

permanenza il numero di viventi in età avanzata. Il miglioramento della sopravvivenza degli anziani può assumere l'aspetto di una maggior numero di morti intorno alla cosiddetta età “normale” di morte¹⁵, ciò che corrisponde a portare in vita fino a quel limite il massimo numero possibile degli entrati in età anziana. Ma anche l'eventuale spostamento in avanti di quel limite o – in misura meno verosimile, almeno allo stadio presente delle conquiste contro la mortalità – l'allungamento dell'età massima della vita umana comportano che un certo numero di anziani permangano più a lungo in vita e, quindi, facciano crescere il numero delle persone in età anziana.

Dall'altro lato, alla base della “piramide”, le eventuali riduzioni o anche solo i rallentamenti nella crescita delle classi d'età giovanili comportano una diminuzione del loro peso rispetto alla popolazione complessiva e, per ovvia compensazione, un aumento della quota di anziani: in altri termini, l'invecchiamento della popolazione¹⁶. L'ammontare della popolazione più giovane, del resto, è determinato dall'andamento recente di due fattori: i livelli riproduttivi ed il numero delle madri potenziali. Il primo di questi fattori ha effetti diretti e pressoché immediati, così come mostra il quasi dimezzamento in trent'anni (dal 1964 al 1995) del flusso di nati annui in Italia ed il quasi parallelo dimezzamento della quota di residenti in età 0-14 anni tra il 1971 ed il 2001. L'entrata del secondo fattore, salvo eventi catastrofici, è invece rimandata a quando arriveranno all'età della maternità le generazioni di donne a ranghi ridotti per precedenti cali della fecondità e, cioè, all'incirca trent'anni dopo quei cali, così come sta solo da poco avvenendo in Italia con l'arrivo intorno ai trent'anni d'età delle generazioni più scarne nate a partire dagli anni '70.

Ai fattori dell'invecchiamento fin qui elencati ed illustrati nello schema soprastante se ne possono eventualmente aggiungere altri di natura, segno e rilevanza diversi. In una popolazione che sia aperta agli spostamenti migratori l'ammontare degli appartenenti di una generazione che arrivano all'età anziana dipenderà anche dalla storia migratoria di quella generazione e, se vi sono state nel passato immigrazioni d'insediamento, la dimensione delle generazioni se ne è avvantaggiata e ne conseguirà un aumento del numero di anziani ed un probabile invecchiamento della popolazione¹⁷.

Nelle aree di esodo, invece, le emigrazioni possono aver depauperato nel passato le generazioni che sono ora in procinto d'entrare in età anziana, con la conseguenza che la loro dimensione si è ridotta più di quanto sarebbe avvenuto in base alla sola eliminazione per morte, così che esse potrebbero alimentare la popolazione anziana in misura insufficiente, contenendo l'invecchiamento della popolazione, sempre che questa non stia avvitandosi in un continuo processo di spopolamento¹⁸.

¹⁵ Si tratta di un concetto più statistico che biologico. A partire dalla distribuzione per età dei decessi in una tavola di mortalità, notato che al di là di una certa età essa presenta una forma grosso modo simmetrica attorno ad un'età in cui si concentrano i decessi, si definisce quest'età “età normale alla morte” ipotizzando che la distribuzione dei decessi che la precedono o che la seguono sia dipendente dal caso e che quindi la distribuzione sia rappresentabile attraverso la curva “normale” degli errori casuali. La tavola di mortalità del 2000 dà come età “normale” alla morte per i maschi 85 anni e per le femmine 87; rispetto a circa dieci anni prima, la prima era aumentata di 3 anni, la seconda di 1.

¹⁶ In realtà, va tenuta presente anche la variazione relativa della popolazione in età centrale. Questa, però, risulta storicamente abbastanza stabile, salvo là dove la storia della denatalità o delle migrazioni ha inciso pesantemente anche sulle generazioni che si trovano ora in età centrale. Tra il 1991 ed il 2001, una componente d'invecchiamento relativo attribuibile alla riduzione della popolazione in età tra i 20 ed i 64 anni è identificabile in Liguria, Piemonte e Molise (Gesano e Heins, 2004).

¹⁷ È per questo motivo che le immigrazioni rappresentano uno strumento alquanto spuntato nel controbattere l'invecchiamento della popolazione. Gli immigrati, per quanto possano essere giovani, passano in un tempo più o meno breve in età matura e poi anziana (Gesano, 1995). Solo nel caso in cui il loro insediamento si risolva nello sviluppo di una popolazione immigrata dai comportamenti, nella formazione della coppia e nella riproduzione, più favorevoli di quelli della popolazione autoctona, si potrà avere un reale e duraturo ringiovanimento dell'insieme.

¹⁸ È quanto è invece avvenuto nella maggior parte delle aree di spopolamento interno del nostro paese, dove gli esodi della popolazione giovane ed in età da lavoro, avvenuti dagli anni '50 in poi, hanno lasciato in loco prevalentemente le generazioni nate nel primo quarto di secolo scorso. I sopravviventi di queste si trovano ormai in età molto anziana, ma, salvo che nelle aree in cui l'invecchiamento della popolazione locale prosegue a causa del mancato rincalzo delle giovani generazioni ed è quindi accompagnato da grave spopolamento, possono essersi verificati da un lato dei ritorni di

Ma le emigrazioni del passato possono anche intervenire ad aggravare l'invecchiamento nell'area d'origine, quando vi siano ritorni ad essa degli ex emigrati, a seguito del loro pensionamento dal lavoro. Si verifica in questo caso un recupero tardivo di popolazione originaria della zona, che viene a trascorrere gli ultimi anni della sua vita nell'area in cui è nata e dalla quale è emigrata nel corso del ciclo di vita lavorativa.

Effetti analoghi possono poi essere provocati da un particolare tipo di spostamenti della residenza che, connessi in genere con il ritiro dal lavoro, portano alcune persone in età matura ed anziana a trasferirsi in zone dotate di particolari valori, che vanno dalla disponibilità di specifici servizi, alle caratteristiche paesaggistiche o culturali, alle prevalenti condizioni meteorologiche, al minor costo della vita e degli alloggi, insomma là dove esiste la "qualità di vita" di cui si vuole godere. In questo caso, le immigrazioni avvengono in prossimità o già dentro l'età anziana e l'effetto è quello dell'aumento immediato degli anziani nell'area. Tuttavia, va detto che l'impatto in questo caso può risultare positivo per l'area, in quanto si tratta in genere di una popolazione in condizioni di salute buone o discrete ed in condizioni economiche di livello medio-superiore.

È evidente come alcuni dei fattori sopra elencati abbiano radici lontane nel tempo, i cui effetti si presentano sostanzialmente come ineluttabili: la dimensione iniziale delle generazioni¹⁹ o la loro migliorata sopravvivenza fino all'età anziana, come anche le migrazioni del passato costituiscono un'ipoteca praticamente certa sulla dinamica della popolazione anziana di un'area. Altri fattori si presentano come più contingenti o accidentali, connessi soprattutto alla fase di passaggio dalla vita lavorativa a quella post-lavorativa, che segna l'entrata nell'anzianità: su questi fattori sembrano giocare soprattutto le caratteristiche differenziali offerte agli anziani dalle aree di possibile insediamento e la diversa familiarità che essi tengono con quelle. Dall'insieme di questi elementi e soprattutto dal successo che nell'area prescelta si riesce ad ottenere nella lotta contro la mortalità senile derivano i fattori di allungamento della vita in età anziana.

Attraverso modelli a ripartizione che qui evitiamo di illustrare, è possibile stimare il contributo delle diverse componenti dell'invecchiamento. In particolare, con specifico riferimento all'invecchiamento assoluto, cioè all'aumento della popolazione in età 65 e più anni avvenuto tra i censimenti del 1991 e del 2001, è possibile misurare quanto al fenomeno abbiano contribuito le seguenti componenti²⁰:

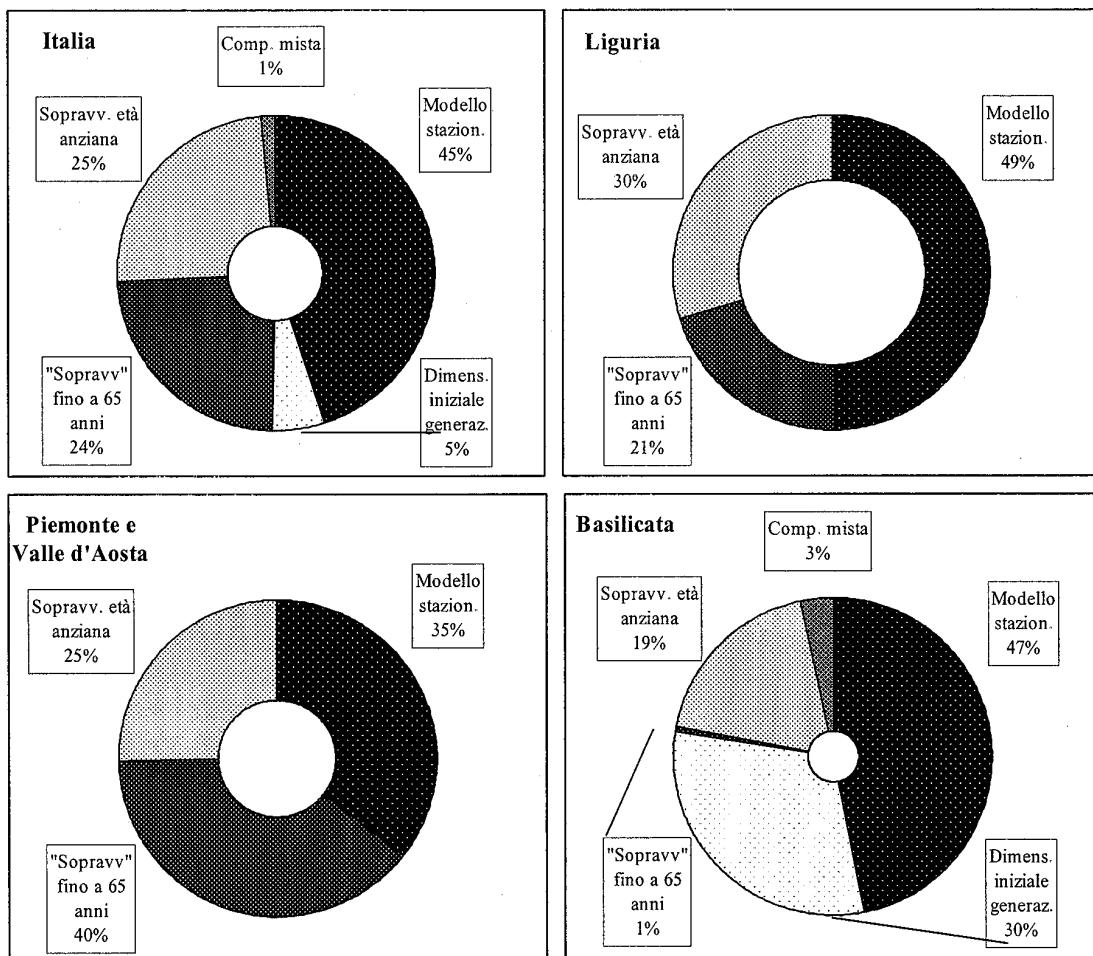
- a) le dinamiche implicite in un'ipotesi di stazionarietà al 1991 di tutti gli altri fattori considerati;
- b) le variazioni dovute al diverso ammontare iniziale, alla nascita, delle generazioni che hanno superato i 65 anni nel corso degli anni '90;
- c) le variazioni dovute all'incremento della sopravvivenza, ma anche agli effetti cumulati a saldo delle migrazioni subite da queste generazioni rispetto a quelle che erano entrate in anzianità intorno al 1991;
- d) le variazioni nella sopravvivenza in età anziana intervenute tra l'inizio e la fine degli anni '90, così come deducibili dalle rispettive tavole di mortalità regionali pubblicate dall'Istat²¹; ma la componente include anche gli effetti a saldo degli eventuali spostamenti di residenza effettuati in anzianità.

ex emigrati, dall'altro recuperi di quelle stesse aree in senso turistico o anche industriale: nel primo caso s'aggravava il loro invecchiamento; nel secondo, quegli sviluppi possono aver richiamato nell'area immigrati in età giovane o centrale, contenendo quindi in qualche misura e per qualche tempo i processi di invecchiamento e di riduzione della popolazione.

¹⁹ Ad esempio, stanno ora superando il limite del 65° compleanno i nati nella seconda metà degli anni '30, alla fine dei quali si ebbe una limitata ripresa della natalità come effetto della "campagna demografica" fascista del 1937. Seguiranno poi le scarne generazioni nate durante il secondo conflitto mondiale, mentre per ritornare a generazioni di ampiezza simile a quelle precedenti la guerra bisognerà aspettare l'arrivo di quelle nate dopo il 1945.

²⁰ Come sempre avviene nei modelli a ripartizione, si crea anche una componente mista, dovuta al contemporaneo variare delle componenti esplicitate.

²¹ Sono state utilizzate le tavole di mortalità regionali 1989-93 e quelle del 2000.

Figura 1.10 – Componenti dell’incremento della popolazione anziana in Italia ed in alcune regioni: 1991-2001

N.B.: la superficie degli anelli è approssimativamente proporzionale al tasso medio annuo di incremento nella regione della popolazione di 65 e più anni tra il 1991 ed il 2001.

In sostanza, come illustra il primo grafico di Figura 1.10, l'aumento tra i censimenti del 1991 e 2001 della popolazione di 65 e più anni residente in Italia può essere attribuito per il 45 per cento al modello stazionario e, cioè, a quanto sarebbe avvenuto se i flussi d'ingresso e le condizioni della sopravvivenza si fossero mantenute pari a quelli in atto attorno al 1991. Un 5 per cento deriverebbe dal fatto che le generazioni nate tra il 1927 ed il 1936, che hanno superato la soglia dei 65 anni nel corso del decennio 1992-2001, furono un po' più ampie di quelle nate tra il 1917 ed il 1926. Il 24 per cento dell'aumento degli anziani è poi attribuibile alla maggior sopravvivenza di cui hanno goduto le generazioni 1927-1936 rispetto a quelle nate nel decennio precedente²². Ancora un 25 per cento è invece attribuibile al miglioramento dei livelli di sopravvivenza in età anziana segnati tra l'inizio e la fine degli anni '90. Infine, la componente mista ha contribuito all'aumento della popolazione anziana per l'1 per cento. In altri termini, tre quarti di quell'aumento è dipeso da componenti che hanno origini più o meno lontane nel tempo o che erano già maturate all'inizio del periodo; solo un quarto è invece attribuibile ad evoluzioni più recenti.

²² Come si è detto, questa sopravvivenza include però anche il saldo migratorio tra 0 e 65 anni subito dai due gruppi di generazioni.

Il gioco di queste componenti si presenta in modo abbastanza differenziato tra le regioni italiane. Quelle del Sud ed il Lazio presentano tutte un contributo più o meno rilevante dovuto al ricambio delle generazioni nate tra il 1917 ed il 1926 con quelle del decennio successivo (con un massimo del 30 per cento per la Basilicata), mentre nelle altre (tranne molto debolmente in Lombardia) questa componente non ha portato alcun contributo all'aumento degli anziani ed anzi lo ha frenato, soprattutto in Liguria, Toscana, Emilia-Romagna ed Umbria.

Al Nord e fino alle Marche comprese, invece, un contributo importante deriva dalle modifiche nella “sopravvivenza” fino a 65 anni delle generazioni entranti nell’anzianità. In effetti, dal momento che questa componente include anche gli effetti a saldo degli spostamenti migratori subiti da quelle generazioni nel corso della loro vita lavorativa, è ovvio che risenta del fatto che le regioni che più hanno beneficiato nel passato di saldi migratori positivi presentino alla soglia dell’anzianità più persone di quante siano nate in origine in esse: tra queste, in primo luogo il Piemonte e Valle d’Aosta, poi la Lombardia, la Toscana, l’Emilia-Romagna ed il Veneto. Al contrario, le regioni di prevalente emigrazione presenteranno i ranghi delle generazioni²³ ridotti fino a riassorbire del tutto (Calabria) o quasi del tutto (Basilicata) il pur avvenuto miglioramento della sopravvivenza tra la nascita ed il 65° compleanno.

Infine, il contributo della componente collegata con la riduzione della mortalità ed all’allungamento della vita in età anziana si presenta meno variabile e meno geograficamente identificabile, andando da un massimo del 30 per cento in Liguria (ma essendo elevato anche in Sicilia, Piemonte e Valle d’Aosta ed in Abruzzo e Molise) al 15,4 per cento in Puglia. In parte le differenze possono essere dovute sia ad effettivi differenziali tra le regioni nei progressi nella lotta contro la mortalità senile, sia a differenze di struttura della popolazione già anziana delle regioni, sia – ricordando che sono inclusi gli effetti degli eventuali spostamenti di residenza effettuati in età anziana – le immigrazioni di ultra65enni (di pensionamento in Liguria, oppure di ritorno in Sicilia o in Abruzzo e Molise) o le emigrazioni di coetanei (ad es., dalla Puglia ed in generale dalle regioni del Meridione, per raggiungere i figli emigrati al Nord).

Questo modello analitico dell’invecchiamento assoluto permette anche qualche illazione circa gli andamenti a breve delle diverse componenti e, quindi, del fenomeno nel suo complesso. La dimensione delle generazioni che in questo decennio 2001-2011 stanno compiendo i 65 anni d’età sono quelle nate tra il 1937 ed il 1946, un periodo segnato dai deboli ma non del tutto trascurabili effetti della campagna demografica del fascismo e poi dalla forte stretta sul numero di nascite dovuta al secondo conflitto mondiale e perdurata fino a tutto il 1945: c’è quindi da attendersi un contributo negativo dal ricambio generazionale all’eventuale aumento della popolazione in età di 65 e più anni.

Un contributo importante, invece, potrebbe venire dall’aumento della “sopravvivenza” tra la nascita ed il 65° compleanno, sia perché effettivamente quelle generazioni che ora entrano nell’anzianità hanno potuto beneficiare maggiormente dei progressi della medicina e della prevenzione nella lotta alla mortalità precoce²⁴, sia perché sono state interessate in minor misura dagli spostamenti migratori sia interni, sia verso l’estero.

Infine, un’incertezza va espressa riguardo alla componente relativa alla mortalità in età senile. In base all’esperienza del passato dovremmo attenderci un contributo ancora positivo, del resto confermato anche dagli attuali andamenti della mortalità. Tuttavia, come ha dimostrato l’esperienza dei paesi dell’Europa orientale, un’inversione di tendenza nella mortalità senile avviene con rapidità al ridursi delle risorse economiche e delle strutture dedicate agli anziani.

²³ Si richiama l’attenzione sul fatto che le generazioni di cui si parla sono sempre quelle nate tra il 1927 ed il 1936, cioè quelle protagoniste della grande migrazione Sud-Nord degli anni ‘50 e ‘60.

²⁴ Ad esempio, sono piuttosto recenti (soprattutto tardi anni ‘80 ed anni ‘90) i risultati delle terapie contro le malattie del sistema cardiocircolatorio che colpiscono un numero non trascurabile di uomini in età precedenti il 65° compleanno.

5 *Osservazioni conclusive: le risposte politiche di fronte all'invecchiamento della popolazione*

5.1 *Il quadro di riferimento*

Sono giunte recentemente a compimento due profonde trasformazioni nell'organizzazione del welfare italiano: da un lato si è disciplinato a livello nazionale il settore dell'assistenza sociale sulla base di una multidimensionalità degli interventi a favore del benessere del cittadino (legge quadro 328/2000 e successive), dall'altro si è avuto un passaggio di competenze dal livello centrale alle Regioni e agli Enti locali su una serie di materie tra le quali la tutela della salute (legge costituzionale del 18 ottobre 2001 n. 3).

Il processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali è tuttora in corso o in via di sperimentazione in tutte le Regioni e le Province autonome. Esse si sono trovate tra l'altro nella necessità di adottare un nuovo criterio di programmazione che tenesse conto anche della partecipazione agli interventi di una serie di soggetti fino ad ora ritenuti marginali (il Terzo settore, per tutti).

Il suddetto processo non ha visto tutte le Regioni partire dal medesimo punto di partenza organizzativo: se in alcuni casi è stato o sarà necessario compiere un notevole sforzo di adeguamento dell'ordinamento preesistente, in altri un sistema integrato sanitario-sociale era già a regime da anni.

La legge quadro n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è andata a disciplinare una materia regolata da una frammentaria serie di norme e caratterizzata da profonde differenziazioni regionali e locali, nonché ha sostituito *in toto* la vetusta legge Crispi²⁵.

Il concetto di integrazione non solo evoca una forma di cooperazione particolarmente stretta tra le varie componenti (pubbliche, private e no-profit) che agiscono nel sociale, ma fa da richiamo alla realizzazione di un approccio multidimensionale al tema della salute pubblica, che prende in considerazione tutti i settori di intervento (sanità in primo luogo²⁶, ma anche formazione, urbanistica, casa, trasporti, cultura, ecc.) in grado di contribuire a migliorare il livello di benessere dei cittadini²⁷, con un occhio di riguardo ai portatori di bisogni gravi²⁸.

5.2 *I soggetti competenti nel quadro dei processi di solidarietà-sussidiarietà*

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 ha definito gli obiettivi strategici e gli indirizzi generali che vanno seguiti dai soggetti (pubblici e privati) chiamati ad impegnarsi

²⁵ Si fa riferimento alla legge n. 6972 del 1890, che, figlia del suo tempo, considerava i problemi sociali come questioni di ordine pubblico, da affrontare soprattutto attraverso elargizioni benefiche (vedi Ipbab).

²⁶ La creazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali sta a significare soprattutto il coordinamento degli interventi a carattere sanitario e di quelli a carattere sociale. Questi ultimi hanno a lungo rappresentato una componente residuale, in particolare a livello di finanziamenti, rispetto agli interventi di natura sanitaria, le cui responsabilità e risorse erano chiaramente definite e universalmente assicurate ai cittadini. Ciò ha portato sovente l'assistenza a doversi appoggiare alle risorse della sanità. In mancanza di una legge nazionale sull'assistenza, ciascuna regione ed ente locale ha per lungo tempo interpretato a modo proprio la cruciale differenziazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali. L'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sanitaria del 2001 ha definito le tipologie delle prestazioni che vedono una sovrapposizione di sociale e sanitario e disciplinato le attribuzioni economiche di competenza nazionale e comunale.

²⁷ Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 sostiene che “la legge quadro ... definisce le politiche sociali come *politiche universalistiche*, rivolte alla generalità degli individui, senza alcun vincolo di appartenenza. Esse mirano ad accompagnare gli individui e le famiglie lungo l'intero percorso della vita...”.

²⁸ L'intervento prioritario da parte del sistema integrato dei servizi sociali è rivolto in particolare a soggetti: in condizione di povertà; con forte riduzione delle capacità personali per inabilità di ordine fisico o psichico; con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro; sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali; minorenni, in condizione di disagio familiare.

nell'attuazione della riforma. Infatti, la determinazione dei principi fondamentali nelle materie sulle quali le regioni hanno potestà legislativa è rimasta di competenza statale.

Lo Stato ha compiuto il suo ruolo di armonizzazione dei principi guida che regoleranno il settore dell'assistenza sancendo prima di tutto l'*universalità* del diritto ad usufruire dei servizi del sistema sociale integrato. Si è inteso inoltre promuovere la *solidarietà sociale*, organizzata e non, da parte sia delle associazioni che dei singoli o delle famiglie, e la cosiddetta *sussidiarietà orizzontale*, cioè il coordinamento tra gli interventi del servizio pubblico, del privato, del privato sociale e del volontariato. Il ruolo di raccordo delle iniziative degli attori sociali e la gestione dei servizi è stato affidato ai Comuni, in quanto enti più vicini alle persone (secondo il principio della *sussidiarietà verticale*).

Il compito di guida dello Stato si è espresso in modo ancora più fattuale tratteggiando le linee generali da seguire nella programmazione e nella erogazione dei servizi a livello regionale e locale. Il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali si fonda:

- su una struttura di programmazione a tre livelli, basata su Piani nazionali, regionali e di zona;
- sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza da garantire sul territorio, che assicurino l'omogeneità dei servizi forniti dalle Regioni;
- sulla chiara definizione delle varie gradazioni di intervento “misto” sociale e sanitario (le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria), in assenza della quale l'attribuzione degli oneri economici tra gli enti locali è risultata spesso fonte di disputa.

Le Regioni sono state poste al centro del rinnovamento del welfare italiano, responsabili di un ruolo fondamentale nel processo di integrazione degli interventi e servizi sociali.

L'avvio del processo di decentramento fiscale (legge 133/99), che ha comportato la diretta presa di responsabilità delle Regioni riguardo il finanziamento dei servizi che tutelano la salute dei cittadini, è sicuramente una circostanza che ha condotto le Regioni verso più ampie attribuzioni, così come ha fatto il decentramento delle responsabilità amministrative sull'organizzazione dei servizi, in base al quale le Regioni possono determinare autonomamente la distribuzione delle risorse fra i tre livelli di assistenza (ospedaliera, distrettuale e preventiva). Quest'ultimo aspetto, se da un lato può condurre, come naturale, all'evoluzione di differenti modelli regionali di welfare, potrebbe dall'altro costituire un preoccupante elemento di disomogeneità nella effettiva realizzazione di un sistema integrato.

Gli orientamenti delle Regioni in termini di programmazione, indirizzo e controllo del sistema integrato vengono espressi nei Piani sociali regionali. Attraverso i Piani, le Regioni programmano gli interventi selezionando le azioni che meritano priorità, ripartiscono le risorse disponibili tra i settori di intervento e tra gli ambiti locali, verificano l'attuazione del sistema dei servizi nel loro ambito territoriale e, soprattutto, forniscono agli Enti locali le linee guida che consentano un'azione integrata con altri settori di intervento e con altri soggetti, istituzionali e non, che agiscono nel sociale.

Questi processi concomitanti di responsabilizzazione finanziaria ed organizzativa offrono a ciascuna Regione la possibilità di sviluppare un proprio modello di welfare, al punto che si potrebbe parlare di un'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale verso un Sistema Sanitario Interregionale.

In tutto ciò, le Province hanno un ruolo limitato: partecipano alla programmazione del sistema, subordinatamente alle regioni, monitorando i bisogni dei cittadini/utenti e le risorse dei Comuni, anche in vista dell'attuazione di un Sistema informativo dei servizi sociali.

La gestione dei servizi sociali a livello locale spetta di norma ai Comuni che, attraverso il Piano di Zona, sviluppano il sistema integrato con le risorse definite dalle Regioni. I Comuni, nella loro azione di gestione e di coordinamento, coinvolgono gli altri enti locali: le strutture sanitarie e le associazioni dei cittadini. I principali compiti dei Comuni sono la determinazione dei parametri per la valutazione delle condizioni di accesso alle prestazioni da parte degli utenti (povertà, non

autosufficienza, ecc.) e l'accreditamento delle strutture pubbliche o private che erogano i servizi, nonché la vigilanza su queste.

5.3 Gli “ambiti territoriali” di intervento: i Distretti

Ferma restando la titolarità da parte dei Comuni del ruolo di gestione degli interventi sociali, da un lato si prevede la possibilità di delega all’Azienda Sanitaria Locale competente per il territorio, dall’altro è stata fortemente incoraggiata la gestione associata tra più Comuni riuniti in “ambiti territoriali”, di norma coincidenti con i Distretti sanitari nati a partire dall’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (legge n.833/78). Da allora il ruolo del distretto ha avuto una profonda modificazione, evolvendo da struttura di erogazione di alcuni servizi sanitari di base a luogo dell’effettiva integrazione tra sanitario e sociale, dotato di autonomia finanziaria (il cosiddetto *budget di distretto*²⁹, già sperimentato da una decina di Regioni).

I Distretti sono stati infatti individuati come l’articolazione territoriale dell’organizzazione socio-sanitaria in grado di fornire risposte unitarie e globali alla domanda di salute e rappresentano il punto di riferimento dei servizi socio-sanitari di buona parte delle Regioni.

L’ampiezza della popolazione residente negli ambiti territoriali dei distretti varia da una Regione all’altra, ma rimane compresa tra i 15 mila e i 100 mila abitanti (Tabella 1.10). Alcune Regioni hanno disposto la distinzione tra distretti urbani, extraurbani, montani, insulari o disagiati.

Tabella 1.10 - Numero e ampiezza demografica dei Distretti per Regione o Provincia autonoma

Regione o Provincia autonoma	Numero distretti	Aampiezza demografica (in migliaia di abitanti)
Piemonte	65	60
Valle d’Aosta	4	criteri specifici
Lombardia	98	60-100
P.A. Trento	13	criteri specifici
P.A. Bolzano	20	15-30
Veneto	21	60
Friuli-Venezia Giulia	17	30-60
Liguria	69	60
Emilia-Romagna	43	60-100
Toscana	34	60
Marche	24	15-30
Umbria	12	30-60
Lazio	37	60-100
Abruzzo	35	criteri specifici
Molise	14	15-30
Campania	42	60
Puglia	45	60-100
Basilicata	15	60
Calabria	33	60-100
Sicilia	55	60
Sardegna	24	60

²⁹ Il budget di distretto è pari alla quota capitaria di spesa per le prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali prescritte dai MMG (Medici di Medicina Generale) e dai PLS (Pediatrici di Libera Scelta), moltiplicata per il numero degli assistiti nel distretto.

5.4 *L'attenzione agli anziani nel primo Piano Nazionale Sociale*

Il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 individua quattro obiettivi prioritari: 1) sostenere le famiglie; 2) affermare i diritti dei minori; 3) contrastare la povertà; 4) sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le persone anziane e le disabilità gravi).

Il sostegno alle famiglie deve essere fornito anche favorendo la “libera assunzione di responsabilità” dei membri di una famiglia nei confronti dei più anziani. Il lavoro di cura parentale, spesso appannaggio delle donne, può essere reso meno gravoso attraverso servizi di assistenza domiciliare.

Le politiche nei confronti della popolazione anziana a livello locale devono tendere a favorire un atteggiamento positivo verso l’anziano. Gli obiettivi principali sono: a) il sostegno alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio; b) l’innovazione e la diversificazione degli interventi e dei servizi offerti; c) il riconoscimento del diritto dell’anziano a scegliere dove abitare.

Si intende favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio degli anziani attraverso il sostegno alle famiglie nella cura domiciliare, limitando il ricorso all’istituzionalizzazione, alla quale va preferito l’inserimento presso strutture di accoglienza di tipo familiare. A tale scopo, la legge quadro prevede esplicitamente una riserva di risorse.

Il Piano Nazionale Sociale propone alle Regioni e agli enti locali di promuovere un *Progetto nazionale per le persone anziane non autosufficienti*, che permetta tra l’altro agli anziani di evitare la segregazione in un istituto.

5.5 *L'attenzione agli anziani nei Piani regionali*

Ad oggi, la maggior parte delle Regioni ha adottato un Piano sociale o, quanto meno, ha recepito con legge regionale il dettato della legge quadro 328/2000 e si appresta all’approvazione di un proprio Piano.

Il quadro sinottico (Tabella 1.11) intende estrapolare dai più recenti Piani sociali e sanitari delle Regioni e delle Province autonome i richiami a politiche o strategie espressamente rivolte alla popolazione anziana³⁰.

La collocazione del riferimento agli anziani all’interno dei Piani si ritiene che possa fornire una indicazione del contesto nel quale vengono elaborate le strategie ed erogati i servizi: in un certo senso, del fondamento del diritto ad usufruire di determinati interventi assistenziali. Tale legittimazione sembra assumere caratteristiche diverse da una Regione all’altra, ad esempio, a seconda che si prevedano determinati servizi a favore: di ogni individuo di qualsiasi età che abbia nel corso della vita un determinato bisogno; di ogni individuo di qualsiasi età che sia non autosufficiente; di ogni anziano, in quanto appartenente ad un gruppo di popolazione intrinsecamente “debole”; di ogni anziano non autosufficiente; di ogni famiglia con un anziano non autosufficiente.

Naturalmente le tipologie elencate si intersecano sempre nella complessità del contesto sociale di ogni Regione. Tuttavia, si è tentato di individuare i principali destinatari delle misure sulla base

³⁰ Al fine di valutare l’attenzione delle singole Regioni alla popolazione anziana attraverso un indicatore il più possibile oggettivo e di lettura univoca, si era tentato di considerare la distribuzione regionale delle risorse a favore di servizi e interventi per gli anziani. Questa strada è stata abbandonata a causa della notevole articolazione dei documenti da prendere in considerazione (piani, progetti, leggi regionali, eccetera) e, talvolta, dalla impossibilità di distinguere, all’interno di determinate risorse stanziate per un dato servizio, la porzione dedicata esplicitamente agli anziani. Si è dovuto desistere anche dal tentativo di quantificare per ciascuna Regione l’ammontare dei servizi offerti agli anziani distinguendoli per settore di intervento (ad es.: domiciliare, semiresidenziale, residenziale). In questo caso l’ostacolo è stato rappresentato dalla notevole capillarità territoriale di buona parte dei servizi, che avrebbe richiesto un’analisi ampia e complessa a livello di singolo Comune e di singolo Distretto.

dell’analisi degli obiettivi strategici e/o prioritari espressi nei Piani³¹, distinguendo tra politiche regionali rivolte direttamente agli anziani in quanto gruppo di popolazione “fragile”, e politiche che considerano centrale il sostegno alle famiglie con anziani, anche nell’ottica di una preferenza per la permanenza, e quindi per l’assistenza dell’anziano presso il proprio domicilio.

Ferma restando la centralità del ruolo della famiglia nell’assistenza dell’anziano non autosufficiente ribadita dal Piano Nazionale e affermata da quasi tutte le Regioni, l’analisi dei piani regionali sembra evidenziare una particolare attenzione al sostegno del lavoro di cura delle famiglie da parte delle Regioni nord-occidentali e meridionali (in particolar modo queste ultime), laddove in altre Regioni viene posto l’accento in primo luogo sulla prevenzione e sul mantenimento dell’anziano in uno stato di autosufficienza.

L’intento di evitare, per quanto possibile, l’istituzionalizzazione dell’anziano si accompagna all’obiettivo di ricalibrare la distribuzione delle risorse tra assistenza ospedaliera e territoriale a favore di quest’ultima. In questo senso, coerentemente, molte Regioni associano l’obiettivo della permanenza a domicilio con quello dell’assistenza a domicilio, in alcuni casi integrata da prestazioni di natura sanitaria.

Nel complesso, anche dalla considerazione degli obiettivi strategici sembra trasparire la coesistenza di ambiti regionali nei quali l’offerta di servizi integrati è già un dato di fatto, semmai da rafforzare, con altre realtà nelle quali la rete degli interventi è tuttora in via di definizione e di costruzione.

³¹ Per l’individuazione degli obiettivi regionali, mettendo ovviamente da parte l’ipotesi di una lettura esegetica dei testi, ci si è attenuti quanto più possibile all’elencazione che se ne è fatta in quasi ogni Piano. È chiaro che talune Regioni hanno ritenuto di dover articolare le proprie finalità più di altre, che si sono limitate ad esprimere i principi guida della loro azione.

Tabella 1.11 - Quadro sinottico degli obiettivi prioritari nei confronti degli anziani espressi nei Piani sociali e sanitari delle Regioni e delle Province autonome

Regioni e province autonome	Piano	Collocazione dei richiami agli anziani all'interno dei Piani (titoli dei paragrafi e dei sottoparagrafi)	Obiettivi strategici/ prioritari	Principali destinatari delle misure	Progetti ad hoc menzionati
Piemonte	L.R. 1/2004	Capo IV (art.49-50) "Politiche per le persone anziane"	- mantenimento autonomia - favorire permanenza a domicilio - supporto alla famiglia (assegni di cura e servizi di sollievo) - promozione incontro intergenerazionale - favorire processi di auto-mutuo aiuto	anziani e famiglie con anziani	
Val d'Aosta	socio-sanitario 2002-2004	"Gestione della fase dell'età anziana" (nell'ambito di "Obiettivo 7: supporto alle fasi della vita" in "Il governo della salute")	- mantenimento e recupero dell'autosufficienza - sostegno al lavoro di cura delle famiglie - promozione di un'assistenza continuativa ed integrata	anziani e famiglie con anziani	Progetto "Itaca"
Liguria	Sociale 2002-2004 socio-sanitario 2003-2005	"Politiche a favore della popolazione anziana" (tra le "Linee di intervento prioritarie" del PSSR) "Tutela delle persone anziane" (tra le "Aree di priorità" del PSR)	- sostegno al lavoro di cura delle famiglie (domiciliarità) - incrementare e innovare l'offerta di servizi - introduzione dei titoli di acquisto servizi (welfare "leggero")	famiglie con anziani	
Lombardia	socio-sanitario 2002-2004	"La tutela degli anziani e dei disabili" (tra gli "Obiettivi di salute e di benessere sociale") "Iniziative a sostegno della famiglia: il buono sociosanitario" (tra i "Progetti innovativi")	- definizione di un modello integrato di servizi - riqualificazione della rete assistenziale - favorire permanenza a domicilio - predisposizione di progetti sperimentali mirati - sostegno alle famiglie (sperimentazione buono socio sanitario)	famiglie con anziani e anziani	
Bolzano	Sociale 1998-2000	"Anziani" (nell'ambito di "Misure per i diversi gruppi")	- garantire condizioni sociali per l'autodeterminazione (auto aiuto) - garantire indipendenza economica (previdenza per non autosuff.) - favorire permanenza a domicilio - completamento offerta servizi e libertà di scelta - promozione residenze protette - sostegno al lavoro di cura delle famiglie - favorire partecipazione politica	anziani	
Trento	sociale e assistenziale 2002-2003	"Anziani" (nell'ambito di "Le aree di bisogno e le linee di intervento")	- valorizzare il ruolo dell'anziano - contrastare l'isolamento - favorire permanenza a domicilio e autonomia - consolidare iniziative di domiciliarità integrata - razionalizzare l'offerta di servizi semiresidenziali e residenziali - estendere la rete dei servizi integrati - costituzione di un Fondo per il rischio di non autosufficienza - favorire sviluppo volontariato - individuare le problematiche emergenti (indagini)	anziani	

Regioni e province autonome	Piano	Collocazione dei richiami agli anziani all'interno dei Piani (titoli dei paragrafi e dei sottoparagrafi)	Obiettivi strategici/ prioritari	Principal destitutore delle misure	Progetti ad hoc menzionati
Veneto	socio-sanitario 2003-2005	"Progetto obiettivo per le persone anziane" (tra gli "Obiettivi di salute e di promozione sociale")	- promozione invecchiamento in buona salute - contrasto della istituzionalizzazione - rafforzamento dell'aiuto domiciliare - garanzia della continuità assistenziale - qualificazione della integrazione socio-sanitaria - favorire partecipazione politica	anziani	"Progetto obiettivo anziani"
Friuli-Venezia Giulia	sanitario 2000-2002	"Rete dei servizi distrettuali a tutela della popolazione anziana e dei soggetti non autosufficienti" (nell'ambito di "Livello assistenziale: assistenza distrettuale")	Si fa riferimento a strumenti di azione più che a obiettivi	anziani	
Emilia-Romagna	sanitario 1999-2001	"La rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti e per i disabili adulti" (nell'ambito di "L'integrazione socio-sanitaria") "Assistenza domiciliare integrata" (nell'ambito di "L'aziendalizzazione")	I servizi e gli interventi trattati dal Piano non sono articolati per categoria di paziente Il Servizio di assistenza anziani (SAA) coordina e integra le funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane	anziani	"Demenze senili" (tra i "Progetti speciali")
Marche	sociale 2003-2005	"Anziani" (nall'ambito di "Un sistema di tutela dell'infanzia, dei giovani, della donna, degli anziani" in "Obiettivi specifici di salute")	- prevenzione del decadimento cognitivo - semplificazione dell'accesso ai servizi - favorire l'attività motoria - favorire permanenza a domicilio (ADI)	anziani	"Assegno di servizi" e "Valorizzazione risorsa anziani"
Toscana	sociale 2002-2004	"Sostegno all'autonomia delle persone anziane" (tra i settori che prevedono la predisposizione di un Piano di azione)	- promozione stili di vita per invecchiamento in buona salute - prevenzione verso stati di emarginazione - circolarità delle prestazioni assistenziali della rete integrata - sviluppo politiche assistenziali per gravi - sviluppo del governo dell'assistenza del servizio pubblico	anziani	"Progetto obiettivo anziani"
Umbria	sanitario 1999-2001	"Promozione e tutela della salute degli anziani" (nell'ambito degli "Atti di indirizzo programmatico allegati al Piano" in "Le aree progettuali")	- favorire permanenza a domicilio (sostegno alle famiglie e ADI) - innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi - interventi di deistituzionalizzazione	anziani e famiglie con anziani	"Promozione e tutela della salute degli anziani"
Lazio	sanitario 2002-2004	"Persone anziane" (tra "Gli interventi e le azioni")	- mantenimento e recupero autosufficienza - promozione assistenza continuativa ed integrata (percorsi individuali) - favorire permanenza a domicilio (ADI e sostegno ai caregivers)	anziani	

Regioni e province autonome	Piano	Collocazione dei richiami agli anziani all'interno dei Piani (titoli dei paragrafi e dei sottoparagrafi)	Obiettivi strategici/ prioritari	Principali destinatari delle misure	Progetti ad hoc menzionati
Campania	sanitario 2002-2004	"Tutela degli anziani" (nell'ambito di "La salute nelle fasi della vita" in Obiettivo di salute n.4: "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli")	- mantenimento e recupero autosufficienza - favorire domiciliarità interventi - costruzione di una rete integrata dei servizi geriatrici - adeguata formazione del personale dedicato - piena attuazione del Progetto Obiettivo Regionale (P.O.R.)	anziani	all'interno del P.O.R.: Potenziamento assistenza domiciliare all'anziano fragile
Abruzzo	sociale 2002-2004	"Anziani" (tra gli "Obiettivi di salute") "Anziani e persone non autosufficienti" (tra gli "Obiettivi di sistema")	- promozione partecipazione sociale attiva - auto mutuo aiuto per garantire permanenza a casa propria - promozione stili di vita per invecchiamento in buona salute - sostegno al lavoro di cura delle famiglie	anziani e famiglie con anziani	
Molise	dei servizi sociali 2002-2004	"Area anziani" (una delle due "Aree di intervento")	- tutela in ogni contesto - prevenire situazioni di bisogno o di emarginazione - sostegno economico (anche alla famiglia) - favorire permanenza a domicilio - promozione partecipazione sociale attiva - favorire processi di auto-mutuo aiuto	anziani e famiglie con anziani	
Puglia	delle politiche sociali (2004)	"Le persone anziane" (tra gli "Interventi e servizi per aree di bisogno")	- sostegno al lavoro di cura delle famiglie - innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi - diritto all'autodeterminazione nelle scelte abitative	famiglie con anziani e anziani	
Basilicata	socio-assistenziale 2000-2002	"Azioni programmatiche nell'area adulti e anziani" (nell'ambito di "Obiettivi generali caratterizzati su problemi specifici")	- offerta di servizi personalizzati - sostegno al lavoro di cura delle famiglie - intensificare assistenza domiciliare anche con aiuti economici - forte contenimento dell'istituzionalizzazione - promozione dei servizi domiciliari del sistema no profit - adeguare l'offerta di servizi residenziali protetti	famiglie con anziani e anziani	
Calabria	per la salute 2004-2006	"Anziani" (in "Obiettivo di salute n.4: ridurre le disuguaglianze e rafforzare la tutela dei soggetti deboli e delle loro famiglie")	- sostegno al lavoro di cura delle famiglie - innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi - diritto di scelta tra i servizi - riequilibrio tra i settori dell'offerta - contenimento dell'istituzionalizzazione - adeguamento servizi domiciliari pubblici e privati - programmi di prevenzione della non autosufficienza	famiglie con anziani e anziani	

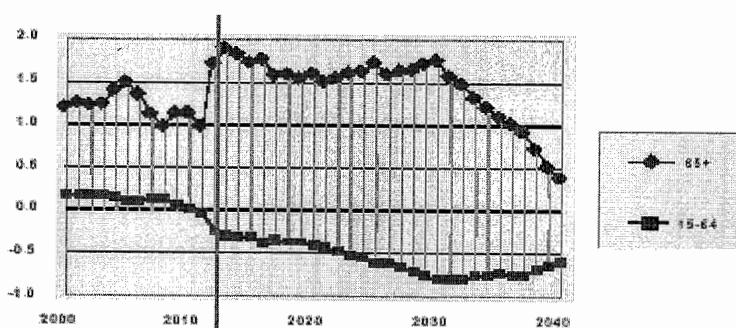
Regioni e province autonome	Piano	Collocazione dei richiami agli anziani all'interno dei Piani (titoli dei paragrafi e dei sottoparagrafi)	Obiettivi strategici/ prioritari	Principali destinatari delle misure	Progetti <i>ad hoc</i> menzionati
Sicilia	sanitario 2000-2002	"Tutela della salute degli anziani" (nell'ambito di "Obiettivo n.4: rafforzare la tutela dei soggetti deboli")	- massimo sostegno al lavoro di cura delle famiglie - definizione di un sistema di servizi integrato - interventi di deistituzionalizzazione	famiglie con anziani e anziani	
Sardegna	socio-assistenziale 1998-2000	"La tutela e la promozione della qualità della vita degli anziani" (uno dei due Progetti-obiettivo regionali)	- mantenimento e recupero autosufficienza - interventi di deistituzionalizzazione	anziani	"La tutela e la promozione della qualità della vita degli anziani"

BOX 3 Il rapporto tra invecchiamento demografico e immigrazione

Il rapporto tra invecchiamento della popolazione e immigrazione è stato oggetto di grande dibattito e di numerosi studi. Secondo le stime dell'Istituto di Statistica della Comunità Europea il flusso netto di migranti nei paesi che compongono l'UE-15, dovrebbe attestarsi attorno alle 630.000 unità annue delle quali 450.000 in età lavorativa, mentre le stime della popolazione in età lavorativa del gruppo UE-25 prevedono, a causa del protrarsi degli effetti del calo della fecondità manifestatosi in Europa a partire dagli anni '70, una consistente riduzione dagli attuali 303 milioni di potenziali lavoratori ai 280 milioni nel 2030.

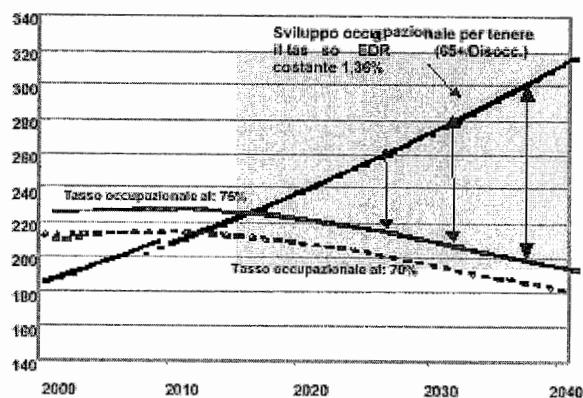
Sempre secondo le medesime stime, nell'ambito dei Paesi dell'UE-25¹ il numero di persone con 65 anni e oltre passerà dai 71 milioni di inizio secolo a 93 milioni nel 2020 e a 110 milioni nel 2030.

*Tasso annuale di crescita demografica età 65+ e 15-64
(EU-25), 2000-2040*



Fonte: Eurostat

Declino demografico e potenziale di sviluppo occupazionale (EU-25) 2000-2040



Fonte: Eurostat

In particolare, se anche venisse rispettato l'impegno, preso a Lisbona, circa il raggiungimento nel 2010 di un tasso di occupazione pari al 70%, e se tale tasso si mantenesse costante negli anni successivi, nonostante le suddette ipotesi in merito alla consistenza dell'apporto migratorio, si assisterebbe ad un crollo del numero di occupati tra il 2010 e il 2030 dell'ordine di 20 milioni di lavoratori per il gruppo UE-25.

Inoltre, anche se il tasso di occupazione si mantenesse, dopo il 2010, al di sopra del 70%, la tendenza alla diminuzione subirebbe solo una modesta frenata. Persino eventuali, quand'anche imprevedibili, incrementi della fecondità non produrrebbero, se non nel lungo periodo (cioè almeno dopo due decenni), miglioramenti apprezzabili sul totale della popolazione occupata.

La crescita economica europea, dunque, risentirà in prima battuta dell'effetto negativo dell'invecchiamento della popolazione come riduzione del volume complessivo degli occupati. L'eventuale ipotesi di una compensazione di tale effetto generata dall'incremento della produttività non trova tuttavia ragione d'essere, almeno in considerazione delle passate tendenze.

¹ Dal 1° maggio 2004 sono entrati a far parte dell'Unione Europea i seguenti Paesi: Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria.

Alcuni dei possibili risvolti dell'invecchiamento della forza lavoro possono riassumersi, ad esempio, nella difficoltà dei lavoratori anziani di adattarsi alle nuove esigenze del mercato del lavoro, nella modifica del tasso di risparmio in grado, tra l'altro, di condizionare l'andamento degli investimenti, nel rischio di un calo del rendimento degli investimenti in capitale umano (in presenza di una popolazione anziana), in un diverso andamento degli investimenti nella ricerca, nel rallentamento delle trasformazioni tecnologiche e della mobilità complessiva a livello settoriale e geografico.

«Senza l'aumento dell'occupazione prodotto da una maggiore immigrazione ed escludendo che la crescita di produttività possa superare la forbice attuale (0,5-1,5%), l'incremento medio del PIL nell'UE, calcolato in base allo scenario descritto, è destinato a rallentare fino a raggiungere l'1 per cento nel periodo 2010-2020 e lo 0,6 per cento nel periodo 2020-2030.»²

Nel breve periodo, l'immigrazione potrà contribuire a ridurre le carenze di manodopera riscontrate soprattutto nei settori delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie avanzate e della sanità e in relazione a taluni impieghi scarsamente qualificati³. Un modo per affrontare il problema sarebbe di fare maggiormente uso, come previsto dall'Accordo generale sugli scambi di servizi dell'OMC (GATS), della possibilità di negoziare impegni che consentano l'ingresso temporaneo di persone intenzionate a fornire un servizio (il cosiddetto "Mode 4")⁴.

Nel medio termine, la carenza di manodopera si intensificherà fino a generalizzarsi e a riguardare non solo le qualifiche superiori ma anche quelle basse. La sfida più importante sarà di attrarre e reclutare migranti adatti a diventare forza lavoro nell'UE, in modo da sostenere la crescita economica e di produttività.

Dal punto di vista quantitativo, come si è già detto, il ricorso all'immigrazione per compensare totalmente l'impatto dell'invecchiamento demografico sul mercato del lavoro non rappresenta una possibilità realistica. Il mantenimento allo stesso livello della popolazione in età attiva e (ancora di più) la stabilità del tasso di dipendenza degli anziani richiederebbero un massiccio incremento dell'immigrazione fino al 2030. Un incremento limitato principalmente dal fatto che anche la popolazione migrante è soggetta ad invecchiamento generale, in linea con i modelli demografici della popolazione locale; pertanto, un eventuale "boom"⁵ dell'immigrazione, nel corso dei prossimi decenni, non farebbe che posticipare nel tempo la situazione attuale.

L'immigrazione, dunque, pur non potendo "risolvere" il problema dell'invecchiamento della popolazione, potrà comunque contribuire a rallentare le pressioni sul mercato del lavoro e a distribuire su un periodo di tempo più lungo gli effetti della transizione demografica previsti per il periodo 2010-2030, a patto di saper individuare le modalità di gestione dei flussi migratori, con opportune politiche di ingresso, di insediamento e di integrazione sociale.

² Commissione europea, Libro Verde "sull'approccio dell'Unione Europea alla gestione della migrazione economica", Strasburgo, gennaio 2005.

³ L'esperienza del passato recente, durante il quale alcuni settori hanno rilevato una consistente carenza di manodopera (p.e. il settore delle tecnologie dell'informazione, i servizi sanitari, l'edilizia), dimostra che il ricorso alla forza lavoro locale non è una via così facilmente percorribile.

⁴ E' il caso di notare che questo tipo di immigrazione temporanea è destinata ad espandersi nel settore dei servizi poiché l'Accordo generale sugli scambi di servizi dell'Organizzazione mondiale del commercio prevede la possibilità di negoziare impegni che consentano l'ingresso temporaneo di persone in grado di offrire un servizio (il cosiddetto "Mode 4"). L'UE fa già uso di questo meccanismo per indicare la disponibilità ad accettare l'ingresso di taluni migranti altamente qualificati (per esempio nel caso di trasferimenti entro una stessa società).

⁵ Non si sottovaluti il fatto che, inoltre, in termini di coesione sociale, un afflusso massiccio di migranti estenderebbe in misura consistente la portata della sfida dell'integrazione.

Capitolo secondo

Immagini della condizione anziana

1. *Il contesto familiare*

L'analisi del contesto familiare è certamente una delle vie più immediate ed eloquenti per entrare nel mondo dell'anziano e comprendere quali siano i punti di riferimento e le risorse su cui egli può contare, non solo per mantenere in vita il sistema di relazioni personali ed intergenerazionali, ma anche come supporto per fronteggiare le quotidiane esigenze della vita e rispondere alle sollecitazioni del sistema sociale. La famiglia, cui sempre più si riconosce un ruolo da protagonista nell'organizzazione di un sistema di welfare moderno, è infatti chiamata a rispondere alla sfida dell'invecchiamento demografico adattandosi al cambiamento strutturale con la ricerca di nuovi equilibri al suo interno, ma anche attivandosi per sviluppare reti e iniziative volte a potenziarne le capacità di agire ed interegire per il benessere dei suoi membri più deboli.

D'altra parte, è ben noto –e si avrà modo di ritornarci in seguito– come il benessere complessivo degli anziani sia strettamente legato al contesto familiare in cui sono inseriti, talvolta proprio per la limitata autonomia di cui essi dispongono che li costringe a passare in famiglia gran parte del loro tempo. Ciò rende decisamente auspicabile una crescente valorizzazione del ruolo di supporto svolto dalla famiglia, da conseguire sia mediante iniziative sul piano culturale e normativo, sia attraverso appropriati interventi nel quadro delle politiche sociali.

Ma la realtà non è solo fatta di esperienze di fragilità nel corso della vita dei soggetti in età anziana. Non mancano esempi, tratti dalla vita quotidiana, che testimoniano anche una presenza dell'anziano come risorsa e membro attivo entro il contesto familiare. Basti ricordare in proposito il fondamentale sostegno che “nonni e nonne” offrono alle famiglie con figli piccoli, consentendo spesso la permanenza delle madri al lavoro; così come il frequente impegno di genitori non più giovani chiamati a provvedere a figli adulti non ancora autonomi, dovendosi per altro occupare, in non pochi casi, dei loro stessi vecchi genitori.

Anche nella terza e quarta età la famiglia resta dunque il luogo normale “*per lo sviluppo della coesione sociale (...) e per il mantenimento delle relazioni solidali tra generazioni*” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2004, p.8). Non a caso, è proprio entro una famiglia –quand'anche talvolta ridotta ai minimi termini– che risiede il 98% degli ultra65enni italiani ed è solo in corrispondenza di 2 anziani su 100 (valore che resta nell'ordine del 4% anche nell'ambito degli ultra85enni) che si riscontra una loro temporanea³² presenza fuori dalle mura domestiche: in istituti di ricovero, luoghi di cura, o altre forme di convivenza istituzionalizzata.

In generale, la presenza (abituale o temporanea) fuori dal contesto familiare è relativamente più diffusa in corrispondenza della componente femminile, anche perché –come si vedrà tra breve– i

³² Il dato deriva dalla differenza tra il totale di ultra65enni censiti nel 2001 come presenti presso le convivenze e il corrispondente numero di residenti (aventi dimora abituale) nelle stesse. Si ricorda in proposito come, secondo le definizioni della statistica ufficiale per “convivenza” si intenda –diversamente da quanto ricorre nel comune linguaggio– « un insieme di persone che, senza essere legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità e simili, conducono vita in comune per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena e simili. (...). I principali tipi di convivenza possono essere così distinti: istituti di istruzione; istituti assistenziali; istituti di cura pubblici e privati; istituti di prevenzione e di pena; conventi, case ed istituti ecclesiastici e religiosi; caserme ed analoghe sedi; alberghi, pensioni, locande e simili, navi mercantili».