

### 5.1. Politiche e misure che hanno contribuito a garantire alle persone anziane il godimento dei diritti umani

#### *Autonomia, autodeterminazione e partecipazione alla società*

A **livello nazionale** le misure sviluppate al fine di promuovere l'autonomia, l'autodeterminazione e la partecipazione alla vita sociale delle persone più anziane sono promosse principalmente dal Ministero della Salute nell'ambito di due strumenti di policy, il Programma Nazionale Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" e il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), di durata quinquennale, che si pongono l'obiettivo di attuare interventi di promozione della salute, e di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione. Tali interventi sono basati su un approccio di presa in carico globale della persona (secondo un'ottica One health), intersettoriale (comprendendo politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), multicomponente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course) e *setting* (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario).

Nello specifico, il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" promuove interventi di educazione e campagne informative per la promozione di stili di vita e di alimentazione sana, finalizzati a ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società. L'attuazione è condivisa con le Regioni e con i Servizi Sanitari locali e si realizza attraverso quattro specifici programmi di intervento riguardanti: alimentazione, attività fisica, lotta al fumo e contrasto all'abuso di alcol.

Una seconda tipologia di interventi attiene alla promozione dell'attività e dell'esercizio fisico delle persone più anziane. Si tratta di interventi finalizzati a incidere positivamente sulla salute e sul benessere dell'individuo, ma anche a favorire processi di inclusione e aggregazione nella società. I Piani Nazionali di Prevenzione hanno dato sempre più spazio e valore all'attività fisica, considerata un'azione di sanità pubblica prioritaria, da affrontare in ottica intersettoriale, tenendo conto anche di altri aspetti, quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura e coinvolgendo, quindi, il più ampio numero di *stakeholders*. In ottica intersettoriale, nel 2017, presso il Ministero della Salute è stato costituito il "Tavolo intersettoriale per la promozione dell'attività fisica e la tutela della salute nelle attività sportive", che ha elaborato le "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione (2019)". Il documento fornisce elementi di *policy* di sistema e di indirizzo sulle azioni necessarie per incentivare l'attività fisica, puntando all'equità, al superamento delle disuguaglianze e all'inclusione dei soggetti vulnerabili (anziani fragili). Le linee prevedono un sottoprogramma specifico, finalizzato a favorire l'attività fisica per gli anziani e attuato, in ottica intersettoriale, con il coinvolgimento di Ministeri, produttori e gestori dei pubblici servizi, Regioni, ASL, Enti locali, aziende private e pubbliche, al fine di superare la frammentarietà degli interventi e la dispersione di risorse umane ed economiche.

Un terzo gruppo di misure mira alla riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche. In tale ambito interviene ancora il citato Programma Guadagnare Salute che ha riconosciuto l'importanza delle politiche non sanitarie nel contrasto alle disuguaglianze di salute, coinvolgendo altri Ministeri e partner sociali, economici e istituzionali, nella realizzazione di interventi a tutela della salute in tutti i suoi aspetti. Anche il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018 ha evidenziato l'importanza di tali aspetti, indicando alle Regioni di inserire nei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) la lotta alle disuguaglianze nella salute. Il nuovo PNP 2020-2025 conferma la necessità di rafforzare le azioni per la riduzione delle disuguaglianze sociali e geografiche, indicandola tra le priorità per tutti gli obiettivi, a tutela delle fasce più deboli della popolazione.

In questo scenario si inserisce anche il progetto biennale (2019/2020) *A health equity focused National Prevention Plan 2020-2025 and related capacity building (CCM, 201)* coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con il contributo di DORS (Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte). Il progetto, a cui hanno aderito 20 Regioni, si è

posto l'obiettivo di aumentare le azioni orientate all'equità, anche attraverso la realizzazione di interventi di *capacity building* dei funzionari regionali responsabili dell'elaborazione e dell'attuazione dei Piani Regionali di Prevenzione.

Sul tema della lotta alle disuguaglianze, inoltre, si dovrà considerare anche l'impatto che potrebbero avere gli effetti della pandemia. Su questo aspetto è in corso un'attività di valutazione dell'impatto della prima fase pandemica, condotta da un tavolo di lavoro costituito nell'ambito di un progetto europeo sulle disuguaglianze, il *Joint Action equity - JAHEE*, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con il supporto dell'Università di Torino e il coinvolgimento del Ministero della Salute e dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP).

Un quarto gruppo di interventi riguarda il miglioramento degli ambienti privati (per es. le abitazioni) e pubblici e della mobilità all'interno delle città. In questo ambito rientrano una serie di azioni basate anche sullo sviluppo e la promozione dell'utilizzo delle tecnologie innovative, al fine di migliorare la qualità della vita delle persone più anziane e di coloro che li assistono e, al tempo stesso, la sostenibilità dei sistemi di assistenza, diminuendo il ricorso all'ospedalizzazione. In questa ottica opera il già citato Piano Operativo Salute - POS 2014-2020, con riferimento al quale il Ministero della Salute, a Febbraio 2021, in attuazione della linea di azione *Active & Healthy Ageing: Tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare*, ha emanato un Avviso finalizzato a promuovere la creazione di una zona, all'interno dei tessuti urbani, dedicata alla popolazione anziana, nella quale costruire spazi abitativi autonomi dotati di prodotti e servizi "intelligenti", basati sulle tecnologie ICT e con una condivisione di servizi assistenziali socio sanitari e di prima emergenza, nonché di servizi utili alla socializzazione.

Presso il Ministero della Salute è stato inoltre istituito nel 2018 il tavolo di lavoro intersettoriale "Città e Salute - Urban Health" che per la prima volta ha riunito tutti i Ministeri interessati, l'Istituto superiore di Sanità, la Società italiana di sanità, le Regioni e l'Anzi con l'obiettivo di lavorare sul tema della salute nelle città. Il Tavolo ha elaborato delle Linee di indirizzo (in corso di approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni) per favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con le politiche ambientali, urbanistiche e dei trasporti, al fine di ottimizzare le scelte di pianificazione urbanistica in un'ottica di sanità pubblica.

Anche nei Piani Nazionali della Prevenzione (PNP) sono promosse politiche e azioni integrate su tali temi. Il nuovo PNP 2020-2025 dedica una particolare attenzione alla salute nelle città, prevedendo un programma specifico (PP5) che le Regioni devono attuare integrando interventi su salute, ambiente e sicurezza, al fine di creare contesti favorevoli (per es. sviluppo di forme di mobilità sostenibile, creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane) e promuovere una maggiore autonomia delle persone più anziane (per es. attraverso l'attività motoria).

Se in ambito sanitario lo sviluppo di un approccio attivo all'invecchiamento ha promosso lo sviluppo di un modello di intervento olistico per la salute pubblica, in ambito sociale si è agito sullo sviluppo dei servizi deputati ad intervenire sui fattori generativi di vulnerabilità nella partecipazione alla vita delle comunità, lungo il corso di vita. Il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2021-2023 (approvato nel 2021) interviene sullo sviluppo dei livelli essenziali di servizio sistemizzando gli interventi di contrasto alle disuguaglianze. Fra le misure di intervento dedicate più specificamente ad anziani e famiglie, il Piano interviene in via prioritaria sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e la valorizzazione delle risorse comunitarie di riferimento per la presa in carico della non autosufficienza. Il Piano propone lo sviluppo dei Punti Unici di Accesso territoriali, come riferimento per la presa in carico multidimensionale delle situazioni di fragilità (economica, del lavoro, sociosanitaria, abitativa); introduce inoltre le Dimissioni Protette fra i livelli essenziali di servizio per la continuità assistenziale, articolando il rapporto fra misure di servizio sociale e misure più strettamente sanitarie già previste per i livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'obiettivo del miglioramento degli ambienti privati rientrano anche una serie di bonus fiscali e detrazioni, finalizzati all'eliminazione delle barriere architettoniche nelle abitazioni in cui vivono le persone più anziane non autosufficienti. Tra gli ultimi provvedimenti in materia, si cita la Legge 178/2020 che ha esteso il bonus del 110% (destinato a incentivare l'efficientamento energetico degli immobili e a favorire la ripresa economica del settore edilizio) a interventi finalizzati alla eliminazione delle barriere architettoniche (per es. ascensori e montacarichi), o

finalizzati alla realizzazione di strumenti tecnologici che favoriscono la mobilità interna ed esterna all'abitazione per le persone con disabilità grave (Legge n. 104/1992) o con età superiore a 65 anni.

Su tali tematiche, un richiamo va fatto anche al Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (Fondo Dopo di noi), istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel 2016 e reso operativo nel 2017, al fine di potenziare percorsi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine e per la deistituzionalizzazione delle persone con disabilità grave. Con tale obiettivo, il Fondo finanzia anche interventi di supporto alla domiciliarità (promuovendo il ritorno all'abitazione di origine o proponendo soluzioni innovative come i gruppi appartamento o *co-housing*), programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile. Per il triennio 2021/2023 il Fondo dispone di una dotazione di 76 milioni per ciascuna annualità.

Tutte le indicazioni e le priorità definite a livello nazionale trovano applicazione a **livello regionale** nei Piani Regionali di Prevenzione (PRP), nei Piani Sanitari, Socio-sanitari e di Zona. Tutte le Regioni hanno considerato il tema qualità della vita e salute nelle proprie politiche in ambito Invecchiamento Attivo e quasi tutte hanno anche implementato misure. Le iniziative hanno riguardato principalmente misure di educazione alla salute (es. campagne di informazione e sensibilizzazione nella comunità locale e nei luoghi di lavoro per la diffusione di corretti stili di vita), di promozione di attività fisica e sportiva intesa sia come strumento per mantenere in salute le persone più anziane, sia come momento di rilevanza ricreativa e sociale (camminate di gruppo e attività ludico-ricreative), di sostegno alla vita indipendente, al benessere e alla qualità della vita, al fine di consentire alle persone di più anziane di essere autonome il più a lungo possibile nelle proprie abitazioni (per es. programmi di edilizia sociale finalizzati a favorire l'inclusione abitativa delle persone più anziane; misure per favorire l'accoglienza in micro residenze, gruppi appartamento, condomini solidali e altre forme di co-abitazione, anche finalizzate all'inter e intra-generazionalità e con soluzioni di tipo innovativo basate sulla condivisione di spazi e servizi come per esempio la badante di condominio o il portierato sociale, secondo gli approcci dell'housing sociale e del *living together*) e di promozione della socialità (attività ricreative di gruppo presso centri, circoli e club per le persone più anziane). Tali interventi sono stati realizzati anche attraverso lo sviluppo di soluzioni tecnologiche per la salute (es. applicazioni dedicate a programmi di cammino di gruppo, di *geocatching* e caccia al tesoro) e il finanziamento di progetti e iniziative anche livello locale utili soprattutto in quelle aree interne e montane dove è più difficile sostenere efficacemente la vita di comunità. Con riferimento al miglioramento delle condizioni di mobilità un cenno va fatto anche ai Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS), che promuovono la realizzazione di aree pedonali e piste ciclabili.

Va segnalato, inoltre, che anche le Regioni, in ottica di un approccio intersettoriale, hanno creato, gruppi di lavoro intersettoriali composti dagli assessorati alla Sanità, all'Istruzione, allo Sport, ai Trasporti e dalle Amministrazioni locali. Nell'ambito degli interventi finalizzati alla promozione dell'autonomia, dell'autodeterminazione e della partecipazione alla vita sociale degli anziani vanno annoverate anche le già citate leggi regionali trasversali sull'invecchiamento attivo e altre leggi o provvedimenti di carattere trasversale (per es. Testi unici in materia di Sanità e Servizi sociali o Piani di azione regionali per la popolazione anziana) che, integrano gli interventi di invecchiamento attivo in tutte le politiche regionali, affrontando in maniera organica e intersettoriale i temi dell'autonomia, della domiciliarità, della salute e del benessere degli anziani.

### ***Interventi finalizzati a sviluppare prodotti e servizi innovativi basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per un invecchiamento attivo e in buona salute***

Tali attività si realizzano attraverso la partecipazione a programmi europei, come per esempio il Programma di ricerca europeo *Active Assisted Living - AAL*<sup>86</sup>, che si pone l'obiettivo di ampliare la

---

<sup>86</sup> Al bando AAL 2021 "Advancing inclusive health & care solutions for ageing well in the new decade" hanno aderito il MUR (che ha previsto un budget complessivo di 1 milione di euro, con la quota di contributo MUR pari a 535.000,00€,

disponibilità di prodotti e servizi basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per un invecchiamento attivo e in buona salute. Dal 2017 al 2020 l'Italia ha partecipato, nell'ambito dei vari avvisi emessi a 12 progetti finalizzati a supportare gli anziani a vivere nelle loro case il più a lungo possibile.

Rientrano in questo ambito anche iniziative finalizzate, a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità. Nello specifico assume grande rilevanza, soprattutto a seguito dell'emergenza sanitaria, la promozione e lo sviluppo di servizi di telemedicina che, attraverso la possibilità di usufruire di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, permette un monitoraggio continuo dei parametri vitali, riducendo il rischio di complicazioni in persone fragili o affette da patologie croniche. In questa ottica, con riferimento all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità delle patologie, la telemedicina può rappresentare un valido supporto, integrandole, alle attività di prevenzione già messe in campo. A tal fine, il Ministero della Salute è impegnato a promuovere l'erogazione di servizi di telemedicina all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nell'ambito della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario-NSIS, è stato istituito un Gruppo di lavoro sulla telemedicina che ha predisposto nel 2020 le "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina*", da adottare a livello nazionale, per alcune tipologie di servizi (tele-visita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la tele-refertazione). Il Gruppo di lavoro ha elaborato anche Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di tele-riabilitazione da parte delle professioni sanitarie (2021), mentre sono da predisporre altri documenti relativi a ulteriori prestazioni (tele-monitoraggio, teleassistenza, tele-certificazione, tele-radiologia) al fine garantire una progressiva estensione e applicazione della telemedicina in tutti gli ambiti assistenziali in cui può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza.

### ***Interventi finalizzati alla formazione dei lavoratori della salute***

In questi ultimi cinque anni il Ministero della Salute, attraverso vari progetti, ha sostenuto la realizzazione di interventi di formazione finalizzata, oltre che all'apprendimento e/o l'aggiornamento di nuove competenze tecniche, alla creazione di un linguaggio omogeneo in tutto il territorio nazionale affinché il personale sanitario e i professionisti della salute fossero in grado di fornire informazioni scientificamente corrette, svolgere azione di *advocacy* con la comunità e con i portatori di interesse e migliorare le competenze comunicative (es. colloquio motivazionale breve, la comunicazione del rischio, etc.).

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 investe molto sulla formazione, considerata una delle azioni trasversali prioritarie. Il Piano promuove una formazione rivolta a operatori sanitari, ma anche a operatori di settori diversi (per es. laureati in scienze motorie/chinesiologi, addetti alla somministrazione dei pasti delle mense o delle mense scolastiche oppure alle aziende che forniscono i pasti per le mense), affinché si creino cultura e linguaggi condivisi e una visione comune di obiettivi e di sistema. In una prospettiva futura è ritenuto necessario implementare una formazione di tipo curriculare che salvo casi sporadici, nelle facoltà universitarie, incluse quelle sanitarie, ancora manca. Una formazione rivolta agli studenti di facoltà sanitarie, ma anche di facoltà di scienze umanistiche e della formazione) sulla promozione della salute, sull'importanza di stili di vita sani e attivi per un invecchiamento in buona salute e per la prevenzione di malattie croniche non trasmissibili.

Di fronte ad una generalizzata crescita della domanda di servizi, innescata dal deterioramento delle condizioni sociali, il Piano Nazionale per la Lotta alla Povertà 2018 - 2021 ed in seguito il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2021-2023 hanno individuato nelle professioni sociali una risorsa imprescindibile. A partire dalla Legge di Bilancio 2021, sono state previste misure per il rafforzamento e la qualificazione delle professioni sociali, prevedendo risorse specificamente destinate all'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali nei servizi a titolarità pubblica, fino al raggiungimento del livello essenziale di assistente sociale per 4.000

---

il Ministero della Salute (con un contributo di 1 milione di euro) e la Regione Friuli-Venezia Giulia (con un contributo di 200.000 euro).

abitanti, per Regione. È stata inoltre introdotta fra i livelli essenziali di servizio la fornitura di servizi di supervisione del personale operante nei servizi sociali, al fine di contrastare l'emergenza di eventi di burnout o burocratizzazione delle pratiche di servizio.

### ***Sostegno alla ricerca sui processi di invecchiamento individuale e demografico per rispondere meglio alle esigenze emergenti nelle società che invecchiano***

A **livello nazionale**, dal 2018 il Ministero della Salute ha reso annuale la raccolta dei dati del Programma Passi d'argento: salute e qualità della vita nella terza età<sup>87</sup> (si veda il punto 5.2), avviando analisi comparative, anche temporali, tra Regioni e tra Asl di una stessa regione.

Un ulteriore fonte di informazioni utile a sostenere la ricerca sui processi di invecchiamento individuale e della popolazione è rappresentato dagli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'ISTAT (già citati al punto 4.1.), che consentono un monitoraggio delle condizioni di benessere dei cittadini. In tale ambito, sono quindici gli indicatori dedicati al tema della salute e riguardano la speranza di vita, la mortalità, la multi cronicità e la cronicità (dovute a obesità, fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione).

A **livello regionale** si segnala in Puglia l'istituzione dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale (ARESS) (LR 29/2017), un organismo tecnico-operativo che opera quale agenzia di studio, ricerca, analisi a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria.

### ***Promozione della partecipazione delle persone affette da demenza e/o disturbi mentali e comportamentali e i loro assistenti informali (informal carers), alla vita sociale e comunitaria***

In tale ambito opera il Piano Nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze (2014)<sup>88</sup> che fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore delle demenze secondo un approccio di gestione integrata della malattia. Nel 2017 il Tavolo di monitoraggio dell'implementazione del Piano, istituito nel 2015 e coordinato dal Ministero della Salute, ha elaborato due Linee di indirizzo Nazionali: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze (2017) e le Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze.

Anche il PNP 2014-2020 (), ha recepito alcuni dei criteri fondanti del Piano Nazionale Demenze, così come del Piano Nazionale Cronicità (2016), allo scopo di promuovere diagnosi e presa in carico tempestiva di condizioni di fragilità e vulnerabilità sociosanitaria, anche attraverso misure attuate per gli anziani nel loro domicilio. Le azioni del PNP hanno riguardato anche i familiari e i professionisti che intervengono nell'organizzazione delle cure, compresi assistenti familiari e caregiver, al fine di ridurre discriminazioni, migliorarne la qualità della vita e favorire lo sviluppo di una rete integrata di professionalità diffusa per una gestione più efficace della condizione di non autosufficienza.

---

<sup>87</sup> *Passi d'Argento* è un sistema di sorveglianza e di programmazione nazionale, finalizzato a rilevare le condizioni di salute e la diffusione delle azioni di prevenzione nella popolazione over 65. I dati raccolti consentono di descrivere tutti gli aspetti che concorrono al benessere degli anziani (di salute, sanitari e sociali), di individuare e monitorare le aree di criticità e di rischio al fine di poter fornire ai decisori politici le misure da attivare per mantenere quanto più a lungo possibile il benessere e l'autonomia della popolazione più anziana. Il Programma completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi dedicata alla popolazione adulta di 18-69 anni. Il sistema è coordinato dall'Istituto Superiore di sanità e acquisisce informazioni non solo di tipo sanitario, ma anche riferite al contributo che gli anziani offrono alla società, attraverso lavoro retribuito o fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.

<sup>88</sup> Il Piano predisposto dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità e le tre Associazioni Nazionali dei pazienti e dei familiari, è articolato in quattro obiettivi: 1. interventi e misure di politica sanitaria e sociosanitaria (aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza; sostenere la ricerca, ai fini dei progressi di cura e di miglioramento della qualità della vita dei malati e dei loro carer; realizzare attività di rilevazione epidemiologica); 2. Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata; 3. Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure; 4. Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Nel 2020 tuttavia, a fronte delle difficoltà derivanti dall'emergenza sanitaria da Covid-19 che hanno coinvolto anche la categoria dei caregiver, le risorse disponibili (44,4 milioni di euro per il 2018 e il 2019 e 23,8 milioni per il 2020) sono state ripartite alle Regioni (DPCM 27 ottobre 2020) per l'erogazione di bonus nella gestione domiciliare della persona assistita al fine di garantire livelli assistenziali adeguati evitando che il peso dell'assistenza gravasse troppo sui familiari.

A **livello regionale** il tema del riconoscimento e del sostegno all'attività dei caregiver è affrontato sia con leggi regionali specifiche sia nell'ambito di leggi o provvedimenti di carattere più generale che promuovono servizi a sostegno dell'autonomia e del mantenimento a domicilio delle persone più anziane e non autosufficienti e/o disabili e delle famiglie che li assistono.

### ***Infrastrutture e assistenza necessarie per prevenire ogni tipo di abuso e violenza contro gli anziani***

Con riferimento a tali temi si segnala la proposta di legge di iniziativa parlamentare Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo in materia di formazione del personale<sup>89</sup>, finalizzata a prevenire e contrastare in ambito pubblico e privato, condotte di maltrattamento e abuso, anche psicologico, in danno di minori, anziani e persone con disabilità ospitate in strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali. Le misure previste riguardano: la valutazione psico-attitudinale e la formazione del personale; le modalità di visita nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali; l'installazione di sistemi di videosorveglianza. In attesa del completamento dell'iter, nel 2019 è stato disposto uno stanziamento di risorse per l'installazione di sistemi di videosorveglianza presso le aule dei servizi educativi per l'infanzia e nelle scuole dell'infanzia statali e paritarie, nonché nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali.

### ***Approccio di genere ai temi della qualità della vita, prevenzione e benessere***

Il PNP 2020-2025 persegue l'approccio di genere come un cambio di prospettiva e culturale affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e contribuire a rafforzare la centralità della persona. A tal fine il PNP invita le Regioni a considerare la dimensione del genere in ogni ambito e settore, per evitare stereotipi e a definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.

In tale ambito va richiamato anche il Fondo contro le discriminazioni e la violenza di genere finalizzato alla realizzazione di attività di promozione della libertà femminile e di genere e attività di prevenzione e contrasto delle forme di violenza e discriminazione nei confronti delle persone con disabilità. Per il triennio 2021-2023 il Fondo dispone di una dotazione di 6 milioni di euro.

---

## **5.2. I risultati più rilevanti dei vent'anni di MIPAA/RIS**

Grazie ai continui progressi in medicina, nell'organizzazione sanitaria, al progressivo sviluppo del sistema di welfare entro le trasformazioni degli assetti produttivi, in Italia, la durata media della vita all'inizio del Terzo Millennio ha raggiunto valori che fino ai primi anni del '900 erano quasi del tutto inattesi. Se agli inizi del XX secolo la speranza di vita si attestava intorno ai 41 anni, nel 2000 si è arrivati ad una media di circa 80 anni, con una crescita esponenziale della longevità ed un repentino aumento alla fine del '900 del peso percentuale della popolazione con più di 65 anni

---

<sup>89</sup> Approvata dalla Camera dei Deputati a ottobre 2018.

di età sulla popolazione<sup>90</sup>. Fin dai primi decenni del secolo scorso, tuttavia l'età avanzata è stata sempre più caratterizzata dall'emergenza di condizioni di cronicità, multi morbidità e non autosufficienza, connesse alle trasformazioni degli stili di vita e dei sistemi di convivenza, più che all'insorgenza di malattie con profilo di prognosi acuta, trattabili attraverso l'assistenza ospedaliera.

I principali progressi compiuti nell'assicurare un invecchiamento dignitoso in Italia, negli ultimi 20 anni, sono avvenuti intorno a due principali dimensioni:

- a) il tentativo di orientare l'approccio all'invecchiamento non solo in termini di riduzione della disabilità/morbilità, ma anche di prevenzione dei fattori di rischio connessi alle determinanti di salute<sup>91</sup> intese in senso ampio, iscritte nelle caratteristiche dei modi di vivere entro i contesti relazionali di riferimento (condizioni socioeconomiche e culturali, condizioni abitative e di convivenza familiare/comunitaria, trasporti, cultura, urbanistica, incluso il rapporto con gli stessi servizi sociosanitari)<sup>92</sup>;
- b) la messa a punto di un modello di governance che riuscisse a proporre misure intersettoriali per contrastare le disuguaglianze di salute in età avanzata e lungo il corso di vita, per prevenire e gestire le comorbidity croniche, migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita delle persone al di là del gradiente sociale; ciò nell'ottica di individuare nuovi paradigmi gestionali volti a sviluppare un sistema universalistico di protezione sociale, che traducesse operativamente i principi di tutela della salute pubblica iscritti nella Costituzione italiana<sup>93</sup>, entro le trasformazioni della domanda di salute evidenziate dalle cronicità.

### ***I passi compiuti per la promozione di stili di vita salutari e l'approccio alle determinanti di salute***

Per quanto riguarda l'orientamento alla prevenzione, negli ultimi 20 anni nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale si è progressivamente sviluppata una trasformazione nell'approccio alla salute dei più anziani. Se in tempi precedenti l'assetto del sistema sanitario era centrato sulla conoscenza statistica dell'impatto della morbilità sulle condizioni di disabilità della popolazione più anziana, in una ottica di misura del peso di queste sulle risorse disponibili per i servizi ospedalieri-residenziali, nel primo decennio del 2000, si è assistito ad una crescente attenzione verso lo sviluppo di un approccio preventivo, più orientato alla creazione di sistemi conoscitivi delle caratteristiche degli stili di vita, ed allo sviluppo di una programmazione sanitaria caratterizzata da un atteggiamento proattivo ai comportamenti di salute, secondo l'approccio ai determinanti di salute promosso dall'OMS.

Dal punto di vista della conoscenza della domanda di salute e più in generale delle condizioni in cui si realizza e si fa esperienza dell'invecchiamento, il primo passo è stato compiuto attraverso l'iniziativa di sorveglianza epidemiologica Passi d'Argento, avviata in via sperimentale nel 2009

---

<sup>90</sup> Per gran parte del '900, l'incidenza dei più anziani sulla popolazione si era mantenuta su valori al di sotto del 10% arrivando in poco più di 20 anni, a cavallo del 2000, ad attestarsi intorno al 20% (Ministero della salute, Quaderni del Ministero della Salute, n.6/2010, pp.1-9), ciò in connessione con le trasformazioni intercorse nei modelli di generatività della popolazione italiana, avviati anche nel percorso storico di industrializzazione della società italiana.

<sup>91</sup> Comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici. (Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008)

<sup>92</sup> Il riferimento è all'approccio alle determinanti di salute proposte dall'OMS (WHO 2013, Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Executive summary - retrievable in <https://www.epicentro.iss.it/globale/determinantiSociali2014>).

<sup>93</sup> Il riferimento in particolare è agli articoli 32 (principio dell'universalità e rispetto della persona umana: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"), e all'articolo 117, che definisce l'architettura della governance dei servizi e delle politiche in materia di salute e sociali, entro il rapporto fra Stato e Regioni. Allo Stato vengono assegnate competenze nella definizione dei livelli essenziali di assistenza e servizio da garantire uniformemente sul territorio italiano, e nel coordinamento della loro messa in opera, ed alle Regioni, funzioni autonome di programmazione e organizzazione dei servizi locali.

dal Ministero della Salute, e proseguita come indagine continua dal 2016. Un secondo passo è costituito dalla definizione di indicatori sempre più specifici connessi alle condizioni di salute dei più anziani, del loro rapporto con i servizi e le comunità locali, nell'ambito del Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile, di cui si è già accennato nel punto 4.1.

Per quanto attiene al versante programmatico, lo sviluppo dei Piani Nazionali di Prevenzione promossi dal Ministero della Salute e le diverse iniziative programmatiche riferite al programma decennale Guadagnare in salute, hanno infine progressivamente incoraggiato anche a livello regionale lo sviluppo di iniziative di promozione di stili di vita sani, con azioni di screening, campagne informative, iniziative di educazione e consulenza incentrate sulla adozione di comportamenti e pratiche assistenziali che intervenissero sul miglioramento della relazione fra comportamenti individuali e fattori ambientali di rischio, sulla popolazione degli anziani autosufficienti e non. In quasi tutte le leggi regionali promosse nell'ultimo decennio a supporto dell'invecchiamento attivo, l'area della salute e della promozione di stili di vita sani è uno degli ambiti di regolazione riconosciuti diffusamente, sui quali abbastanza stabilmente, in ogni livello di governo vengono promosse iniziative. Ciò, in accordo alle statistiche più recenti dell'ISTAT<sup>94</sup>, ha trovato riscontro nel miglioramento di alcune delle condizioni di salute in senso stretto della popolazione più anziana almeno fino all'intervento della pandemia da Covid 19<sup>95</sup>: la speranza di vita alla nascita ha mostrato miglioramenti progressivi, accompagnati da dati positivi per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni (81,5 anni), sul fronte della mortalità per tumore<sup>96</sup>, della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso degli anziani, della mortalità infantile e della sedentarietà; le persone di 65-74 anni che svolgono attività fisica con continuità sono aumentate del +60%<sup>97</sup>, è diminuito di circa 17 punti percentuali il numero di anziani che vivono in assenza di amicizie.

### ***La governance dei servizi ed i passi compiuti per innalzare la qualità degli standard dei servizi sociosanitari integrati***

La seconda area di sviluppo delle politiche italiane volte a promuovere un invecchiamento dignitoso riguarda il percorso compiuto dal Paese nella progressiva messa a fuoco di un assetto di servizi territoriali per la presa in carico della domanda di salute proveniente da anziani in condizioni di non autosufficienza e dalle loro famiglie, entro le prospettive della integrazione sociosanitaria, prefigurate già dalla Legge quadro n. 328/2000<sup>98</sup>.

Ci riferiamo in altri termini al percorso di integrazione fra l'offerta di servizi strettamente sanitari<sup>99</sup>– gestiti da Ministero della Salute, Aziende Sanitarie e servizi sanitari territoriali, e le iniziative riferite alla programmazione sociale in senso stretto (servizio sociale, politiche abitative, di contrasto alla povertà, politiche formative e del lavoro, nonché di promozione della cittadinanza attiva), coordinate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e gestite in ambito locale da Regioni ed Enti locali (Municipalità, Comunità Montane ecc.), con un apporto sussidiario e sempre più partecipato, dell'associazionismo del Terzo settore<sup>100</sup>.

---

<sup>94</sup> ISTAT (2021), *BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, marzo, [https://www.istat.it/it/files/2021/03/BES\\_2020.pdf](https://www.istat.it/it/files/2021/03/BES_2020.pdf)

<sup>95</sup> Il quadro complessivamente positivo, pure se con evidenti disuguaglianze geografiche, è stato duramente colpito dal COVID-19, che ha annullato, completamente nel Nord e parzialmente nelle altre aree del Paese, i guadagni in anni di vita attesi maturati nel decennio (Istat Bes, 2021)

<sup>96</sup> Secondo diverse fonti ISTAT e ISS, l'incidenza di mortalità per tumori diminuisce di circa 0.5% annuali per uomini e donne dal 2003; [https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/2020\\_Numeri\\_Cancro-pazienti-web.pdf](https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/2020_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf)

<sup>97</sup> <https://www4.istat.it/it/anziani/vita-quotidiana>

<sup>98</sup> La Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prefigurava lo sviluppo di un sistema integrato di interventi e servizi, che, in coordinamento con i servizi strettamente sanitari, promuovesse iniziative per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, nell'ottica di prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

<sup>99</sup> Di tipo ospedaliero e residenziale, ma anche territoriale e domiciliare a varia intensità di assistenza sanitaria.

<sup>100</sup> Terzo settore, nel quale, lo ricordiamo, i più anziani costituiscono una risorsa rilevante, sia in termini di volontariato in diverse aree di sviluppo degli interventi, che in termini di rappresentanza delle seniority, nella composizione delle diverse forme di associazionismo stesso.



Dalla Seconda Guerra Mondiale fino agli anni '90, l'intervento pubblico sulla *long - term care* in Italia si presentava come fortemente sbilanciato sulla erogazione di prestazioni monetario-pensionistiche (indennità di accompagnamento, voucher di cura, pensioni e indennità civili) e sull'assistenza sanitaria ospedaliera e residenziale, accompagnata da un intervento residuale dei servizi, in particolar modo nell'area dell'assistenza domiciliare<sup>101</sup>.

A partire dalla fine degli anni '90, il tentativo compiuto dal Governo italiano, è stato quello di spostare il focus dell'intervento sulla non autosufficienza, da un approccio mutualistico-compensativo verso la maggior considerazione del rapporto fra salute e qualità della vita, cercando di predisporre un sistema articolato di interventi offerti ad anziani, famiglie e comunità locali, utili anche al mantenimento della capacità di autodeterminazione, progettualità ed autonomia nei propri contesti di vita<sup>102</sup>.

Dal 2006, anno di istituzione del Fondo per la non autosufficienza, diverse iniziative sono state promosse per mettere a punto gli assetti organizzativi più idonei a garantire continuità di assistenza, ed agevolarne la fruizione da parte di anziani e famiglie. Intorno al 2008, si è iniziato a riflettere sui Punti Unici di Accesso, quali dispositivi utili a ridurre la frammentarietà dei percorsi assistenziali ed agevolare la presa in carico di fabbisogni di salute complessi, entro la costruzione di percorsi personalizzati e gestiti con un approccio di *case-management*<sup>103</sup>. Nel 2009 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il supporto delle Regioni, ha iniziato a lavorare alla implementazione del SINA, il sistema informativo sui servizi sociali, iniziando a condividere territorialmente un set minimo di variabili utili a mappare il fabbisogno.

Nel decennio successivo, diverse iniziative della Presidenza del Consiglio dei Ministri - la Conferenza nazionale sulla famiglia 2010 e 2017; il coordinamento dell'Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo nel 2012, fino ad arrivare all'attuale iniziativa di Coordinamento nazionale in materia di invecchiamento attivo - hanno rappresentato dei luoghi di discussione per mettere a punto un nuovo mandato sociale verso i servizi, che ruotasse attorno al principio di autodeterminazione delle scelte di salute dell'anziano: integrare lo scopo della deistituzionalizzazione con la messa a punto di politiche assistenza che prefigurassero una nuova funzione dei rapporti intergenerazionali e delle iniziative di network di comunità a supporto delle famiglie.

Da questi confronti sono scaturite nuove iniziative di policy, quali il Piano Nazionale Demenze<sup>104</sup> (2014), o il Piano Nazionale Cronicità<sup>105</sup> (2016), che hanno basato la presa in carico della condizione di fragilità, sulla valutazione multidimensionale della situazione complessiva dell'anziano, affiancando ai criteri diagnostici una verifica delle sue risorse relazionali e sociali.

A partire dal 2014 diverse iniziative regionali (la Legge n. 2/2014 in Emilia-Romagna, la Legge n. 22/2014 in Friuli-Venezia Giulia; la Legge n. 43/2016 in Abruzzo, la Legge n. 33/2017 in Campania, *etc.*) hanno puntato al riconoscimento e alla valorizzazione della funzione dei *caregiver* nel rapporto con i servizi, proponendo una offerta di qualificazione degli operatori operanti nel

---

<sup>101</sup> L'assistenza domiciliare in Italia, si compone di due componenti: una prima - l'assistenza domiciliare integrata - di ambito strettamente sanitario, gestita dalle Asl, interviene nell'accompagnamento della relazione fra ospedale e territorio, nella gestione di situazioni di fragilità connesse alla presenza di patologie disabilitanti. La seconda, i servizi di assistenza domiciliare offerti dai Comuni, intervengono su condizioni di fragilità connesse a condizioni abitative, situazioni di povertà o isolamento sociale.

<sup>102</sup> Nel primo decennio del 2000 era stato possibile introdurre fra i livelli essenziali di assistenza sanitaria un primo insieme di servizi a varia intensità di assistenza articolati nella relazione fra ospedale e territorio (Residenze Sanitarie assistite; Assistenza domiciliare integrata). Sul versante sociale, l'intervenuta riforma del Titolo V della Costituzione, che attribuiva alle Regioni competenza preminente sulla programmazione delle politiche per l'occupazione, la formazione e la assistenza sociale, rese più complesso il percorso di sviluppo dei livelli essenziali di servizio in ambito sociale. Le notevoli diversità storiche e culturali di sviluppo degli interventi in ambito locale, la complessa articolazione dei livelli amministrativi deputati alla programmazione dei servizi, nonché le discontinuità intervenute sui fondi dedicati alle politiche sociali in relazione ai processi di spending review che hanno caratterizzato gli anni della crisi dei sistemi economico finanziari a cavallo fra il 2008 ed il 2012, ne avevano problematizzato la attuazione

<sup>103</sup> AGENAS (2008), Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari integrati della persona con disabilità. La sperimentazione svolta in cinque Regioni italiane, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1772\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1772_allegato.pdf)

<sup>104</sup> "Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", approvato il 30 ottobre 2014, dalla Conferenza Unificata l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.9 del 13-1-2015.

<sup>105</sup> "Piano Nazionale delle Cronicità", approvato con accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.

settore. Tali iniziative, promosse anche sulla spinta del Terzo settore e dell'associazionismo degli anziani e dei familiari, hanno successivamente portato al riconoscimento, come si è detto, della funzione dei *caregiver* e del lavoro non retribuito di cura con la Legge n. 205/2017, e l'istituzione del relativo Fondo, con finanziamenti stabiliti nelle leggi di bilancio fino al 2021.

Sul versante nazionale è iniziato ad essere promosso un insieme di nuove misure, non limitate all'ambito sanitario, quali ad esempio quella di conciliazione vita lavoro, o quelle finalizzate allo sviluppo di soluzioni tecnologiche a supporto di soluzioni abitative e urbanistiche per la gestione dell'assistenza. Fra queste possono essere ricordate le seguenti:

- il D-Lgs 2015 ha introdotto il diritto al part time per persone in condizioni di non autosufficienza connesse a malattie tumorali o cronico degenerative;
- la Legge 208/2015 ha introdotto misure di promozione di welfare aziendale, con la possibilità per le imprese di grandi dimensioni, di convertire i premi di produttività in servizi di cura;
- sempre nel 2015, il Dipartimento per le Politiche della Famiglia e alcune Regioni dell'area nord est del Paese hanno promosso progetti sperimentali come il *Family Audit*, volti ad estendere ai sistemi produttivi l'offerta di servizi di supporto allo sviluppo di sistemi di solidarietà intergenerazionale.

Nel 2017, l'introduzione della prima misura di contrasto alla povertà, il REI, ha avviato la definizione dei Livelli essenziali di servizio in area sociale, e delle risorse economiche e programmatorie che li sostanziano, favorendo l'avvio del coordinamento partecipato allo sviluppo delle politiche sociali, che costituisce una interessante base per l'individuazione di un approccio condiviso alle trasformazioni demografiche in tutte le politiche.

Attraverso il lavoro della Rete della protezione e dell'inclusione sociale<sup>106</sup> (si veda il punto 4.1), fra il 2018 ed il 2021, è stato elaborato il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2021 – 2023, cui si accompagnerà un successivo Piano Nazionale per la Non autosufficienza, anche in vista delle misure di intervento sul rapporto fra ospedale e territorio, prefigurate dalla Missione Salute del PNRR.

---

<sup>106</sup> La Rete è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali. Ne fanno parte, per il livello nazionale: due rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri, di cui uno del Dipartimento per le politiche della famiglia; un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero della salute, del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti; i rappresentanti delle giunte regionali e di 20 Comuni individuati dall'ANCI (Associazione Nazionale dei Comuni Italiani), nonché INPS, Parti sociali e Terzo settore. La Rete partecipa alle iniziative promosse dal Progetto di Coordinamento Nazionale Multilivello per le politiche per l'invecchiamento attivo, ed opera in rapporto continuativo con una rilevante rappresentanza dell'associazionismo di rappresentanza di anziani, famiglie e comunità locali di fruitori dei servizi.