

6. Il contributo delle politiche per l'invecchiamento alla realizzazione dell'Agenda 2030 e dei suoi obiettivi per uno sviluppo sostenibile

6.1. L'invecchiamento nei rapporti nazionali volontari (VNR) al Forum politico di alto livello (HLPF)

L'Italia si è dotata di una Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile (SNSvS), approvata a dicembre 2017 dopo un lungo processo di consultazione tra Istituzioni, parti sociali e società civile. Essa rappresenta la declinazione a livello nazionale dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile e ne assume i quattro principi guida: integrazione, universalità, trasformazione e inclusione.

La SNSvS è strutturata in cinque aree corrispondenti alle cosiddette cinque P dell'Agenda 2030: Persone, Pianeta, Prosperità, Pace e Partnership. Ad ogni area corrisponde un sistema di Scelte Strategiche finalizzate al perseguimento degli Obiettivi Strategici Nazionali (OSN), adattamento alla realtà italiana dei 169 target dell'Agenda 2030. Inoltre, una sesta area identifica un sistema di Vettori di Sostenibilità, definiti come ambiti di azione trasversali e leve fondamentali per gestire e monitorare l'integrazione della sostenibilità nelle politiche nazionali. Tali vettori si dividono in cinque ambiti (conoscenza comune; monitoraggio e valutazione di politiche, piani e progetti, istituzioni; partecipazioni e partenariati; educazione, sensibilizzazione e comunicazione; efficienza della pubblica amministrazione e gestione delle risorse pubbliche), che includono a loro volta degli obiettivi trasversali. Tali obiettivi, come gli OSN, sono strettamente connessi tra loro e concorrono a creare quelle condizioni di crescita sostenibile che, come abbiamo visto nella Parte II, determinano le condizioni ambientali, economiche e sociali più favorevoli all'invecchiamento attivo.

Nel 2018 sono state approvate le Linee Guida per l'implementazione della SNSvS ed è stata istituita la Commissione Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile, che redige ogni anno una relazione sullo stato di attuazione della Strategia che, ogni tre anni, deve essere sottoposta a revisione. Nello stesso anno è stata avviata la creazione del Forum per lo Sviluppo Sostenibile, uno spazio di lavoro condiviso tra attori pubblici e privati che promuovono azioni e politiche per la sostenibilità. A seguito di una manifestazione d'interesse lanciata nel 2019, il Forum coinvolge attualmente 187 organizzazioni, tra cui anche imprese, università, ONG e associazioni della società civile, alcune delle quali impegnate nella promozione dei diritti delle persone anziane. Il Forum è articolato in sei Gruppi di Lavoro, corrispondenti alle aree della SNSvS (5P + Vettori), che partecipano al lavoro di revisione della SNSvS.

L'integrazione verticale della governance è stata perseguita con due avvisi pubblici, nel 2018 e 2019, rivolti alle Regioni e alle Province Autonome e con un avviso pubblico nel 2019 rivolto alle Città Metropolitane, per la sottoscrizione di collaborazioni volte alla costruzione di percorsi strategici regionali e alla definizione degli obiettivi strategici regionali e azioni prioritarie.

Il monitoraggio e la valutazione dell'attuazione della SNSvS nelle sue sei aree sono realizzati attraverso un sistema di indicatori in linea con quelli definiti dalla Inter Agency Expert Group on SDGs, recepiti dall'Italia con il sistema ISTAT SDGs e con gli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES). Gli indicatori BES sono aggiornati ogni anno in uno specifico Rapporto BES e, come abbiamo visto, dal 2017 sono stati inseriti nei documenti di programmazione economico-finanziaria, con l'Allegato BES alla Legge di Bilancio. Nel 2018 è stato istituito il Tavolo di Lavoro sugli Indicatori per l'attuazione della SNSvS, per identificare gli indicatori utili al suo monitoraggio, associati alle Scelte Strategiche e agli SDGs dell'Agenda 2030.

Per quanto riguarda il monitoraggio del suo contributo all'Agenda 2030, l'Italia ha presentato il suo primo Rapporto Nazionale Volontario (VNR) al Forum politico di alto livello nel 2017 e a settembre 2021 ha comunicato ufficialmente la sua partecipazione al VNR 2022.

I dati più recenti rilevano come la pandemia abbia avuto un impatto drammatico sul raggiungimento degli Obiettivi dell'Agenda 2030, col peggioramento di alcuni indicatori di rilievo per l'invecchiamento, in relazione a povertà (Goal 1), salute (Goal 3), educazione (Goal 4), uguaglianza di genere (Goal 5), condizione economica e occupazionale (Goal 8), disuguaglianze (Goal 10). In tale contesto, una concreta opportunità di rilancio è rappresentata dal Piano

Nazionale di Ripresa e Resilienza che, nell'ambito della Missione 5 "Inclusione e Coesione", prevede misure di contrasto alla povertà abitativa, di sostegno agli anziani non-autosufficienti, superamento dei divari territoriali nella qualità dell'istruzione e nell'accesso/fruizione dei servizi della PA, nonché investimenti finalizzati al sostegno dell'occupazione attraverso il rafforzamento della formazione, la lotta al lavoro sommerso, il potenziamento delle politiche attive per il mercato del lavoro e i centri per l'impiego. Nell'ambito della Missione 6 "Salute", inoltre, il PNRR prevede il miglioramento dell'assistenza sanitaria sul territorio, il rafforzamento delle risorse umane e l'utilizzo di nuovi strumenti informatici per l'erogazione dei servizi nel settore sociosanitario.

In relazione al tema specifico dell'*active ageing*, la SNSvS non prevede espressamente politiche dirette alla popolazione anziana. I segmenti di popolazione più ricorrenti sono piuttosto i giovani e le donne, mentre agli anziani si fa riferimento soprattutto come destinatari di misure mirate al sostegno nelle situazioni di fragilità, non autosufficienza e disabilità. Tuttavia, nell'area Persone si evidenziano Scelte Strategiche e relativi OSN collegati agli SDGs dell'Agenda 2030, ai quali sono riconducibili gli interventi attuati nell'ambito degli impegni MIIPAA/RIS, già illustrati nella parte II di questo rapporto.

Nell'ambito del Forum per lo Sviluppo sostenibile, a Febbraio 2021 il Gruppo di Lavoro Persone ha redatto un *Position Paper*¹⁰⁷ nel quale ha identificato le principali azioni di policy da sviluppare nei prossimi anni. In un'ottica di sostegno all'invecchiamento attivo, si evidenzia in particolare: promuovere le pari opportunità a tutti i livelli con particolare attenzione alle disuguaglianze di genere e generazionali; superare i divari nell'accesso alla formazione inclusiva e di qualità, investendo nella formazione permanente; garantire i livelli essenziali di prestazione nell'accesso ai servizi pubblici; promuovere la partecipazione dei cittadini di tutte le fasce di età alla società e ai processi decisionali; superare la povertà e le cause di disuguaglianza che costringono le persone in condizione di bisogno, contrastando la trasmissione intergenerazionale della povertà e favorendo la mobilità sociale; garantire il diritto al lavoro (di qualità e in sicurezza) e a una retribuzione adeguata ad assicurare un'esistenza dignitosa; garantire il diritto alla salute fisica e psicologica per tutte le persone.

6.2. L'invecchiamento e l'Agenda 2030

Nel quadro della Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile, l'obiettivo III riguarda "Promuovere la salute e il benessere", con particolare riferimento al punto III.2 "Diffondere stili di vita sani e rafforzare i sistemi di prevenzione". In tale contesto la Strategia prevedeva i seguenti strumenti:

- il "Patto per la Salute 2019-2021", che prevedeva di uniformare le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria e di garantire il tempestivo reclutamento del personale del SSN ed assicurare il turn over necessario per la continuità dei servizi, nonché la revisione, in accordo anche con il MIUR, del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali; la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo il ruolo dei MMG nell'azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche; la valorizzazione e sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale;
- il Programma Nazionale Servizi di Cura all'Infanzia e agli Anziani non autosufficienti (riguardante 4 Regioni del Sud gestito da Ministero dell'Interno in qualità di Autorità di Gestione e approvato nel 2015 e prorogato nel 2019) che per gli anziani finanzia l

¹⁰⁷ Gruppo Persone, Forum per lo Sviluppo Sostenibile (2021), *Position Paper*, 18 febbraio, https://www.mite.gov.it/sites/default/files/archivio/allegati/sviluppo_sostenibile/SNSvS_eventi/gdl_persone_position_paper.pdf

Programma finanzia servizi di assistenza domiciliare integrata, servizi di assistenza domiciliare e azioni per il sostegno delle spese di gestione dei punti unici di accesso ai servizi;

- il Piano di Sanità Digitale.

L'iniziativa più significativa di Pianificazione nazionale che stabilisce delle chiare connessioni tra l'invecchiamento attivo e l'Agenda 2030 è rappresentata dal Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo 2019-2022, avviato nel 2019 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, già illustrato nelle Informazioni Generali e nel cap. 2. Il Progetto, oltre a offrire informazioni e strumenti ai responsabili politici nazionali e regionali per l'adeguamento delle politiche da realizzare nel campo dell'invecchiamento attivo, contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di politica internazionale. Infatti, identifica come dimensioni politiche da analizzare i dieci impegni del MIPAA/RIS e nove dei 17 SDGs dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, in linea con la SNSvS, affinché i benefici ottenuti oggi non compromettano il benessere delle generazioni future.

Nel 2020 è stato pubblicato un rapporto sullo Stato dell'Arte delle politiche per l'invecchiamento attivo in Italia che presenta i risultati di una ricognizione delle misure/interventi realizzati a livello nazionale e regionale¹⁰⁸. Nel 2021, alla fine di un percorso di consultazione tra istituzioni, parti sociali e società civile, è stato pubblicato un documento di Raccomandazioni finalizzato a dare impulso allo sviluppo di ulteriori interventi nell'ambito dell'invecchiamento attivo, in linea con il quadro normativo europeo e internazionale. Come per lo Stato dell'Arte, anche per l'elaborazione delle Raccomandazioni si è fatto riferimento agli ambiti di intervento definiti dai 10 *commitments* del MIPAA/RIS e dagli SDGs dell'Agenda 2030 (schema 2)¹⁰⁹.

Tabella 2 - Connessioni tra Raccomandazioni, impegni MIPAA/RIS e SDGs dell'Agenda 2030

Commitment MIPAA SDGs Agenda 2030	Raccomandazioni
<p>Commitment 1: Il mainstreaming dell'invecchiamento in tutte le politiche pubbliche al fine di armonizzare la società e l'economia con i mutamenti demografici e garantire una società per tutte le età.</p>	<p>Raccomandazione n.1 Prevedere strumenti di lungo periodo per il coordinamento, l'analisi, la programmazione e il monitoraggio delle politiche in materia di invecchiamento attivo a livello nazionale, con il coinvolgimento di tutti i Ministeri, i Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, le Regioni e le Province Autonome.</p> <p>Raccomandazione n.2 Prevedere strumenti di lungo periodo per il coordinamento, l'analisi, la programmazione, l'implementazione e il monitoraggio delle politiche in materia di invecchiamento attivo a livello regionale, con il coinvolgimento di tutti gli assessorati/i servizi regionali, oltre che altri importanti attori istituzionali regionali</p> <p>Obiettivi di breve termine a) Costituzione di un Osservatorio nazionale per l'invecchiamento attivo. b) Costituzione di strumenti regionali come "Tavoli regionali permanenti sull'invecchiamento attivo"</p>
<p>Commitment 2: Integrazione e partecipazione degli anziani nella società: Assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società</p>	<p>Raccomandazione n.3 Assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società a livello nazionale e regionale attraverso normative adeguate e specifiche.</p> <p>Raccomandazione n.4 Far sì che la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società come previsto in leggi, decreti, delibere e altri documenti normativi, si concretizzi e non resti solo sulla carta.</p> <p>Obiettivi di breve termine: a) Approvazione e implementazione di una legge quadro nazionale sulla promozione dell'invecchiamento attivo che si occupi di definire vari parametri, tra cui un livello minimo che tutte le Regioni dovrebbero garantire, e di assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società, alla quale le attività regionali e locali in tale ambito possano riferirsi. b) Approvazione e implementazione di leggi regionali sulla promozione organica dell'invecchiamento attivo tra i suoi vari ambiti, o simili normative.</p>

¹⁰⁸ Dipartimento per le Politiche della Famiglia, INRCA (2020), *Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia. Rapporto sullo stato dell'arte*, Progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", Work Package 2 – Task 1, novembre, <https://famiglia.governo.it/media/2132/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia.pdf>

¹⁰⁹ Dipartimento per le Politiche della Famiglia, INRCA (2021), *Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo*, Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", Work Package 2 – Task 2, aprile, <https://famiglia.governo.it/media/2329/raccomandazioni-per-ladozione-di-politiche-in-materia-di-invecchiamento-attivo.pdf>

<p>SDG 17: Rafforzare il partenariato</p>	<p>Raccomandazione n.5 È necessario che tutti gli strumenti di lungo periodo per l'analisi, la programmazione, implementazione e monitoraggio in ambito di invecchiamento attivo, da prevedere sia a livello nazionale che a livello regionale/locale (osservatori, tavoli, gruppi o consulte) oltre che rappresentanti degli organi di Governo legati alla creazione di politiche, includano tutti gli stakeholder rilevanti (provenienti dal Terzo settore e dalla società civile, dal mondo accademico-scientifico, dalle reti/parteneriati già realizzati dalle Amministrazioni centrali, ecc.) in tutte le fasi, ai fini di co-progettazione e co-decisione, a garanzia dei meccanismi partecipativi anche di tipo bottom-up.</p> <p>Obiettivi di breve termine: a) Confermare la rete di stakeholder creata a livello nazionale, nell'ambito del "Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". b) Creare o implementare una rete di stakeholder a livello regionale, a partire da quelle già attivate dalle Amministrazioni a vari livelli.</p>
<p>Commitment 3, SDG 1, SDG 10: Promuovere la lotta alle disuguaglianze, alla povertà e una crescita economica equa e sostenibile in risposta all'invecchiamento della popolazione</p>	<p>Raccomandazione n.6 Promuovere politiche di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze che garantiscano l'accesso ai percorsi di invecchiamento attivo anche per gli anziani in condizioni di fragilità, sia socioeconomica che da un punto di vista della salute. Non solo tramite l'erogazione di contributi, ma anche attraverso la creazione di opportunità di accesso, per queste fasce svantaggiate di popolazione, ai vari ambiti di invecchiamento attivo, sfruttando le specifiche caratteristiche del territorio e favorendo lo sviluppo delle competenze digitali tra le persone anziane.</p> <p>Obiettivi di breve termine: a) Potenziare, a livello di Ambito sociale, la costituzione o l'implementazione di sportelli dedicati a un accompagnamento delle persone anziane, verso i percorsi di invecchiamento attivo, che tenga conto delle disuguaglianze. b) Favorire lo sviluppo e il coordinamento di iniziative nazionali e regionali volte a ridurre il digital divide della popolazione anziana e a promuovere l'alfabetizzazione informatica, in quanto azioni in grado di contrastare disuguaglianze e promuovere l'invecchiamento attivo, e anche a garanzia dell'indipendenza e dell'autonomia nella gestione della propria vita e dell'equità di accesso ai servizi e alle informazioni, in risposta ai propri bisogni (cittadinanza digitale).</p>
<p>Commitment 4: Modifica dei sistemi di protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socioeconomiche</p>	<p>Raccomandazione n.7 Al fine di favorire un'adeguata protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socioeconomiche attraverso la costruzione di un nuovo sistema di welfare, è necessario prevedere una governance istituzionale multilivello, sia a livello nazionale che a livello regionale, che integri la prospettiva dell'invecchiamento nell'arco della vita delle persone e nei diversi contesti di convivenza.</p> <p>Obiettivo di breve termine: a) Realizzazione di un sistema di servizi di prossimità, di protezione e integrazione sociale per gli anziani che vivono nelle aree svantaggiate, ad esempio: centri montani, aree interne e periferie.</p>
<p>Commitment 5, SDG 8: Mettere in condizione il mercato del lavoro di rispondere alle conseguenze economiche e sociali dell'invecchiamento della popolazione</p>	<p>Raccomandazione n.8 Promuovere, a tutti i livelli, e in affiancamento a quelle già esistenti, politiche che favoriscano la diffusione dell'<i>age management</i> sia nel settore privato che nel settore pubblico. Tali iniziative sono necessarie a garanzia: - per i lavoratori maturi: dello sviluppo di opportunità e qualità dell'occupazione, risorse e competenze, forme di regolazione e organizzazione del lavoro volte a valorizzare le specifiche differenze intergenerazionali; - per i datori di lavoro: del raggiungimento di migliori risultati economici e in ambito di responsabilità sociale d'impresa, fornendo ai lavoratori maturi un migliore clima aziendale a sostegno della loro motivazione, soddisfazione al lavoro, produttività, valorizzando il potenziale del lavoro in team intergenerazionale, ecc.</p> <p>Raccomandazione n.9 Promuovere a livello nazionale e locale politiche attive del lavoro, funzionali alla riqualificazione professionale, all'aggiornamento delle competenze e al reinserimento occupazionale di tutti coloro che lo desiderano (lavoratori maturi disoccupati, svantaggiati, eventualmente già pensionati, ecc.).</p>
<p>Commitment 6, SDG 4: Promozione dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita e adeguamento del sistema dell'istruzione in risposta al cambiamento delle condizioni economiche, sociali e demografiche</p>	<p>Raccomandazione n.10 Rafforzare l'apprendimento permanente all'interno di una strategia globale che vede il Piano per lo sviluppo delle competenze della popolazione adulta quale strumento strategico, utile a rappresentare una solida base di riferimento per orientare interventi mirati (nei settori e nei territori) finanziabili anche all'interno della programmazione comunitaria.</p> <p>Raccomandazione n.11 Promuovere l'apprendimento permanente favorendo lo scambio intergenerazionale di conoscenze in modo bidirezionale in vari ambiti (ad esempio, trasmissione dei saperi da parte degli anziani; trasmissione delle competenze digitali da parte dei giovani).</p>
<p>Commitment 7, SDG 3: Promuovere le iniziative per assicurare la qualità della vita, l'indipendenza, la salute e il benessere a ogni età</p>	<p>Raccomandazione n.12 Prevedere programmi di formazione e politiche, che rafforzino lo sviluppo di una competenza diffusa, nelle comunità, per implementare gli interventi di prevenzione includendo la promozione dell'invecchiamento attivo.</p> <p>Raccomandazione n.13 Creare ponti stabili tra l'aspetto sanitario (medici, geriatri, addetti sanitari in genere) e quello gerontologico (gerontologi, professionisti inerenti all'aspetto sociale relativo all'invecchiamento), anche attraverso formazione bidirezionale agli operatori dei due ambiti, al fine di mettere a frutto e coordinare in maniera più efficace le attività poste in essere in tema di invecchiamento attivo</p>
<p>Commitment 8, SDG5: Valorizzazione dell'approccio di genere in una società</p>	<p>Raccomandazione n.14 Considerare il tema delle disuguaglianze di genere in tutti gli ambiti di invecchiamento attivo.</p> <p>Raccomandazione n.15 Predisporre strumenti di attuazione delle iniziative relative al genere previste dalle normative.</p>

<p>caratterizzata dall'invecchiamento demografico</p>	<p>Raccomandazione n.16 Promuovere specifiche politiche e iniziative per contrastare violenza, abuso e discriminazione nei confronti delle donne anziane, anche alla luce delle trasformazioni familiari in atto, favorendone l'attivazione nei vari ambiti di invecchiamento attivo</p>
<p>Commitment 9, SDG 16: Supporto alle famiglie che forniscono assistenza agli anziani e promozione della solidarietà inter e intragenerazionale</p>	<p>Raccomandazione n.17 Facilitare l'accesso dei caregiver a tutte le informazioni (incluse quelle su come svolgere le attività di cura in relazione alle specifiche patologie di cui soffrono gli anziani), attraverso la creazione di piattaforme digitali dedicate o lo sviluppo di quelle già esistenti anche per momenti di formazione/informazione dei caregiver sulla gestione della malattia.</p> <p>Raccomandazione n.18 Promuovere il riconoscimento dei diritti e delle attività svolte dal caregiver, in una prospettiva di lotta alle disuguaglianze, anche in termini di salute, privilegiando un approccio di genere e creando una rete sociale a sostegno del rapporto tra famiglie e servizi pubblici e privati, con ciò includendo elementi di formazione per gli assistenti familiari.</p> <p>Raccomandazione n.19 Favorire lo sviluppo delle relazioni di cura nei diversi contesti di convivenza, con servizi e dispositivi che garantiscano ad anziani e caregiver la possibilità di coniugare la funzione di cura con l'espressione di una propria progettualità di vita entro le comunità, nei percorsi lavorativi o altri ambiti di 39 invecchiamento attivo (apprendimento e lavoro in contesti non formali, tempo libero, attività culturali, volontariato, ecc.).</p> <p>Raccomandazione n.20 Favorire il dialogo intergenerazionale in maniera positiva e bidirezionale, anche con l'obiettivo di stimolare la prospettiva del ciclo di vita. Obiettivo di breve termine: a) Costituzione di un'anagrafe degli anziani non autosufficienti.</p>

Fonte: Dipartimento per le Politiche della Famiglia, INRCA, 2021

7. Le persone anziane nelle situazioni di emergenza: la pandemia da Covid-19

7.1. La popolazione anziana colpita dalla pandemia da SARS-CoV-2

In accordo ai dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'inizio dell'epidemia fino a settembre 2021, in Italia sono stati riportati 4.645.894 casi confermati di COVID-19 e 129.909 decessi¹¹⁰. Il 16,9% dei casi ha riguardato la classe di età 50-59, il 10,7% quella 60-69, il 7,7% quella 70-79, il 5,7 quella 80-89 e il 2% quella al di sopra dei 90 anni (tabella 3). Nonostante le persone affette al di sopra dei 50 anni abbiano rappresentato complessivamente il 43% del totale, è in questo intervallo di età che si è concentrato il 98,7% dei decessi, con una marcata concentrazione sulla classe 80-89 (40,2%) e un tasso di letalità che, dopo i 70 anni, si è collocato molto al di sopra della media di 2,8.

Fra le donne decedute, il peso delle classi di età più avanzate è risultato più elevato, ma con tassi di letalità più bassi rispetto agli uomini. Nel complesso, le donne hanno rappresentato il 43,5% del totale dei deceduti.

Tabella 3 - Distribuzione dei casi e dei decessi per Covid-19 diagnosticati in Italia per classe di età e genere da inizio epidemia (v. %)

	Uomini			Donne			Totale		
	% su casi totali	% su totale decessi	letalità	% su casi totali	% su totale decessi	letalità	% su casi totali	% su totale decessi	letalità
0-9	6	<0,01	<0,01	5,4	<0,01	<0,01	5,7	<0,01	<0,01
10-19	11,1	<0,01	<0,01	9,8	<0,01	<0,01	10,4	<0,01	<0,01
20-29	13,1	0,1	<0,01	11,9	0,1	<0,01	12,5	0,1	<0,01
30-39	12,6	0,2	0,1	12,7	0,2	<0,01	12,6	0,2	<0,01
40-49	15,4	1,1	0,2	16,3	0,6	0,1	15,9	0,9	0,2
50-59	16,9	4,6	0,9	16,9	2,4	0,3	16,9	3,6	0,6
60-69	11,3	13,3	3,8	10,1	6,6	1,6	10,7	10,4	2,7
70-79	7,9	30,2	12,2	7,4	18,8	6	7,7	25,2	9,2
80-89	4,8	38,6	26,1	6,6	42,3	15,3	5,7	40,2	19,7
90+	1	11,9	39,4	2,9	29	23,9	2	19,3	27,7

Fonte: elaborazione su dati ISS, 2021

Come è stato già detto nell'Introduzione, in Italia la pandemia ha accentuato il declino demografico avviatosi dal 2015, poiché all'aumento dei decessi (+17,6% nel 2020, rispetto al 2019) si sono sommati gli effetti derivanti dalle misure per il contenimento dei contagi, quali le restrizioni di movimento, l'interruzione totale o parziale di attività lavorative o la limitazione nel numero di partecipanti alle cerimonie, fattori che hanno evidentemente contribuito al calo della propensione alla natalità (-3,8% di nascite nel 2020 rispetto al 2019)¹¹¹.

Nel complesso, lo sforzo di contenimento della pandemia da parte del Servizio Sanitario Nazionale ha portato nel 2020 ad una diminuzione delle ospedalizzazioni rispetto al 2019 pari al 21%¹¹². La diminuzione dell'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali al di sopra dei 54 anni è oscillata fra il 18% e il 22%, a fronte di una diminuzione in età pediatrica del 33% e del 22% per gli adulti

¹¹⁰ Istituto Superiore di Sanità (2021), *Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 22 settembre*, Roma, 24 settembre, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19-22-settembre-2021.pdf>

¹¹¹ ISTAT (2021), *La dinamica demografica durante la pandemia Covid-19. Anno 2020*, Statistiche Report, 26 marzo,

¹¹² AGENAS, <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fandamento-ricoveri>

fra 35 e 54 anni¹¹³. La pandemia ha inoltre avuto una influenza anche sulle altre cause di morte, come le cardiopatie ipertensive e il diabete, sia favorendo l'accelerazione dei processi morbosi, sia a causa del sovraccarico delle strutture sanitarie¹¹⁴.

Nelle aree del Paese con il più alto incremento di mortalità riscontrato a seguito della pandemia, si è osservato anche un aumento delle diseguaglianze nelle aspettative di vita connesse a più bassi livelli di istruzione. Le classi centrali hanno visto aumentare di più la mortalità in presenza di più bassi livelli di istruzione, con particolare riguardo alle donne nelle classi di età 35-64 e 65-79¹¹⁵.

La pandemia ha aggravato un insieme di diseguaglianze di salute già presenti fra gli anziani. Nel 2019, sia pur riducendosi rispetto agli anni precedenti, ancora il 10,2% di essi dichiarava che aveva rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria per motivi economici (esami e cure mediche o dentistiche, psicoterapie e farmaci) e il 19,6% di aver rinviato visite mediche, analisi cliniche o accertamenti diagnostici a causa delle lunghe liste di attesa del Servizio Sanitario Nazionale¹¹⁶. Sempre nel 2019, erano risultati ampliati, in tutto il territorio nazionale, i divari connessi alle difficoltà di cura della persona fra gli anziani con livelli di istruzione più bassi, mentre le gravi limitazioni motorie, sensoriali o cognitive risultavano doppiamente diffuse fra di essi rispetto ai coetanei più istruiti. Ugualmente presenti, ma meno evidenti, le differenze connesse a più bassi livelli di reddito¹¹⁷.

7.2. I principali provvedimenti adottati per far fronte all'emergenza

Fra i vari provvedimenti adottati dal Governo per fronteggiare l'emergenza pandemica, oltre a quelli diretti a potenziare le strutture e la dotazione di personale del Servizio Sanitario Nazionale, quelli che più direttamente hanno contribuito a proteggere la popolazione anziana o che possono aver avuto una influenza più diretta sul modo in cui essa ha vissuto la pandemia, hanno riguardato tra gli altri i seguenti ambiti:

- potenziamento delle reti di assistenza sul territorio, anche attraverso l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA (Decreto legge 9 marzo 2020 n. 14), composte da medici e infermieri, cui è stato demandato il compito specifico di valutare, su segnalazione del medico di famiglia o del pediatra, i pazienti Covid positivi o sospetti, sia a domicilio che in altre nelle strutture;
- identificazione delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID che potevano essere differite (16 marzo 2020);
- indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e sociosanitarie (18 aprile 2020);
- misure finalizzate alla conduzione di studi epidemiologici e all'elaborazione di statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione (Decreto legge 10 maggio 2020 n. 30);
- disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, compresa l'istituzione dell'infermiere di famiglia o di comunità e proroga della validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A e dei piani terapeutici (Decreto legge 19 maggio 2020 n. 34);
- disposizioni transitorie per la riduzione delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi sanitari (Decreto legge 14 agosto 2020 n. 104);
- linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19 (1 giugno 2020).

Fra gli altri interventi di supporto, predisposti anche grazie alla collaborazione e all'iniziativa delle ONG e delle associazioni, possono essere ricordati:

¹¹³ ISTAT (2021), *Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese*, Istat, Roma, <www.istat.it/it/archivio/259060>

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Ibidem.

¹¹⁶ ISTAT (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*, Statistiche Report, 14 luglio, <https://www.istat.it/it/files//2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

¹¹⁷ Ibidem.

- servizi di informazione telefonica riguardo ai comportamenti corretti e alle procedure da seguire in caso di sospetto contagio;
- consegna a domicilio di medicinali per persone fragili (disponibili su chiamata telefonica gratuita)
- servizi di spesa a domicilio per anziani e immunodepressi (disponibili su chiamata telefonica gratuita);
- supporto psicologico per anziani soli (Senior Italia, FederAnziani, WINDTRE e Società italiana di psicologia delle emergenze), servizio gratuito telefonico, disponibile dal lunedì alla domenica;
- prosecuzione, sotto la supervisione delle autorità sanitarie locali, dei servizi di assistenza domiciliare e long term care gestiti dai Comuni.

In considerazione del fatto che una ampia porzione della popolazione anziana colpita dal contagio da Covid-19 è rintracciabile fra gli ospiti delle Residenze sanitarie assistite (RSA), in tutte le Regioni è stato attivato un sistema di sorveglianza specifico (Legge n. 77 del 17 luglio 2020) e sono stati elaborati piani territoriali e protocolli per prevenire il contagio e tutelare la salute degli utenti e degli operatori (DPCM del 13 ottobre 2020)¹¹⁸.

A ottobre 2020, risultava deceduto circa l'8,5% delle persone anziane ospitate in RSA, con un tasso di mortalità più elevato rispetto a quello dei degli anziani che vivevano a casa e un rischio di mortalità stimato quattro volte superiore rispetto agli anni precedenti¹¹⁹. La mancanza di personale, le difficoltà o impossibilità di trasferire gli ospiti contagiati o di isolarli, la presenza di più di 60 ospiti e il livello di diffusione del virus nel territorio circostante hanno rappresentato i principali fattori positivamente associati alla diffusione dell'infezione all'interno di queste strutture¹²⁰. Per tutti questi motivi, già a marzo 2020, l'accesso di parenti e visitatori a RSA, *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, era stato più o meno completamente interdetto, così come era stato drasticamente limitata l'ammissione di nuovi assistiti. A riguardo è però emerso evidente da subito il rischio che tali provvedimenti scatenassero sia in anziani cognitivamente in salute, sia in persone con pluripatologie, non autosufficienti e a elevata fragilità degli "scompensi a cascata", suscettibili di determinare la comparsa di eventi terminali fatali¹²¹.

Accanto a questo, il sovraccarico delle strutture ospedaliere ha determinato, in alcuni casi, una evidente marginalizzazione di pazienti fragili, come evidenziato da una analisi condotta a maggio 2020 dal Gruppo di Lavoro Bioetica Covid-19 su un campione rappresentativo di 2.621 cartelle cliniche, che ha mostrato un ridotto accesso alle terapie intensive da parte di pazienti con demenza, in confronto a persone con altra diagnosi¹²². In relazione a tali situazioni, a marzo 2020 la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva ha elaborato un documento di indirizzo¹²³, seguito il 22 ottobre 2020 da un altro testo, elaborato in collaborazione

¹¹⁸ ISS (2021), *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*, Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021,

http://www.quotidianosanita.it/iss_docs/781c424dfb74526dcc47fb9056248241dfedf811.pdf

¹¹⁹ De Girolamo G., Bellelli G., Bianchetti A., Starace F., Zanetti O., Zarbo C., Micciolo R. (2020), *Older People Living in Long-Term Care Facilities and Mortality Rates During the COVID-19 Pandemic in Italy: Preliminary Epidemiological Data and Lessons to Learn*, *Frontiers in Psychiatry*, October 2020, Volume 11,

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.586524/full>

¹²⁰ Lombardo F. L., Bacigalupo I., Salvi E., Lacorte E., Piscopo P., Mayer F., Ancidoni A., Remoli G., Bellomo G., Losito G., D'Ancona F., Bella A., Pezzotti P., Canevelli M., Onder G., Vanacore N. (2021), *The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes*, *Int. J. Geriatric Psychiatry*. 2021; 36:873–882, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.5487>

¹²¹ ISS (2021), *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*, Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021,

http://www.quotidianosanita.it/iss_docs/781c424dfb74526dcc47fb9056248241dfedf811.pdf

¹²² Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici*. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020).

¹²³ SIAARTI (2020), *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 6 marzo 2020, <https://www.flipsnack.com/siaarti/siaarti-covid19-raccomandazioni-di-etica-clinica-2/full-view.html>

con la Federazione Medica (FNOMCeO) per avviare una riflessione specifica e valutare l'opportunità di prevedere modifiche al Codice di Deontologia Medica. A questi interventi ha fatto seguito ad aprile 2020 un apposito parere del Comitato Nazionale di Bioetica¹²⁴.

In tale contesto è emerso in tutta la sua importanza il problema di assicurare alla persona anziana e ai suoi familiari una comunicazione chiara e trasparente in merito alla diagnosi e alle strategie di cura e riabilitazione adottate. A riguardo, oltre a richiamare il dettato legislativo secondo cui "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" (art. 1 comma 8, legge 22 dicembre 2017, n. 219), il Governo ha predisposto il Decreto-legge 5 gennaio 2021, n. 1, regolamentando la manifestazione del consenso al trattamento sanitario con vaccino anti Covid-19 per persone incapaci ricoverate presso RSA, che non si trovino in condizioni di poter esprimere un consenso libero e informato e non dispongano immediatamente di figure giuridiche di tutela e rappresentanza, con le quali il contatto della persona interessata va comunque sempre assicurato e tutelato¹²⁵.

Particolare attenzione è stata infine richiamata, soprattutto alle strutture assistenziali quali le RSA, nei confronti dell'applicazione delle cure palliative e della gestione del fine vita, dal punto di vista fisico, psichico e spirituale¹²⁶.

Per affrontare le difficoltà connesse alla restrizione nell'accesso ai servizi sanitari, la maggior parte delle Regioni e Province Autonome hanno realizzato soluzioni ICT sia per la gestione a distanza dei pazienti Covid-19, sia per continuare a seguire pazienti affetti da patologie quali il diabete, problemi cardiovascolari e patologie tumorali.

Sul versante delle politiche sociali, la sospensione delle attività dei centri diurni e semiresidenziali per persone con disabilità e per anziani è stata accompagnata dalla possibilità di svolgere a domicilio i servizi di tipo sociale che queste stesse strutture erogavano precedentemente alla pandemia (Decreto legge n. 18 del 2020). Tali centri, laddove erogassero servizi connessi al diritto alla salute o altri diritti fondamentali della persona (alimentazione, igiene, accesso a prestazioni specialistiche, etc.), potevano comunque continuare ad operare¹²⁷. Queste stesse strutture, con particolare riguardo a quelle private accreditate, sono state supportate con apposite misure di sostegno per garantire l'approvvigionamento del materiale necessario per fronteggiare l'emergenza (Decreto legge 137 del 2020, convertito con Legge 24 dicembre 2020, n. 176), nonché di altri finanziamenti a supporto dello stesso tipo di servizi erogati da organizzazioni del Terzo settore.

7.3. Le persone anziane nel quadro della fase di ripresa post-pandemica

Nell'ambito delle Politiche sociali, già a giugno 2020 il progetto EduCare del Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha avviato il supporto finanziario a interventi finalizzati a delineare nuovi scenari di coesistenza tra distanziamento sociale e attività ludiche ed educative, allo scopo di accompagnare il graduale ritorno alla vita collettiva. Rientrano fra questi anche progetti di sostegno del dialogo inter-generazionale tra bambini, ragazzi, adulti e anziani e le loro famiglie¹²⁸.

Durante il 2020, gli interventi pubblici fiscali e redistributivi hanno comportato una riduzione complessiva della disuguaglianza, misurata dall'indice di Gini, da 44,3 a 30,2 punti¹²⁹. I trasferimenti pensionistici hanno rappresentato gli interventi con un impatto più rilevante, cui si

¹²⁴ Comitato Nazionale di Bioetica (2020), COVID19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del 'triage' in emergenza pandemica", 8 aprile, <https://bioetica.governo.it/it/>

¹²⁵ ISS (2021), Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici, Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021, http://www.quotidianosanita.it/iss_docs/781c424dfb74526dcc47fb9056248241dfedf811.pdf

¹²⁶ Ibidem.

¹²⁷ Camera dei Deputati, Servizio Studi (2021), Politiche sociali per fronteggiare l'emergenza coronavirus, 28 luglio, <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1215181.pdf?1595599757144>

¹²⁸ Camera dei Deputati, Servizio Studi (2021), Politiche sociali per fronteggiare l'emergenza coronavirus, 28 luglio, <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1215181.pdf?1595599757144>

¹²⁹ ISTAT (2021), *La redistribuzione del reddito in Italia. Anno 2020*, 27 luglio, <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Redistribuzione-reddito-Italia.pdf>

sono aggiunte le principali misure di sostegno al reddito da lavoro e familiare (Cassa integrazione e RdC) e via via il Reddito di emergenza e i sostegni finanziari per i lavoratori autonomi e domestici. Nello specifico, gli interventi straordinari per l'emergenza hanno consentito di ridurre il rischio di povertà dei disoccupati di circa 6,9 punti percentuali, degli inattivi di 3,5 punti e dei lavoratori autonomi di 2,6.

Da gennaio 2021 anche in Italia è iniziata una massiccia campagna vaccinale, connessa agli obiettivi stabiliti in sede UE. I lavoratori del Sistema Sanitario Nazionale e gli ospiti anziani delle residenze sanitarie assistite hanno rappresentato i primi gruppi-target coinvolti, seguiti da febbraio dalla popolazione over 80, da persone a rischio a causa di presenza di comorbidità o immunodeficienza o da altri gruppi prioritari quali il personale scolastico, le forze armate o la polizia. Successivamente la campagna è proceduta assumendo la classe di età via via più giovane come criterio organizzatore per il reclutamento, che comunque è stato sempre effettuato su base volontaria¹³⁰.

A sette mesi dalla somministrazione della seconda dose, l'efficacia del vaccino nell'escludere la diagnosi da Covid-19 è stata pari all'89%, mentre a sei mesi dalla seconda dose è salita al 96% l'esclusione dal ricovero con una protezione dal rischio di morte pari al 99%. Questi dati sono stati osservati in tutte le classi di età, tranne negli over 80 o gli ospiti delle residenze sanitarie, per i quali l'efficacia del vaccino a sei mesi dalla seconda dose era scesa all'84%¹³¹.

A fine settembre, 3,5 milioni di over 50 non risultavano vaccinati. Di questi 1,68 milioni appartenevano alla classe d'età 50-59 e circa 917 mila a quella successiva 60-69. Nelle classi più giovani, 2,1 milioni di persone non risultavano vaccinate fra i 40 e 49 anni; 1,9 milioni nella classe 30-39, 1,4 milioni in quella 20-29 e 1,8 fra 12 e 19 anni. Per far fronte ai rischi potenziali connessi con la graduale riapertura di tutte le attività economiche, il Governo ha quindi introdotto l'obbligo del possesso da parte di tutti i lavoratori pubblici e privati della certificazione verde COVID-19 (Green Pass) e il rafforzamento del sistema di screening (Decreto legge 21 settembre 2021, n. 127). L'obbligo resterà in vigore dal 15 ottobre al 31 marzo 2022, termine attuale di cessazione dello stato di emergenza promulgato dal Governo.

Secondo i dati forniti dal Governo italiano¹³², alla data di redazione del presente rapporto, l'80,73% della popolazione over 12 risultava aver completato il ciclo vaccinale di due dosi. La fascia d'età 50-59 mostrava una percentuale di copertura pari all'81,8%, quella 60-69 dell'86,8%, quella 70-79 del 90,5%, quella over 80 del 93,1%, cui si aggiunge un 5,6% cui è stata attualmente somministrata una terza dose di richiamo.

¹³⁰ ISS (2021), *Impact of COVID-19 vaccination on the risk of SARS-CoV-2 infection and hospitalization and death in Italy* (27.12.2020 - 29.08.2021), Report n. 4, 30 settembre, https://www.iss.it/documents/20126/0/report_on_vaccine_effectiveness_Italy+%281%29.pdf/53d71dc2-c8c5-24c1-3467-705a8587a339?t=1633529045681

¹³¹ Ibidem.

¹³² <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>