). *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Rapporto Cergas, Milano, Egea
- Frattura, L. (2019). *Progettazione personalizzata e valutazione dei risultati raggiunti nelle strategie di presa in carico integrata: nuove cartografie*. <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2018/11/Frattura.pdf>
- Fried, L. P. (2001). Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, M146–M157.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255–M263.
- Giarelli, G., & Porcu, S. (2009). Oltre la non autosufficienza: dalla vulnerabilità alla fragilità della persona. In *Long-Term Care e non autosufficienza. Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative* (pp. 15–40). Milano, Franco Angeli.
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). In Search of an Integral Conceptual Definition of Frailty: Opinions of Experts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338–343.

- Goldin, G. (3 marzo 2021). Anziani e tutela: amministrazione di sostegno, inabilitazione e interdizione. *State of Mind*.  
<https://www.stateofmind.it/2021/03/anziani-sistemi-di-tutela/>
- Gori C. (2010). *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*. Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Gori C. Casanova G., (2009). La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti in Spagna. *Tendenze Nuove*, n. 1, pp. 57-81
- Gori C., Morciano M., Paccagnella O. & Rebba V. (2019). Assistenza alle persone non autosufficienti: il nodo ineludibile dell'Indennità di accompagnamento, in Arachi G. e Baldini M. (a cura di), *La finanza pubblica italiana* (pp. 255-270). Rapporto 2019, Bologna, Il Mulino.
- Gori, C., & Gubert E. (2020). L'indennità di accompagnamento. In NNA-Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 7° rapporto 2020/2021* (pp. 83-100). Santarcangelo di Romagna, Maggioli
- Guaita, A., Jones, M. (2000). Il progetto gentilecare. *Giornale di Gerontologia*, 48, p. 781-786
- Inas. (27 aprile 2022). Pensione di reversibilità: a chi spetta e come si calcola. *Patronato Inas Cisl*.  
<https://www.inas.it/pensione-reversibilita-spetta-si-calcola/#:%7E:text=Pensione%20di%20reversibilit%C3%A0%3A%20come%20si%20calcola&text=al%20figlio%20unico%20superstite%2C%20minore,spetta%20il%2015%25%20per%20ciascuno.>
- Inps. (2016). *XV Rapporto Annuale*, Roma, Inps
- Inps. (2 maggio 2022). *Dettaglio Prestazione: Assegno sociale*. INPS.  
<https://www.inps.it/prestazioni-servizi/assegno-sociale#:%7E:text=L'assegno%20sociale%20%C3%A8%20una,ha%20sostituito%20la%20pensione%20sociale>
- Istat. (2004). *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto-anno 2000*, Istat, Roma
- Istat. (2010). *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*. In Burgio, A., et al. (a cura di).
- Istat. (2021, February). *Condizioni di vita dei pensionati*.  
[https://www.istat.it/it/files//2021/02/Report\\_Condizioni\\_vita\\_pensionati\\_2\\_018\\_2019.pdf](https://www.istat.it/it/files//2021/02/Report_Condizioni_vita_pensionati_2_018_2019.pdf)
- Istat. (2021). *Noi Italia 2021 - home*. Istat.  
<https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=3&dove=ITALIA>
- Istat. (2022, April 8). *Indicatori Demografici. Demografia in assestamento*. Istat.  
[https://www.istat.it/it/files//2022/04/Report-Indicatori\\_Demografici\\_2021.pdf](https://www.istat.it/it/files//2022/04/Report-Indicatori_Demografici_2021.pdf)
- Istat. (2022). *Tavole di mortalità: Speranza di vita alla nascita con Italia copie*. Istat. Retrieved June 9, 2022, from  
<http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283#>
- Iurlaro, F. (2013). Gli ambienti, in Angelini, S. (a cura di), *Alzheimer. Curarlo e gestirlo in Rsa*, Maggioli Editore.
- Jessoula, M., & Raitano, M. (2020). Pensioni e disuguaglianze: una sfida complessa, l'equità necessaria. *Social Poli-Cies*, 57-76.

- Jones, M., & Bartorelli, L. (2005). *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Carocci.
- Kane, R. L., Grimley-Evans, J., & MacFadyen, D. (1990). *Improving the Health of Older People: A World View (Oxford Medical Publications)* (1st ed.). Pubblicato per conto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Katz, S. (1963). Studies of Illness in the Aged. *Journal of American Medical Association*, 185(12), 914–919.
- Kueper, J. K., Speechley, M., & Montero-Odasso, M. (2018). The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. A Narrative Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 63(2), 423–444.
- Lamura, G., & Principi, A. (2010). I trasferimenti monetari. In NNA-Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009* (pp. 69-82). Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Lamura, G., Principi, A., & Socci, M. (20 giugno 2017). Invecchiamento attivo: un percorso da costruire. *welforum.it*. <https://welforum.it/invecchiamento-attivo-un-percorso-costruire/>
- Lauri, D. S. (2011). Il modello gentlecare per il trattamento dell'Alzheimer. *Psicologo Milano - Davide Algeri*. <https://www.davidealgeri.com/demenza-di-alzheimer-il-modello-gentlecare/>
- Lekan-Rutledge, D. (2004). Urinary incontinence strategies for frail elderly women. *Urol Nurs*.
- Lombardo Radice, M. (1978). L'età biologica e la sua misura. *Enciclopedia Medica Italiana*. Firenze.
- Lonoce, S. (2019, January 25). Il confine tra invecchiamento sano e patologico. *ITINERA*. <https://www.itineraanziano.it/post/il-confine-tra-invecchiamento-sano-e-patologico>
- Lucantoni, D., & Principi, A. (13 maggio 2022). Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: sviluppi recenti e prospettive future. *I Luoghi della Cura*.
- Malvi, C., & Cavazza, G. (2014). *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*. Maggioli Editore.
- Manduca-Barone, A., Brassolotto, J., & Howard, L. (7 giugno 2021). Anziani hanno il diritto di esprimere la loro sessualità nelle case di riposo. *Associazione Alzheimer Riese*. <https://www.alzheimer-riese.it/contributi-dal-mondo/esperienze-e-opinioni/9905-anziani-hanno-il-diritto-di-esprimere-la-loro-sessualita-nelle-case-di-riposo>
- Mansell J. et al. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.
- Martineau, A., & Plard, M. (2018). Successful aging: analysis of the components of a gerontological paradigm. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 16(1), 67–77.
- Mazzucchelli, F. (2019). *Essere anziani oggi*. Franco Angeli Edizioni.
- McAuliffe, D. (2012). Ethical decision making, in Gray, M., Webb, S.A.,



- Ethics and Value Perspectives in Social Work*. Palgrave-Macmillan, New York.
- Micheli, G.A., Rosina A. (2008). Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia: bilancio demografico e linee di tendenza, in C. Ranci (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza* (pp. 38-81). Roma, Carocci.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). (luglio 2021). *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2021*. Rapporto n. 22. Roma.
- Ministro Per Le Disabilità. (3 gennaio 2022). *Legge di bilancio 2022: misure e stanziamenti per le disabilità*.  
<https://disabilita.governo.it/it/notizie/legge-di-bilancio-2022-misure-e-stanziamenti-per-le-disabilita/>
- Mirabella, M. (10 novembre 2015). *Il lavoro di rete nel servizio sociale*.  
<https://assistentesocialenelmondo.wordpress.com/2015/11/10/il-lavoro-di-rete-nel-servizio-sociale/>
- Mori, D. (24 agosto 2018). Trattamento sanitario obbligatorio, cos'è e quando si applica. *Nurse24.it*.  
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/tso-come-funziona-trattamento-sanitario-obbligatorio.html>
- Morley, J. E. (2011). Assessment of malnutrition in older persons: A focus on the mini nutritional assessment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(2), 87–90.
- Network Non Autosufficienza. (2010). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. 2° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Newman, J. e Tonkens, E. (2011). *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Noli, M. (2020). I servizi domiciliari. In NNA-Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 7° rapporto 2020/2021* (pp. 33-52). Santarcangelo di Romagna, Maggioli
- Notari, A. (3 settembre 2021). Carta dei diritti degli anziani: autodeterminazione, rispetto e sostegno delle istituzioni. *RedattoreSociale.It*.  
<https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/carta-dei-diritti-degli-anziani-autodeterminazione-rispetto-e-sostegno-delle-istituzioni#:~:text=Mario%20Draghi%20ha%20accolto%20cos%C3%AC,guidata%20da%20monsignor%20Vincenzo%20Paglia>
- O'Neill, D., & Mcgee, H. (2007). Oldest old are not just passive recipients of care. *The BMJ*.
- OECD. (1994). *Caring for frail elderly people*, Parigi, OECD
- Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS. (1978). *Cura della salute: Rapporto della conferenza internazionale sulle cure primarie della salute*. OMS, Ginevra.
- Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS-Regional Committee for Europe. (2012). *Strategy and action plan on healthy ageing in Europe, 2012-2020*. Malta.
- Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS. (2015). *Sexual Health, Human*

- Rights and the Law*; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- ONU. (2002). Economic and Social Council, Economic Commission for Europe (2002), *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002*, ECE/AC.23/2002/2/Rev.6, UNECE Ministerial Conference on Ageing, Berlin, 11-13 September
- Paladini, L. (1984). Solitudine compagna della terza età. *Civitas*.
- Pasquinelli S., Castegnaro C., Cicoletti D. (2016). Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza, in Ranci C., Ortigosa E., Mesini, D. (a cura di), *Costruiamo il welfare dei diritti*. Numero Monografico di *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Loneliness: a source book of current theory, research and of current theory research and therapy. New York: *Wiley-Interscience*.
- Perino, A. (2013). *I luoghi del servizio sociale* (Vol. 1). Aracne.
- Pesaresi F. (2007). Le cure domiciliari per anziani in Italia. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 17, pp. 1-6
- Pesaresi, F., & Brizioli, E. (2009). I servizi residenziali. In NNA-Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009* (pp. 53-68). Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Piegari, M. C. (30 novembre 2020). Il Consenso Informato. *Nurse24.it*. <https://www.nurse24.it/studenti/risorse-studenti/il-consenso-informato.html#:~:text=le%20situazioni%20nelle%20quali%20la,da%20richiedere%20un%20immediato%20intervento>.
- Principi, A., Carsughi, A., Gagliardi, C., Galassi, F., Piccinini, F. & Socci, M. (2016). Linee guida di valenza regionale in materia di Invecchiamento Attivo, *INRCA-Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani*, Ancona.
- Raitano, M. (2019). Storie lavorative e pensioni attese nel contributivo in Italia: la necessità di una «pensione contributiva di garanzia». *La Rivista Delle Politiche Sociali*, 27-44.
- Ranci C., Da Roit B., Pavolini E. (2008). Partire dall'esistente: le caratteristiche dell'indennità di accompagnamento e alcune proposte di riforma, in Ranci, C. (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza* (pp. 9-37). Roma, Carocci.
- Ranci, C. (2015). Le politiche di long-term care, in Ranci, C. e Pavolini, E. (a cura di), *Le politiche di welfare* (pp. 237-262). Bologna, Il Mulino.
- Regione Del Veneto. (31 marzo 2015). *Impegnativa di cura domiciliare - Regione del Veneto*. <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/impegnativa-di-cura-domiciliare#:~:text=Dal%202013%20con%20l'Assegno,personale%20delle%20persone%20con%20disabilit%C3%A0>.
- Regione del Veneto. (4 luglio 2017). *Impegnativa di cura domiciliare. Strumenti per l'implementazione*. <http://icd.regione.veneto.it/sla>
- Rendina, L. (30 ottobre 2019). Privacy vs protezione dati personali: attenti alla differenza, ne va della nostra identità. *Network digital* 360. <https://www.agendadigitale.eu/sicurezza/privacy/privacy-e-protezione-dati-personali-cosa-sono-quali-differenze-cosa-e-cambiato-col-gdpr/>
- Riva, V. (23 gennaio 2019). L'assistente sociale dell'ente locale e la valutazione dell'anziano fragile: tra opportunità e rischi. *I Luoghi della Cura*.

- Rivera, A. (2013). Si chiama ageismo, è la forma di razzismo contro i vecchi. *Il Manifesto*.
- Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2007). A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 738–743.
- Rostgaard, T. & Szebehely, M. (2012). Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*, 9, n. 2, pp. 101-109.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*, New York, Pantheon.
- Sacher, G. A. (1982). Evolutionary Theory in Gerontology. *Perspectives in Biology and Medicine*, 25(3), 339–353.
- Saetta, B. (27 aprile 2018). Consenso al trattamento. *Protezione dati personali*.  
<https://protezionedatipersonali.it/consenso>
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hooft, T., & de Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19–24.
- Scortegagna, R. (1999). *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna, pp. 77-78
- Segatto, B., & Dal Ben, A., (2020). *Decisioni difficili*. Franco Angeli Open Access.
- Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Leisure Activities and Quality of Life among the Oldest Old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528–547.
- Sontag, S. (1972). The double standard of aging. *Saturday Review*, 28–38.
- Spinsanti, S. (2010). *Cambiamenti nella relazione tra medico e paziente*. Treccani.
- Tagliani, P. (29 aprile 2021). Affettività nella terza età. *Paola Tagliani Psicologia*.  
<https://psicologataglianipaola.com/blog/affettivita-nella-terza-eta/>
- Tamanza, G. (2000). *Malattia di Alzheimer e relazioni familiari. Forma dello spazio-temporalità e relazioni di cura*. Franco Angeli.
- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., Bauer, M. (2011). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, pp. 609-613.
- Thompson, W. S. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, 969–975.
- Tidoli R. (17 marzo 2016). *Il SAD anziani. Un servizio da ripensare? – 1 parte*, in [www.lombardiasociale.it](http://www.lombardiasociale.it).
- Tidoli R. (2017). La domiciliarità, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto* (pp. 77-100). Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Tuseo, F. (5 febbraio 2020). Piano per la non autosufficienza 2019–2021. *FASI*.  
<https://fasi.eu/it/articoli/23-novita/21135-sociale-ok-al-piano-per-la-non-autosufficienza-2019-2021.html>
- Usai, D. C. (4 marzo 2022). Attività sessuale e innamoramento nella Terza Età. *Geriatrisko*.
- Varotto, A. (26 febbraio 2017). L'invecchiamento secondo una prospettiva di sviluppo. *MEDICITALIA.it*.  
<https://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/2348-1-invecchiamento-secondo-una-prospettiva-di-sviluppo.html>
- Vecchia, M. (2022). Il rapporto tra principio di autodeterminazione e tutela delle persone vulnerabili. *Giurisprudenza penale*.
- Vitali, S.F. (2004). La metodologia Gentle Care. *Giornale di Gerontologia*, 52: 412-417.

Vitolo, F. (22 giugno 2004). L'amministratore di sostegno, il tutore, il curatore, in *L'amministratore di sostegno. Analisi e prospettive di un nuovo strumento giuridico a favore delle persone prive di autonomia*. Bologna.

Walker, A. (2014). *Active Ageing in Asia*, Abingdon: Taylor and Francis, p.14-29.