



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in
MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

LE POLITICHE PER LA NON-AUTOSUFFICIENZA DEGLI ANZIANI

POLICIES FOR THE NON-SELF-SUFFICIENCY OF THE ELDERLY

Relatore: Chiar.mo

Prof. Marco Arlotti

Tesi di Laurea di:

Angela Placentino

Anno Accademico 2025 – 2026

RINGRAZIAMENTI

Al Professore Arlotti che mi ha seguita pazientemente nella stesura di questo lavoro, guidandomi con attenzione, cura e professionalità. Lo ringrazio sentitamente per la sua costante disponibilità, per aver rappresentato una guida autorevole e uno stimolo continuo lungo tutto il percorso.

Ai miei figli Antonio Pio ed Emma, la parte più bella e migliore di me, che hanno saputo attendere pazientemente questo momento colmando le mie assenze con pazienza e amore.

A Pasqui. Grazie per aver creduto in questo percorso più di me e per aver sopportato le mie ansie, i caffè di troppo e i momenti di stress. Senza il tuo sostegno, la tua infinita pazienza e la tua capacità di non annoiarmi mai, tutto questo non sarebbe stato possibile, specialmente perché da domani prometto che smetterò di parlare di capitoli, bibliografia e revisioni.

Ai miei genitori, Donato e Lucia, per i preziosi valori e gli insegnamenti che mi hanno donato. Quanto avrei voluto con tutto il cuore averli qui al mio fianco per condividere questa gioia.

A tutti i testimoni che hanno generosamente donato il loro tempo e condiviso le proprie esperienze attraverso le interviste, permettendomi di realizzare questo lavoro, arricchendolo di valore umano e scientifico.

All'Assessore alle Politiche Sociali, Welfare, Salute, Disabilità, Pari Opportunità e Politiche Europee del Comune di Pordenone Guglielmina Cucci.

ABSTRACT

La presente tesi affronta il tema della non autosufficienza negli anziani in Italia, analizzandolo in un'ottica multidimensionale che integra la dimensione demografica, quella del welfare, l'assetto dei servizi e la prospettiva degli operatori sul campo. Il tema è di stringente attualità: l'Italia è tra i Paesi più anziani d'Europa, con oltre 14 milioni di ultra sessantacinquenni (il 24,3% della popolazione), un tasso di fecondità sceso a 1,20 figli per donna e proiezioni che stimano al 34,5% la quota di anziani nel 2050. A questa transizione demografica si accompagna la trasformazione delle famiglie sempre più piccole, frammentate e meno capaci di garantire la cura informale rendendo la non autosufficienza una sfida che investe l'intero equilibrio socioeconomico del Paese.

L'obiettivo del lavoro è duplice. Da un lato, ricostruire il quadro normativo e organizzativo delle politiche per la non autosufficienza (Long Term Care) in Italia, evidenziandone la frammentazione territoriale e le recenti traiettorie di riforma. Dall'altro, verificare sul campo l'efficacia delle risposte assistenziali, con un focus specifico sul Friuli-Venezia Giulia quarta regione più anziana d'Italia, con un indice di vecchiaia del 252,2%. A tal proposito è stato indagato, più approfonditamente, il caso della provincia di Pordenone.

Sul piano metodologico, i primi cinque capitoli sviluppano un'analisi di sfondo fondata su fonti statistiche, letteratura scientifica e documentazione normativa, esaminando: l'invecchiamento demografico e i bisogni ad esso correlati; i modelli europei di Welfare State e il "trilemma della Long Term Care"; il mosaico dei modelli regionali italiani di assistenza; le riforme introdotte dal PNRR, dal D.M. 77/2022 e dalla Legge Delega 33/2023; il sistema di integrazione socio-sanitaria del

Friuli Venezia Giulia. Il sesto capitolo restituisce l'analisi empirica: un'indagine qualitativa condotta nell'Ambito Noncello (Pordenone) attraverso dieci interviste semi-strutturate rivolte a testimoni privilegiati amministratori, coordinatori socio-sanitari, medici, rappresentanti sindacali, operatori del Terzo Settore e referenti di strutture residenziali selezionati per la diversità di ruolo e competenza.

Dall'analisi emerge un sistema nazionale di Long Term Care caratterizzato da una profonda frammentazione, in cui l'assenza di una legge-quadro ha generato una cittadinanza sociale a geometria variabile, dove il luogo di residenza determina la qualità dell'assistenza ricevuta. Il Friuli-Venezia Giulia si distingue per un modello avanzato, fondato sulla domiciliarità e su strumenti come il Fondo per l'Autonomia Possibile, ma non esente da criticità nell'integrazione dei flussi informativi tra comparto sociale e sanitario. L'indagine empirica conferma la crescita sostenuta della domanda assistenziale nel pordenonese (+23,6% di diagnosi sociali nel 2025) e fa emergere quattro concetti-cardine trasversali alle testimonianze: rete, comunità, dignità e intervento "sartoriale", inteso come progettualità personalizzata capace di adattarsi alla complessità di ogni nucleo familiare. Le criticità principali riguardano la persistente separazione operativa tra servizi sociali e sanitari, la povertà invisibile degli anziani e il rischio di una crescente privatizzazione del welfare.

La tesi conclude evidenziando come la non autosufficienza non costituisca un problema privato delle famiglie, ma una questione di responsabilità collettiva, e che l'umanizzazione delle cure intesa come centralità della persona e della sua dignità in ogni intervento rappresenta il presupposto irrinunciabile per qualsiasi riforma del sistema.

INTRODUZIONE.....	9
CAPITOLO 1.....	14
L'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO, TRASFORMAZIONE DELLE FAMIGLIE E CONSEGUENTI BISOGNI SOCIO-ECONOMICI	
1.1 LA DEFINIZIONE DI ANZIANITÀ.....	14
1.2 IL CONCETTO DI INVECCHIAMENTO.....	15
1.3 LE CAUSE DELL'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO.....	17
1.4 LA SITUAZIONE RECENTE E IL CONFRONTO CON L'EUROPA.....	25
1.5 I BISOGNI COLLEGATI ALL'INVECCHIAMENTO.....	26
1.6 LA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO.....	27
1.7 LA TRASFORMAZIONE DELLE STRUTTURE FAMILIARI: SEMPRE PIÙ NUCLEI, SEMPRE PIÙ PICCOLI.....	31
1.8 I BISOGNI E I DISAGI DEGLI ANZIANI.....	33
CAPITOLO 2.....	36
IL WELFARE STATE	
2.1 CHE COS'É IL WELFARE STATE.....	36
2.2 BREVI CENNI STORICI DEL WELFARE IN EUROPA E SUA EVOLUZIONE.....	41
2.3 CLASSIFICAZIONE DEI MODELLI DI WELFARE STATE IN EUROPA.....	43
2.4 I NUOVI RISCHI SOCIALI.....	49
2.5 LE POLITICHE DI LONG TERM CARE.....	51

CAPITOLO 3.....	60
MODELLI DI WELFARE REGIONALI E PRINCIPALI AMBITI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
3.1 TERRITORIALIZZAZIONE DELLE POLITICHE.....	60
3.2 ADI.....	63
3.3 SAD.....	70
3.4 I SERVIZI RESIDENZIALI.....	76
3.5 IDA.....	80
3.6 LE ASSISTENTI FAMILIARI.....	85
3.7 IL SOSTEGNO AI CAREGIVER.....	88
3.8 MODELLI ASSISTENZIALI DELLE REGIONI.....	91
 CAPITOLO 4.....	 97
LE RECENTI RIFORME DELLA LONG TERM CARE	
4.1 MISSIONE 5 DEL PNRR INCLUSIONE E COESIONE.....	98
4.2 MISSIONE 6 DEL PNRR SALUTE.....	100
4.3 DM 77/2022.....	103
4.4 LEGGE 33/2023 (Legge Delega) e D.lgs n.29/2024.....	109
 CAPITOLO 5.....	 115
FOCUS FRIULI VENEZIA GIULIA	
5.1 PANORAMA SOCIO-DEMOGRAFICO.....	115
5.2 QUALITA' DEI SERVIZI.....	117
5.3 LEGGI REGIONALI.....	120
5.4 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	126

5.5 INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI E INTERVENTI.....	130
--	-----

CAPITOLO 6.....	138
------------------------	------------

FOCUS PORDENONE

6.1 IL CONTESTO DI STUDIO.....	139
6.2 LA MULTIPROBLEMATICITA' E LA TRAIETTORIA DELLA FRAGILITA'	141
6.3 ISOLAMENTO SOCIALE, DESTRUTTURAZIONE FAMILIARE E BARRIERE STRUTTURALI.....	142
6.4 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE E IL PARADOSSO DEL VOLONTARIATO...	145
6.5 DIGITALIZZAZIONE.....	147
6.6 POVERTA' INVISIBILE.....	148
6.7 PRIVATIZZAZIONE DEL WELFARE E RISPOSTE SOLIDALI.....	149
6.8 MICROCRIMINALITA' E RETI DI PROSSIMITA'	150
6.9 DIFFERENZA DI GENERE NELLA GESTIONE DELLA FRAGILITA'	151
6.10 TRAUMA DEL CAREGIVER E INDEBOLIMENTO DELLA SOLIDARIETA' FAMILIARE.....	151
6.11 DETERIORAMENTO COGNITIVO E LE SFIDE DEL TERZO SETTORE.....	152
6.12 DIFFICOLTA' NELL'ASSUNZIONE DI FARMACI.....	154
6.13 CRISI DEGLI ORGANICI E MODELLO DI RECLUTAMENTO.....	154
6.14 CARENZA DI FIGURE RELIGIOSE.....	158
6.15 BISOGNI DI SOCIALIZZAZIONE E INVECCHIAMENTO ATTIVO.....	159
6.16 FRAMMENTARIETA' ISTITUZIONALE E GOVERNANCE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI.....	160
6.17 IL SUPPORTO AL CAREGIVER FAMILIARE E L'INTERCETTAZIONE DEI BISOGNI SILENTI.....	164
6.18 AUTOESCLUSIONE E DISINFORMAZIONE SUI SERVIZI.....	167

6.19 CONFLITTUALITA' CON I CAREGIVER.....	169
6.20 CASE DI RIPOSO E LISTE DI ATTESA.....	170
6.21 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO.....	172
6.22 CASI SOCIALI.....	172
6.23 ABITARE SOCIALE.....	173
6.24 I COSTI E LA SOSTENIBILITA' ECONOMICA.....	176
CONSIDERAZIONE DI SINTESI.....	177
 CONCLUSIONI	 178
ALLEGATO	187
BIBLIOGRAFIA	190

INTRODUZIONE

L'invecchiamento progressivo della popolazione rappresenta una delle sfide strutturali più complesse del XXI secolo. Secondo i più recenti dati Istat (2024), l'invecchiamento demografico in Italia ha subito un'accelerazione significativa: in soli vent'anni, l'età media della popolazione è passata da 42,3 a 46,6 anni. Attualmente, gli individui oltre i 65 anni superano i 14 milioni, incidendo per il 24,3% sul totale dei residenti. Tale tendenza è destinata a consolidarsi nel lungo periodo; le proiezioni per il 2050 stimano infatti che la quota di over 65 possa raggiungere il 34,5% dell'intera popolazione nazionale (Istat 2024). Parallelamente all'allungamento della vita media, favorito dai progressi scientifici e sociali, si è assistito a un aumento delle cronicità. Di conseguenza, la non autosufficienza è divenuta una sfida strutturale che richiede un cambio di modello nei sistemi di welfare. Tale transizione segna una fase di fragilità acuta: il declino dell'autonomia funzionale non colpisce infatti soltanto il singolo, ma investe l'intero equilibrio del sistema famiglia. La presente tesi si propone di analizzare il fenomeno della non autosufficienza e le sue ricadute in un'ottica multidimensionale. L'analisi si focalizza, nello specifico, sul contesto nazionale e su quello della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, approfondendo l'assetto dei servizi assistenziali e sottolineando il ruolo cruciale delle recenti riforme nel processo di riorganizzazione del sistema. Oltre agli interessi personali e professionali, la scelta di questo tema scaturisce dalla necessità di comprendere l'efficacia dei modelli di protezione per gli anziani non autosufficienti. Il focus è posto sull'equità dell'accesso alle cure e sull'efficienza delle prestazioni, con particolare attenzione all'integrazione tra servizi sociali e sanitari. Attraverso l'analisi delle innovazioni tecnologiche e del quadro

normativo, la tesi sostiene la necessità di preservare la dignità della persona fragile. L'assunto di fondo è che la persona in età avanzata rappresenti una risorsa collettiva: un ponte tra passato e futuro capace di trasmettere conoscenze indispensabili alla società contemporanea. La tesi si sviluppa attraverso sei capitoli, finalizzati a restituire una prospettiva multidisciplinare e complessa della condizione anziana, esplorandone le diverse sfaccettature sociali, cliniche e assistenziali.

Il primo capitolo spiegherà perché la popolazione italiana stia divenendo sempre più anziana e cosa comporta questo cambiamento per le famiglie e per l'economia. La spiegazione tratterà quattro temi principali: il concetto di "invecchiamento", le statistiche relative alla "crisi" demografica, il concetto di "fragilità" con riferimento alla popolazione anziana e l'evoluzione delle strutture familiari. Il capitolo trarrà la conclusione che l'invecchiamento è non solo una questione sanitaria, ma anche una sfida sociale, che richiede nuovi e maggiori investimenti.

Il secondo capitolo esplorerà la nascita, l'evoluzione e le diverse forme dello Stato sociale, analizzando come la protezione dai rischi (malattia, vecchiaia, povertà), nata come semplice assistenza privata gratuita, sia divenuta nel tempo un vero e proprio diritto dei cittadini. In seguito, si riprenderà la classificazione dei modelli europei di Stato sociale di Ferrera (2006), si esamineranno i "nuovi rischi sociali" (Ranci, Pavolini 2021) e si analizzerà l'assistenza a lungo termine per i non-autosufficienti. Si vedrà come i diversi sistemi europei cerchino di proteggere la popolazione anziana e quali siano gli ostacoli politici ed economici che rendono l'assistenza a lungo termine l'anello debole ed al contempo fondamentale dello Stato sociale odierno.

Il terzo capitolo analizza l'assetto dello Stato sociale italiano nel settore dell'assistenza a lungo termine, evidenziando come l'assenza di una legge-quadro

nazionale abbia generato un sistema frammentato in molteplici modelli regionali. Il cuore della riflessione risiede nel concetto di “territorializzazione delle politiche”, processo che permette di rispondere ai bisogni dei cittadini in modo relativamente rapido, ma crea anche profonde disuguaglianze geografiche nell’assistenza. L’analisi prenderà in esame i principali ambiti dell’assistenza agli anziani non autosufficienti: ADI (assistenza domiciliare integrata), SAD (servizio di assistenza domiciliare), servizi residenziali, IDA (indennità di accompagnamento), assistenti familiari e sostegno ai caregiver.

Il quarto capitolo volge l’attenzione alla Missione 5 “Inclusione e Coesione” e alla Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, alla Legge Delega n°33 del 2023 e al Decreto legislativo n°29 del 2024 e al DM 77/2022. Si tratta di importanti provvedimenti che mirano a, riformare il sistema in modo che questo operi una funzione di raccordo e coordinamento tra il piano sanitario e sociale, intervenendo nella definizione degli interventi che siano efficaci per le persone anziane e le loro famiglie.

Il quinto capitolo esamina l'evoluzione del sistema normativo del Friuli-Venezia Giulia, evidenziando come la Regione abbia risposto alle pressanti sfide demografiche attraverso una legislazione innovativa orientata al superamento del modello assistenziale tradizionale. L’analisi si sofferma sulla transizione verso un paradigma proattivo e abilitante, in cui strumenti come il Fondo per l’Autonomia Possibile (FAP) e il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) non agiscono come meri erogatori di sussidi, ma come motori di una progettualità condivisa tra istituzioni, cittadini e territorio. Particolare rilievo viene dato alla recente riforma del caregiver familiare, che trasforma questa figura da supporto informale a risorsa

strutturale e certificata del sistema, e all'introduzione di modelli avanzati di domiciliarità comunitaria e budget di salute. Queste innovazioni delineano un welfare di prossimità capace di integrare le cure medico-riabilitative con la valorizzazione dei legami umani, mirando a garantire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita attraverso una sinergia sempre più stretta tra il sistema pubblico, il Terzo Settore e le reti di solidarietà locale.

Il sesto capitolo è dedicato all'analisi e alla elaborazione del materiale empirico raccolto sul campo nel territorio pordenonese (Ambito Noncello, Provincia di Pordenone), con l'obiettivo di tracciare un quadro chiaro delle politiche per la non autosufficienza degli anziani, mettendone in luce i punti di forza, le tensioni e le risposte più innovative. Attraverso la voce dei testimoni privilegiati, del welfare locale, (amministratori pubblici, coordinatori sociosanitari, rappresentanti sindacali e attori del Terzo Settore) la ricerca esplora il delicato passaggio da una cura di tipo puramente assistenziale e reattivo a un sistema integrato e proattivo, fondato sulla comunità.

Nelle conclusioni si analizza il fenomeno della non autosufficienza e l'efficacia dei modelli di protezione sociale di fronte all'invecchiamento demografico, valutando il livello di integrazione reale tra l'asse sociale e quello sanitario. Attraverso l'approfondimento teorico-normativo e l'analisi qualitativa condotte all'interno della presente tesi, si intende evidenziare uno spostamento della domanda assistenziale verso bisogni di natura cognitiva e psicosociale che mette in crisi il tradizionale modello familiare. I risultati mostrano che, nonostante un quadro di riforme ambizioso, persistono frammentazioni istituzionali e barriere burocratiche anche in contesti dove tradizionalmente la rete dei servizi è più strutturata, delineando la

necessità di potenziare la domiciliarità, ridefinire la governance dei servizi e superare la standardizzazione delle prestazioni a favore di pratiche di intervento maggiormente basate sulla personalizzazione e sulla dimensione relazionale della cura.

CAPITOLO 1

L'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO, TRASFORMAZIONE DELLE FAMIGLIE E CONSEGUENTI BISOGNI SOCIO-ECONOMICI

1.1 LA DEFINIZIONE DI ANZIANITÀ

Il concetto di persona anziana non si basa su una definizione univoca e rigida, ma si adatta a una serie di criteri che variano a seconda del contesto in cui viene utilizzato.

Anziano, nel dizionario della lingua italiana (Hoepli), è la parola che identifica “chi è di età avanzata” o “in là con gli anni”. La persona anziana è anche colei che vanta la maggiore età in un determinato gruppo di persone. Ogni quadro demografico adotta alcuni valori soglia per definire la distribuzione della popolazione anziana. Ad esempio, l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) adotta diversi parametri per definire la popolazione anziana (Istat 2025):

- Criteri demografici: basati puramente sull'età anagrafica.
- Criteri economici: legati all'età pensionabile, che può variare tra i 60 e i 70 anni.
- Criteri biologici: fondati sull'età in cui le disabilità psicofisiche diventano più evidenti, generalmente tra i 60 e i 75 anni.

In alcuni contesti scientifici e sociali, la popolazione anziana viene ulteriormente segmentata in tre fasce principali (Ibidem):

- Giovani anziani: individui di età compresa tra i 65 e i 74 anni.
- Medi anziani: persone tra i 75 e gli 84 anni.

- Grandi anziani: chi ha superato gli 85 anni.

Queste classificazioni evidenziano la necessità di superare una visione unica della terza età, riconoscendone le diverse sfumature e le specificità di ogni segmento (Colombo 2017).

1.2 IL CONCETTO DI INVECCHIAMENTO

L'invecchiamento della popolazione è un processo demografico complesso che coinvolge aspetti sociali, culturali ed economici e rappresenta una delle sfide di maggior portata del XXI secolo (Arup 2015).

È un processo universale che tutti gli esseri viventi sperimentano, ma al tempo stesso è profondamente soggettivo (Annacontini et al. 2012). Sebbene sia un percorso biologico naturale, è anche influenzato da fattori psicologici e culturali e da variabili socio-economiche (Ibidem).

L'invecchiamento è un processo biologico universale associato all'accumulo graduale di vari danni molecolari e cellulari; tali danni portano nel tempo ad una diminuzione delle riserve fisiologiche, a un aumento del rischio di insorgenza di malattie cronico-degenerative e a un generale declino delle capacità individuali come sottolinea l'OMS.

La ricerca distingue quattro processi di invecchiamento evidenziando come l'esperienza di ciascun individuo sia altamente personalizzata e che non segue un percorso unico per tutti gli individui (Baroni 2010).

Abbiamo l'invecchiamento primario, secondario, terziario e differenziato (Ibidem).

L'invecchiamento primario (o invecchiamento "normale") fa riferimento ai cambiamenti inevitabili e universali che si verificano con l'avanzare dell'età. Questi

processi sono una parte intrinseca del ciclo vitale e non sono il risultato di malattie o fattori ambientali esterni (Ibidem). A livello biologico e cognitivo, l'invecchiamento primario si manifesta con un rallentamento generale dei tempi di reazione e dell'elaborazione delle informazioni (Ibidem). Tuttavia, a questa diminuzione dell'intelligenza fluida (la capacità di risolvere nuovi problemi) si contrappone spesso un aumento dell'intelligenza cristallizzata (l'insieme delle conoscenze, delle competenze e dell'esperienza accumulate) (Ibidem). A livello psicologico, la maggior parte dei tratti della personalità tende a rimanere stabile (Ibidem).

L'invecchiamento secondario (o invecchiamento "patologico") si distingue dal primario per l'insorgenza di malattie e condizioni croniche che accelerano o modificano il processo di invecchiamento (Ibidem). La linea di demarcazione tra invecchiamento primario e secondario non è sempre netta, poiché molte patologie si sovrappongono e interagiscono con i naturali processi di declino (Ibidem). A differenza dei cambiamenti primari, spesso irreversibili, le manifestazioni dell'invecchiamento secondario (come malattie cardiovascolari, diabete o artrosi) possono essere gestite, curate o rallentate attraverso interventi medici, terapeutici e modifiche dello stile di vita (Ibidem).

L'invecchiamento terziario descrive la fase di declino rapido e irreversibile che precede la morte (Ibidem). Questa fase si manifesta con un deterioramento progressivo e significativo delle funzioni cognitive e fisiche, che può durare per mesi o anni (Ibidem). È caratterizzato da una perdita di autonomia e un'accelerata degenerazione delle prestazioni generali dell'individuo (Ibidem).

L'invecchiamento differenziale sottolinea il carattere altamente individualizzato dell'invecchiamento (Ibidem). Questo concetto, supportato da numerose ricerche

correlate, evidenzia come ogni persona segua un proprio percorso di invecchiamento, influenzato da una complessa interazione di fattori genetici, stili di vita, ambiente sociale e qualità delle cure (Ibidem). Non esiste, quindi, un modello standard, ma una varietà di traiettorie che rendono l'esperienza dell'invecchiamento unica per ogni individuo (Baroni 2010).

1.3 LE CAUSE DELL'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO

L'invecchiamento della popolazione in Italia è un fenomeno demografico guidato principalmente da due dinamiche interconnesse (Caltabiano 2023): la contrazione delle nascite (fenomeno noto come “invecchiamento dal basso”) e l'incremento della longevità (fenomeno noto come “invecchiamento dall'alto”). La diminuzione della natalità è un fattore cruciale, influenzato sia dal calo del tasso di fecondità che dalla riduzione del numero di donne in età riproduttiva (Ibidem).

Il tasso di fecondità totale in Italia ha mostrato una tendenza al ribasso quasi costante negli ultimi decenni, ed è sceso a 1,20 figli per donna nel 2023, mentre era di 1.24 figli nel 2022, di 1,25 figli nel 2021, di 1,45 figli nel 2008 e ha toccato il massimo storico di 2,70 figli per donna nel 1964, negli anni del baby boom. Il minimo storico di 1,19 figli per donna è stato registrato nel 1995. (Figura 1)

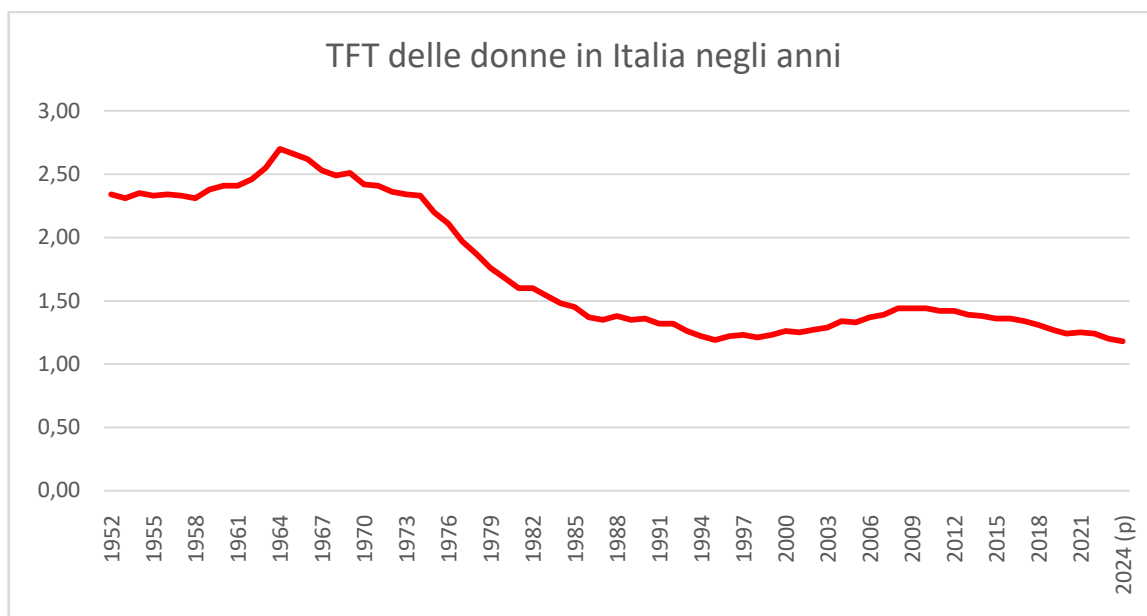


Figura 1: Tasso di Fecondità Totale delle donne in Italia (1952-2024)

Fonte: Elaborazione ISTAT- Indicatori di fecondità della popolazione residente.

Diminuisce anche il numero di donne in età riproduttiva (Istat 2024): nel 2017 le donne in questa classe di età sono calate di 900 mila unità rispetto a un decennio prima, nel 2008. Il rapido invecchiamento della popolazione italiana è un fenomeno confermato dalle previsioni demografiche dell'ISTAT aggiornate al 2024 (Ibidem), esso mostra come l'incremento della speranza di vita, permetta a quasi tutti gli individui di raggiungere e vivere a lungo la terza età.

Le recenti previsioni demografiche delineano un futuro di continui mutamenti nella struttura della popolazione italiana, che si tradurranno in un processo di auto-rafforzamento dell'invecchiamento (Ibidem). Sebbene l'immigrazione contribuisca positivamente, non è sufficiente a compensare la tendenza (Ibidem). Nello specifico, si prevede che (Ibidem):

La popolazione residente scenderà gradualmente dagli attuali 59 milioni (Figura 2) a circa 54,7 milioni entro il 2050.

Population Pyramid of Italy 2023

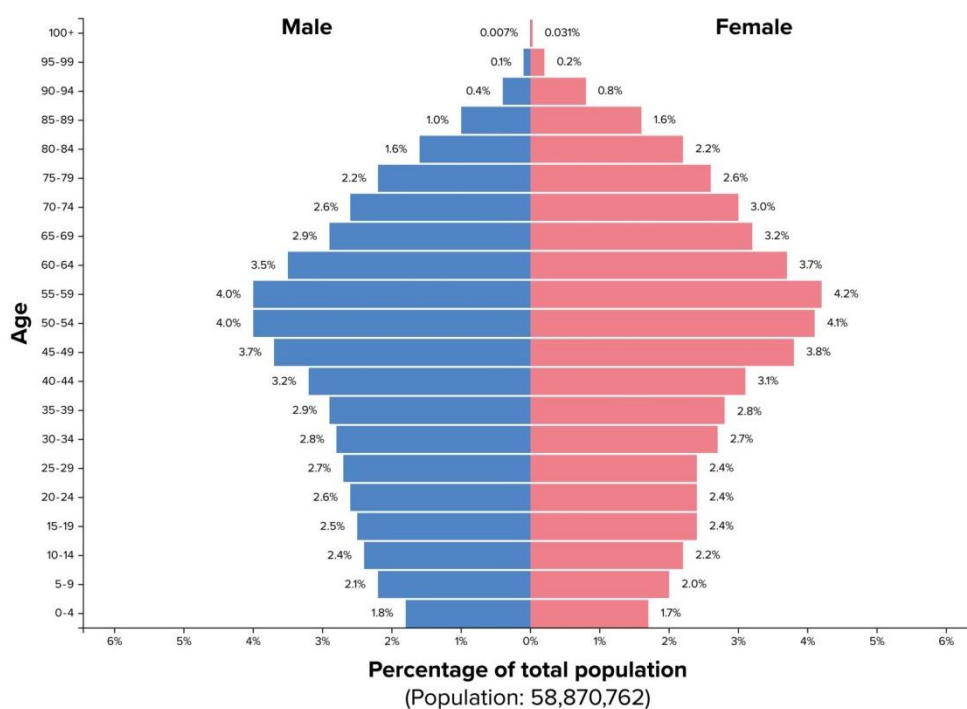


Figura 2: Piramide demografica italiana nel 2023.

Fonte: Alamy (2023).

La percentuale di anziani (65 anni e più) aumenterà significativamente, passando dal 24,3% al 34,6%.

Parallelamente, la quota di individui in età lavorativa (15-64 anni) diminuirà dal 63,5% al 54,3%.

La percentuale di giovani fino a 14 anni si ridurrà leggermente, dal 12,2% all'11,2%.

Gli effetti di questo invecchiamento sono già tangibili. Negli ultimi vent'anni, l'età media della popolazione è aumentata da 42,3 a 46,6 anni nel 2024 (Figura 3).

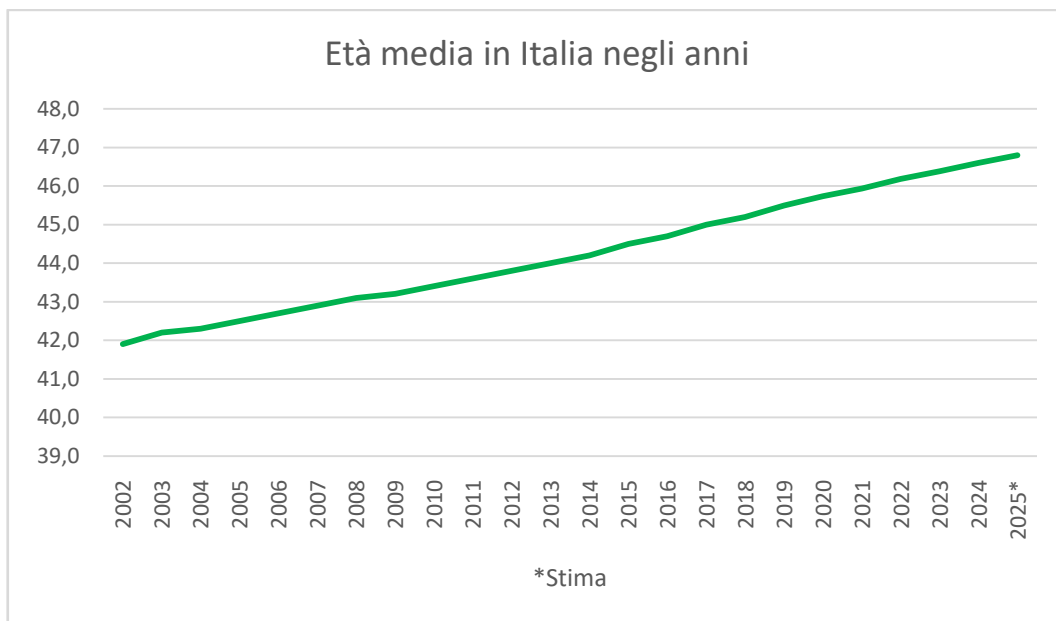


Figura 3: Età media in Italia (2002-2025)

Fonte: Elaborazione ISTAT – Indicatori demografici

L'indice di vecchiaia, che misura il rapporto tra anziani e giovani, ha raggiunto il 199,8%, registrando un incremento di oltre 64 punti percentuali (Figura 4).

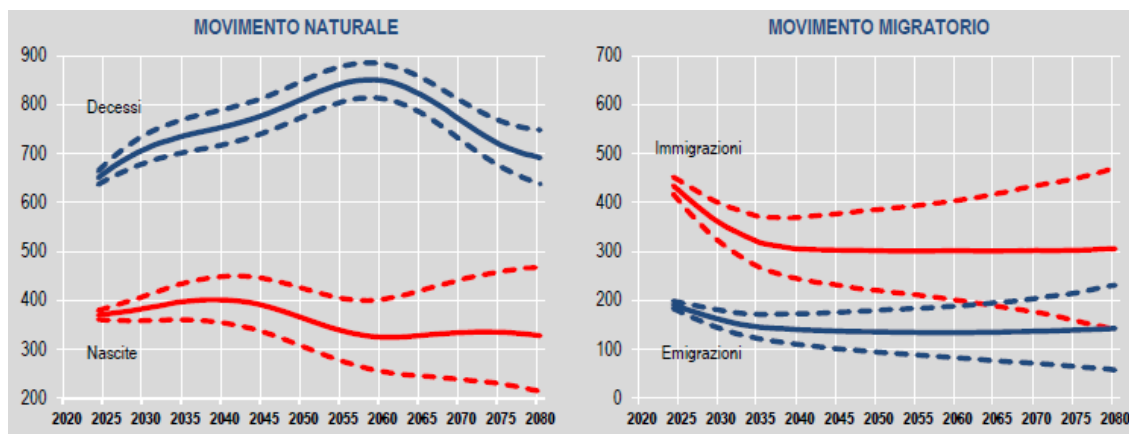


Figura 4: Movimento naturale e migratorio della popolazione, scenario mediano e intervalli di confidenza al 90%. Italia. Anni 2024-2080, dati in migliaia.

Fonte: Elaborazione ISTAT – Report previsioni della popolazione residente delle famiglie.

In questo stesso lasso di tempo:

La popolazione in età lavorativa e giovanile (fino a 15 anni) si è ridotta di quasi 3 milioni di individui.

Il numero di anziani (65 anni e oltre) è cresciuto di oltre 3 milioni, raggiungendo i 14,3 milioni (il 24,3% della popolazione totale).

Di questo gruppo, la popolazione di 75 anni e oltre è aumentata di 3,8 punti percentuali, attestandosi a 7,4 milioni di individui (il 12,6% del totale).

Questi dati confermano l'accelerazione del processo di invecchiamento demografico in Italia, con profonde implicazioni sociali ed economiche.

Ma quale è la motivazione di questo cambiamento in termini di dinamiche sociodemografiche?

Per l'innalzamento dell'aspettativa di vita media, le cause possono ricondursi ai continui progressi nel campo della medicina, della prevenzione e della cura (Allievi 2020). Invece, per le variazioni della fecondità media per donna interagiscono vari fattori, economici e culturali (Ibidem): l'aumento dell'età media dell'entrata in unione e alla prima maternità, che si attesta intorno ai 32 anni; la crescente istruzione femminile sia per quanto riguarda il conseguimento del diploma sia per la laurea, un aspetto che prolunga il tempo di transizione verso l'età adulta influenzando le scelte riproduttive (Ibidem).

Inoltre, molte giovani coppie esitano ad avere figli a causa dell'incertezza economica dovuta a un mercato del lavoro che offre spesso occupazioni precarie, poco retribuite e all'aumento del costo della vita (Angela et al. 2008). La paura del futuro e la mancanza di stabilità finanziaria sono deterrenti significativi (Ibidem).

Infine, pesano i problemi che rimandano alle scarse risorse impiegate dalla politica italiana per i giovani e le famiglie oltre ad un progressivo e fisiologico cambiamento valoriale (Ibidem).

In questo contesto si osserva una notevole differenza nei tassi di fecondità tra cittadine italiane e straniere (Istat 2024). A livello nazionale, le donne immigrate presentano un tasso di fecondità significativamente più elevato rispetto alle donne italiane. Questo divario è particolarmente evidente nel Nord Est dove il tasso di fecondità delle straniere è quasi il doppio di quello delle italiane, e nel sud, tradizionalmente più fecondo, dove la differenza resta consistente (1,83 figli per le straniere contro 1,22 per le italiane) (Ibidem).

Secondo le proiezioni demografiche ISTAT (Figura 5) fino al 2080, si prevede che l'Italia subirà una significativa trasformazione quantitativa e qualitativa. Tra il 2024 e il 2080, si stimano 20,5 milioni di nascite contro 43,7 milioni di decessi, un divario notevole che il saldo migratorio positivo (18 milioni di immigrati contro 8,2 milioni di emigrati) non riuscirà a colmare. Sebbene la speranza di vita continui ad aumentare, il picco di decessi sarà raggiunto nel 2059 (851mila). Nonostante questo, la speranza di vita alla nascita è destinata a crescere ulteriormente, raggiungendo nel 2080 86,1 anni per gli uomini e 89,7 anni per le donne (Ibidem). L'incertezza su questi dati è elevata specialmente per quanto riguarda il futuro dei flussi migratori, influenzato da fattori geopolitici, crisi economiche e l'attrattiva del Paese (Ibidem).

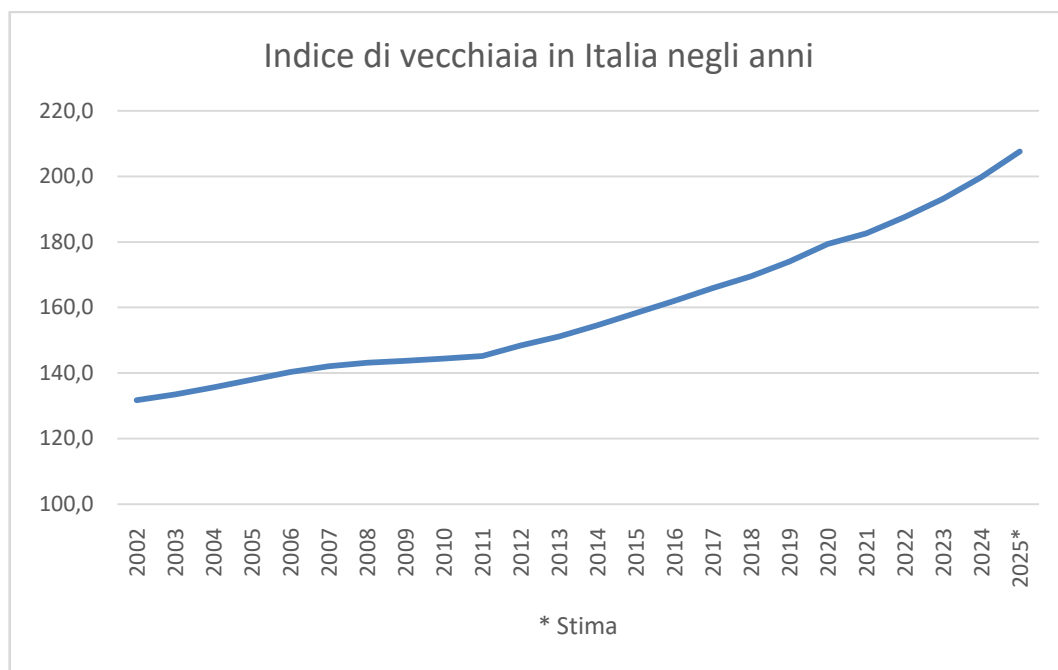


Figura 5: Indice di vecchiaia in Italia (2002-2025)

Fonte: Elaborazione ISTAT – Indicatori demografici

La popolazione, oltre che notevolmente diminuita, sarà decisamente più anziana. Infatti, con riferimento al rapporto tra la popolazione over 65 e quella under 14 il grafico in Figura5 illustra l’andamento del cosiddetto indice di vecchiaia.

Attualmente il dato si assesta sul 194%, ma secondo tale previsione è destinato a raggiungere il più alto livello intorno al 2060 con il picco del 300% (Ibidem). La Fig. 6 mostra, che nell’arco temporale 2023-2070 la forbice tra anziani e giovani, subirà un costante aumento che diventa particolarmente significativo a partire dal 2045 circa, secondo la proiezione elaborata dall’Istat.

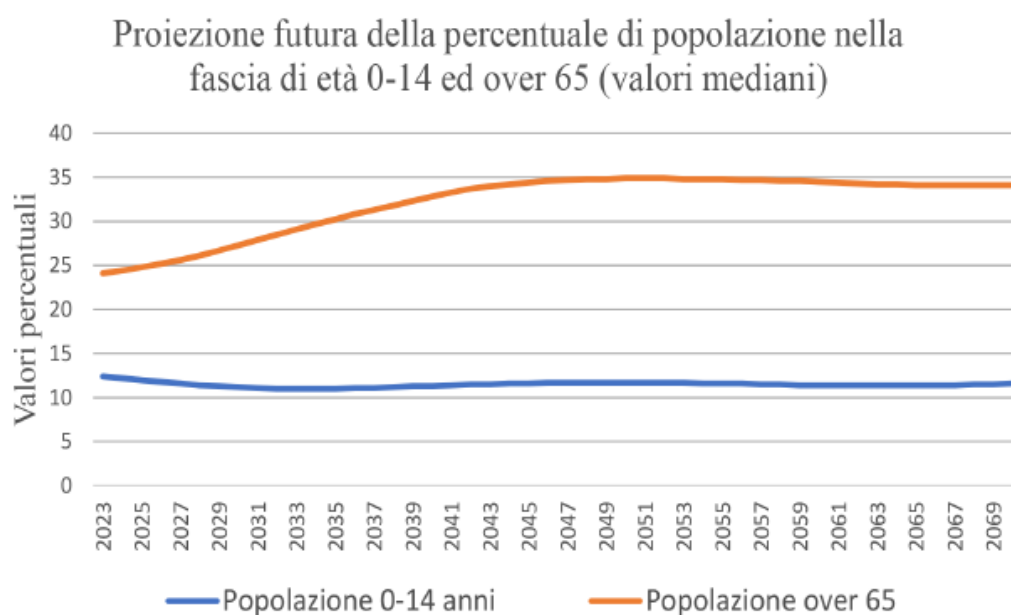


Figura 6: Proiezione futura della percentuale di popolazione nella fascia di età 0-14 ed over 65, con riferimento ai valori medi.

Fonte: Elaborazione dati ISTAT.

Negli ultimi vent'anni, l'Italia ha assistito a una marcata trasformazione della propria struttura demografica, caratterizzata da una contrazione delle fasce più giovani in età lavorativa e da una notevole espansione della popolazione anziana over 65. Il periodo compreso tra il 2004 e il 2024 ha visto una diminuzione complessiva di quasi 2 milioni di individui nelle fasce di età giovane e adulta (Ibidem). Tuttavia, l'incidenza di questa flessione non è stata uniforme.

La popolazione adulta, definita tra i 16 e i 64 anni, pur rappresentando oggi circa 36,9 milioni di residenti, ha subito una riduzione del 2,5%.

Di contro, la fascia più giovane, comprendente bambini e ragazzi fino a 15 anni, pur ammontando a 7,7 milioni di individui, ha registrato una contrazione decisamente più acuta, superiore al 12%.

In netto contrasto con questo andamento, la popolazione anziana ha conosciuto una significativa espansione (Ibidem). Nello stesso periodo, il numero di residenti con 65 anni e oltre è aumentato di più di 3 milioni, raggiungendo un totale di 14,3 milioni. Questo incremento rappresenta un aumento del 5,1% rispetto al 2004, sottolineando la crescente preponderanza della popolazione anziana all'interno della società italiana. Di essi, oltre la metà ha almeno 75 anni. (Istat 2024)

1.4 LA SITUAZIONE RECENTE E IL CONFRONTO CON L'EUROPA

Al 31 dicembre 2023, la popolazione residente in Italia è attestata a 58.989.749 unità (Eurostat 2025). Il calo demografico in corso dalla fine del 2014 è stato più contenuto con una diminuzione di appena 7 mila persone, grazie ad un saldo migratorio ampiamente positivo. Nel 2023, l'Italia ha registrato un nuovo minimo storico con sole 379 mila nascite, un dato che si contrappone al picco di 577 mila nel 2008 (Ibidem). Sebbene i decessi (661 mila) siano diminuiti del 8% rispetto al 2022, il saldo naturale rimane fortemente negativo (Ibidem). Nonostante il calo della mortalità abbia portato ad un recupero di 6 mesi nella speranza di vita alla nascita (attestato a 83.1 anni), confermando l'Italia come uno dei paesi con la maggiore longevità, questa combinazione con la persistente denatalità ha un impatto significativo sulla struttura demografica. Al 1° gennaio 2024 la popolazione con 65 anni e più rappresenta quasi un quarto dei residenti, circa il doppio dei bambini e ragazzi sotto i 15 anni (Ibidem). Questi dati posizionano l'Italia come il paese con la popolazione più anziana in Europa (Figura 7). L'età media italiana, pari a 46,6 anni è la più alta del continente. Seguono l'Italia per anzianità di popolazione la Bulgaria e il Portogallo (47,1 anni) e la Grecia (46,9 anni) (Figura 7).

Tra i grandi Paesi, la Spagna registra un'età media di (45,6 anni), la Germania (45,5), la Polonia (43) e la Francia (42,5) (Figura 7). I Paesi con l'età media più bassa sono: l'Irlanda (39,4), Lussemburgo (39,7) e Malta (39,8). L'età mediana in Europa è aumentata di 2,2 anni dal 2014, quando era di 42,5 anni (Figura 7).

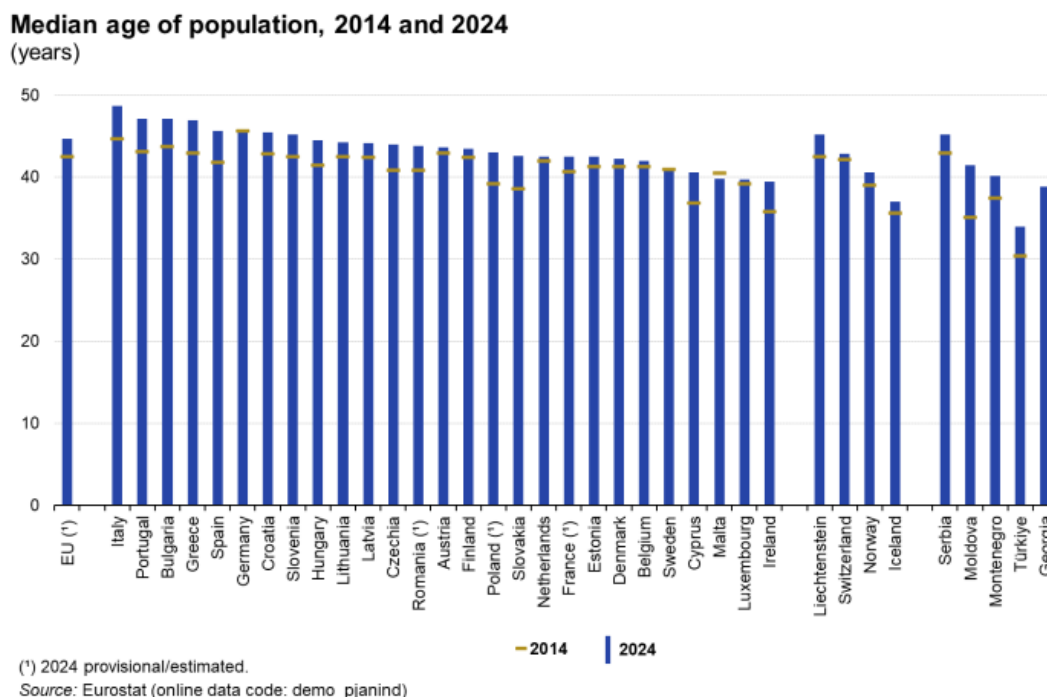


Figura 7: Confronto dell'età media della popolazione degli stati europei nel periodo 2014-2024.

Fonte EUROSTAT – Populationstructure and ageing.

1.5 I BISOGNI COLLEGATI ALL'INVECCHIAMENTO

L'aumento della speranza di vita ha innescato una transizione epidemiologica che ha profondamente modificato il profilo di salute della popolazione (Fosti e Notarnicola 2018; Maino 2021). Nei Paesi sviluppati, le malattie infettive e carenziali sono state sostituite da patologie cronico-degenerative, le quali, pur non essendo

immediatamente letali, comportano una elevata componente di disabilità e perdita di autosufficienza (Ibidem).

La non autosufficienza indica l'incapacità di provvedere a sé stessi, la mancanza di autonomia e di indipendenza del soggetto (Giarelli 2009; Ranci 2015).

Nell'esperienza biografica dell'individuo, infatti, lo svolgersi del tempo è segnato da eventi che possono innescare una percezione di discontinuità tra prima e dopo e che possono essere caratterizzati da stressor di diversa entità (Bramanti 2022). Questi eventi costringono gli anziani e le loro reti familiari a riordinare la propria vita sul piano pratico e frequentemente rappresentano l'occasione di prendere coscienza della necessità di sostenere gli anziani e per questi ultimi di maturare consapevolezza circa la propria imminente fragilità (ibidem). Tra gli eventi critici che dominano la transizione verso la non autosufficienza vi è l'aumento delle malattie e il progressivo declino delle proprie funzioni. Secondo dati Istat gli anziani non autosufficienti con gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive sono aumentati in Italia da 2.9 milioni nel 2016 a 3,86 milioni nel 2021, evidenziando la crescente portata del fenomeno (Istat 2024).

1.6 LA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO

Alle non autosufficienze sono stati associati termini quali: fragilità e vulnerabilità (Giarelli 2009).

Il concetto di fragilità è emerso nel dibattito scientifico a partire dalla seconda metà degli anni '70 (Hogan et al. 2003).

Da qui in avanti il tema della fragilità ha cominciato ad avere sempre più una crescente attenzione fino ad essere fondamentale nel campo della ricerca

sull'invecchiamento, delle politiche sanitarie e assistenziali nei confronti dei soggetti anziani.

La definizione di fragilità è complessa e spesso confusa con altri termini come invecchiamento, comorbidità, disabilità e non autosufficienza (Kojima et al. 2019). Sebbene questi concetti siano strettamente correlati (Dent et al. 2016), la fragilità si distingue concettualmente da ciascuno di essi (Kojima et al. 2019).

Pur aumentando con l'età, la fragilità non è sinonimo di invecchiamento cronologico. L'età da sola è un indicatore insufficiente, poiché il processo di invecchiamento varia individualmente e non implica necessariamente condizioni di salute negative (Clegg et al. 2013). La fragilità, invece, riflette la gravità del processo di invecchiamento in corso in una persona, segnalando una vulnerabilità ai fattori di stress (Gobbens 2010).

La comorbidità, definita come la presenza di due o più patologie in un anziano, può essere considerata un antecedente della fragilità (Fried et al. 2004; Kojima et al. 2019). Le patologie multiple possono infatti contribuire allo sviluppo di quella sindrome complessa che è la fragilità (Ibidem).

La fragilità rappresenta una fase preliminare o di “pre-disabilità”, caratterizzata da un elevato rischio di perdere funzionalità (Kojima et al. 2019). La disabilità, al contrario, è una condizione conclamata di dipendenza, in cui l'individuo non è più in grado di svolgere le attività di base (Basic Activities of Daily Living, BADL) o strumentali (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) necessarie per una vita autonoma (Kojima et al. 2019). La disabilità è quindi una diretta conseguenza della fragilità (Ibidem).

Il concetto di non autosufficienza condivide con la disabilità la difficoltà a svolgere le attività quotidiane e la necessità di assistenza (Giarelli 2019). Tuttavia, questo termine ha una valenza prevalentemente statistica (Ibidem) e si concentra sulla necessità di aiuto esterno, a differenza della fragilità che ne rappresenta la causa clinica sottostante.

Infine, la vulnerabilità è un termine più ampio, che può sovrapporsi alla fragilità sociale, intesa come la perdita di relazioni e legami sociali che possono portare all'isolamento (Van Campen 2011). In questo senso, la fragilità può essere letta come l'assenza di un benessere relazionale, che contribuisce alla condizione complessiva di fragilità (Bramanti 2022).

La fragilità è una condizione complessa influenzata da una varietà di fattori e che, a sua volta, porta a una serie di conseguenze cliniche e sociali significative (Provvedi 2015).

Diversi studi hanno identificato fattori demografici, clinici e socio-economici che contribuiscono allo sviluppo della fragilità. Tra i fattori clinici e demografici si annoverano:

- Età avanzata: L'età è uno dei principali predittori di fragilità (Fallah et al. 2011).
- Genere: Il genere femminile è associato a una maggiore prevalenza della condizione di fragilità (Etman et al. 2012).
- Condizioni mediche: La presenza di malattie croniche (Strawbridge et al. 1998) e un indice di massa corporea anomalo (sottopeso, sovrappeso o obesità) aumentano il rischio di fragilità (Woods et al. 2005). Anche abitudini

di vita come il fumo (Woods et al. 2005) e un forte consumo di alcol (Strawbridge et al. 1998) sono correlate negativamente.

- Fattori psico-sociali: A livello psicologico e sociale, la depressione (Ottenbacher et al. 2009) e bassi livelli di reddito e istruzione (Syddall et al. 2010; Etman et al., 2012) sono stati correlati alla fragilità.
- La fragilità, può portare a una serie di conseguenze, le principali sono:
- Eventi clinici avversi: Aumento del rischio di cadute; (Bilotta et al. 2012) deterioramento cognitivo; demenza (Auyeung et al. 2011) e ospedalizzazione (Fried et al. 2001; Boyd et al. 2005; Bilotta et al. 2012).
- Utilizzo dei servizi sanitari: Un individuo fragile tende a far ricorso con maggiore frequenza ai servizi sanitari (Rockwood 2011).
- Declino funzionale: La fragilità è un forte predittore di disabilità (Romero-Ortuno 2011) e aumenta il rischio di istituzionalizzazione in strutture residenziali (Jones et al. 2005).
- Mortalità: la fragilità è associata a un aumentato rischio di morte (Shamliyan et al. 2013).

Agire sulla fragilità, in modo da evitare l'insorgenza della non-autosufficienza, è la sfida cruciale per i prossimi anni. Per intervenire sulla fragilità, diventano fondamentali le risposte sociali e socio-assistenziali, in quanto un tale bisogno socio-sanitario non è ancora ben percepito dalla comunità.

1.7 LA TRASFORMAZIONE DELLE STRUTTURE FAMILIARI: SEMPRE PIÙ NUCLEI, SEMPRE PIÙ PICCOLI.

Il progressivo calo delle famiglie con nuclei tradizionali - composti da padre, madre e figli e nei quali molto spesso coabitavano parte dei nonni, in Italia è il risultato di complesse dinamiche socio-demografiche (Razetti 2021). L'invecchiamento della popolazione, dovuto all'aumento della speranza di vita, ha portato a un incremento del numero di persone che vivono sole (Ibidem). Parallelamente, il costante calo della natalità ha determinato una crescita delle persone senza figli (Ibidem). Infine, l'aumento dell'instabilità coniugale, con un maggior numero di scioglimenti delle unioni, ha contribuito all'aumento di individui soli e di famiglie monogenitoriali (Ibidem).

Questi fattori convergono nell'indicare un'importante crescita delle persone che vivono sole, un fenomeno destinato a intensificarsi nei prossimi decenni (Figura 8). Le proiezioni demografiche mostrano che, tra il 2024 e il 2050, il numero di individui che vivranno soli aumenterà del 13%, passando da 9,7 a 11 milioni. Questo incremento porterà la percentuale delle famiglie composte da un solo membro dal 36,8% al 41,1% del totale, contribuendo così alla crescita complessiva del numero di famiglie (Figura 8).

L'analisi per genere rivela un aumento particolarmente accentuato per le donne, il cui numero, vivendo sole, è previsto in crescita del 18%, passando da 5,3 a 6,2 milioni. L'aumento degli uomini che vivono soli sarà invece più moderato, con un incremento dell'8%, da 4,5 a 4,8 milioni nel medesimo periodo (Figura 8).

	2024	2040	2050	2024	2040	2050
	VALORI ASSOLUTI			VALORI PERCENTUALI		
TOTALE FAMIGLIE	26.478	27.205	26.752	100,0	100,0	100,0
di cui con almeno un nucleo	16.073	15.662	14.899	60,7	57,6	55,7
Coppie senza figli	5.352	5.927	5.667	20,2	21,8	21,2
Coppie con figli	7.578	6.342	5.734	28,6	23,3	21,4
di cui con almeno un figlio <20 anni	4.968	3.993	3.715	18,8	14,7	13,9
Madri sole	2.276	2.369	2.413	8,6	8,7	9,0
di cui con almeno un figlio <20 anni	1.012	1.059	1.137	3,8	3,9	4,3
Padri soli	618	746	819	2,3	2,7	3,1
di cui con almeno un figlio <20 anni	223	260	302	0,8	1,0	1,1
Famiglie con 2 o più nuclei	249	279	267	0,9	1,0	1,0
di cui senza nuclei	10.405	11.543	11.853	39,3	42,4	44,3
Persone sole	9.734	10.744	11.005	36,8	39,5	41,1
di cui maschi	4.458	4.778	4.792	16,8	17,6	17,9
di cui femmine	5.276	5.967	6.213	19,9	21,9	23,2
Famiglie multipersonali	672	798	849	2,5	2,9	3,2

(*) I dati dell'indagine sugli Aspetti della vita quotidiana sono diffusi in media biennale. Qui, invece, i dati si riferiscono al 1° gennaio dell'anno. Per il 2024 ciò può dare luogo a delle differenze.

Figura 8: numero di famiglie per tipo (2024, 2040, 2050; scenario mediano in migliaia).

Fonte: Fondazione Metes (2025).

Le dinamiche abitative della popolazione anziana in Italia mostrano una crescente frammentazione dei nuclei familiari. Sebbene una parte considerevole di anziani viva in coppia (42%), una quota significativa di individui con almeno 65 anni vive sola (il 29,3%: 2019: dati EU-SILC), costituendo quasi la metà di tutte le famiglie mononucleari del Paese (Razetti 2021).

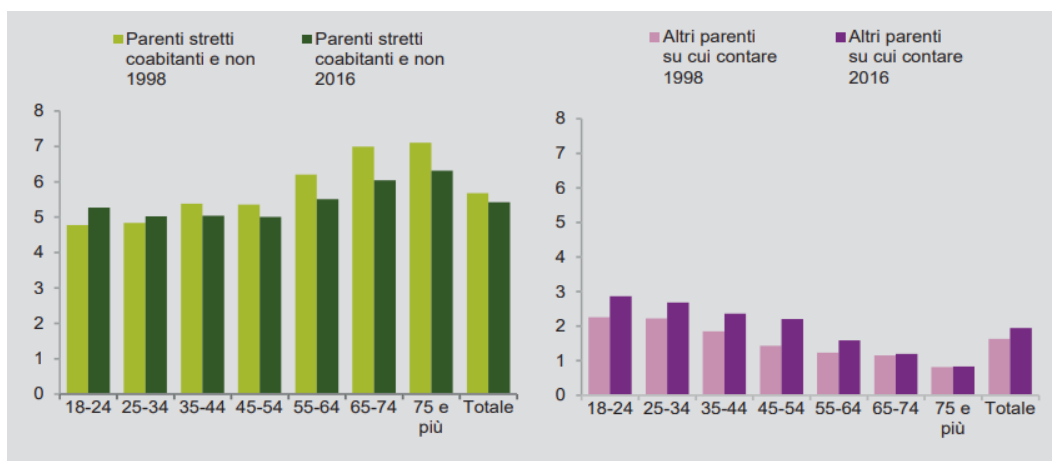


Figura 9: Persone di 18 anni e più per numero medio di parenti stretti coabitanti e non coabitanti, numero medio di altri parenti su cui contare e classe di età. Anni 1998 e 2016 (valori percentuali).

Fonte: ISTAT, famiglie e soggetti sociali.

Questo fenomeno è particolarmente marcato tra le donne, a causa della loro maggiore aspettativa di vita rispetto agli uomini (Razetti 2021). I dati indicano che il 37,8% delle donne anziane vive da sola, e queste rappresentano oltre il 60% delle persone anziane che vivono in nuclei monocomponenti (Ibidem). Al contrario, gli uomini coetanei vivono da soli solo nel 18,2% dei casi, costituendo circa il 30% delle famiglie mononucleari (2019; dati EU-SILC/ilc_lvps30 e Istat).

L'affermazione di nuovi modelli familiari e la maggiore instabilità dei legami proiettano una tendenza di crescita del numero di persone che invecchieranno in solitudine (Bugetti e Maino 2021). Tali tendenze mettono in evidenza l'emergere di nuovi bisogni, sia in termini di relazioni sociali che di assistenza, che la popolazione anziana di oggi e del futuro dovrà affrontare in misura crescente (Ibidem).

1.8 I BISOGNI E DISAGI DEGLI ANZIANI.

Infine, concludiamo questa prima analisi di sfondo del fenomeno dell'invecchiamento nel nostro paese, evidenziando quali sono le principali aree di bisogno della popolazione anziana contemporanea. A questo proposito possono essere identificate tre aree principali: bisogni sanitari e assistenziali, bisogni sociali, bisogni economici (Bartoli 2021).

Bisogni sanitari e assistenziali

La domanda di cure mediche e assistenza, sia a domicilio che in strutture specializzate, è in forte crescita (Ibidem). Questo fenomeno è guidato non solo dall'aumento della speranza di vita, ma anche da una maggiore consapevolezza e proattività degli anziani nei confronti della propria salute (Ibidem). A differenza del

passato, l'accettazione passiva della malattia è diminuita, a favore della ricerca di una migliore qualità della vita (Ibidem).

In questo contesto, il ruolo della famiglia, in particolare delle donne, rimane cruciale, sebbene si trovi ad affrontare crescenti difficoltà (Ibidem). Le "famiglie anziane", in cui i figli che si prendono cura dei genitori sono essi stessi in età avanzata, rappresentano una sfida significativa (Ibidem). Il sistema socio-sanitario, tuttavia, appare gravemente carente e insufficiente a far fronte alla crescente domanda di servizi, lasciando ampi vuoti assistenziali (Ibidem).

Bisogni sociali

Un altro problema rilevante è la solitudine (Bartoli 2021). Nella società moderna, caratterizzata da ritmi frenetici, molti anziani trascorrono lunghi periodi di tempo da soli (Ibidem). Questa condizione può generare sentimenti di inutilità, abbandono e, in casi estremi, depressione (Ibidem). La solitudine è ancora più acuta per gli anziani con problemi di salute o mobilità ridotta, che possono sviluppare un senso di isolamento dalla realtà (Ibidem). Per contrastare tale disagio, è essenziale promuovere opportunità di socializzazione, comunicazione e partecipazione attiva nella comunità (Ibidem).

Bisogni economici

Infine, la dimensione economica rappresenta una criticità rilevante (Bartoli 2021). Il potere d'acquisto delle pensioni tende a diminuire nel tempo, in parte a causa delle crescenti spese per la salute (Ibidem). Le possibilità di integrare il reddito con un'attività lavorativa dopo i 75 anni sono praticamente nulle. Si prevede che le future generazioni di anziani, in particolare quelle con pensioni più modeste, vivranno più a

lungo, ma in condizioni di potenziale disagio economico, non potendo contare su un'adeguata rete di protezione sociale (Bartoli 2021).

CAPITOLO 2

IL WELFARE STATE

2.1 CHE COS'È IL WELFARE STATE

Lo Stato sociale (welfare state) può essere definito, come il complesso di politiche pubbliche attraverso le quali lo Stato si impegna a fornire ai cittadini, o a specifiche categorie di essi, sotto la propria responsabilità, la promozione della sicurezza contro rischi e bisogni socialmente riconosciuti. Tale protezione si concretizza in forme di assistenza, a carico della collettività (Link Treccani)*.

La definizione di Stato sociale (welfare state) proposta dallo storico britannico Asa Briggs (1961), è l'intervento statale finalizzato al perseguimento di tre obiettivi prioritari:

1. Garantire un reddito minimo vitale: stabilire una soglia di reddito sufficiente per contrastare la povertà assoluta e assicurare a tutti i cittadini una base economica essenziale, indipendentemente dalle condizioni di mercato del lavoro o dei loro beni.
2. Mitigare i rischi sociali: attuare sistemi di prevenzione e protezione contro le contingenze prevedibili (come la malattia, la vecchiaia o la disoccupazione), limitando l'insicurezza e le potenziali crisi familiari o personali.
3. Realizzare l'uguaglianza sociale: promuovere il benessere collettivo e individuale attraverso la fornitura universale di servizi (come sanità e istruzione), con l'intento di ampliare le opportunità e ridurre le disparità tra le classi sociali.

Per Wilensky: "L'essenza del welfare state è da identificarsi nella protezione da parte dello Stato di standard minimi di reddito, alimentazione, salute e sicurezza fisica,

istruzione e abitazione, garantita a ogni cittadino come diritto pubblico e non come carità” (Wilensky 1975).

*<https://www.treccani.it/enciclopedia/welfare-state/>

Un Welfare State completo, include sia i diritti civili che quelli politici, e si configura come uno Stato democratico. La sua missione fondamentale è assicurare che la protezione sociale sia riconosciuta come un diritto inseparabile dalla cittadinanza (Marshall T.H. 1950).

Inoltre, il concetto e il contenuto del Welfare State si trasformano continuamente in una armoniosa corrispondenza con (Ibidem):

1. Il sistema socio-culturale prevalente.
2. I progressi della ricerca scientifica.
3. Le metamorfosi della struttura familiare.
4. L’espansione degli stakeholder.
5. La crescente richiesta di servizi e diritti sociali.

La crescita e l’espansione del Welfare State sono collegati strettamente alla spesa pubblica che lo finanzia, misurata in proporzione al Prodotto Interno Lordo (PIL) (Van Kersbergen e Manow 2009).

Una definizione alternativa, proposta in letteratura dal politologo Maurizio Ferrera (2006), identifica lo Stato Sociale come:

“Insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione, tramite le quali lo stato fornisce ai propri cittadini protezione contro i rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione, o sicurezza sociale, introducendo specifici diritti sociali e doveri di contribuzione finanziaria”.

Oltre lo Stato, anche il mercato e la famiglia forniscono forme di Welfare e la loro correlazione è chiamata Regime di Welfare (Esping – Andersen 1990). In questo campo di forze rientra anche il Terzo Settore per poter ampliare il campo sociale.

Il diamante del welfare state

Fonte: Ferrera M. (2006)

© IPL 2014

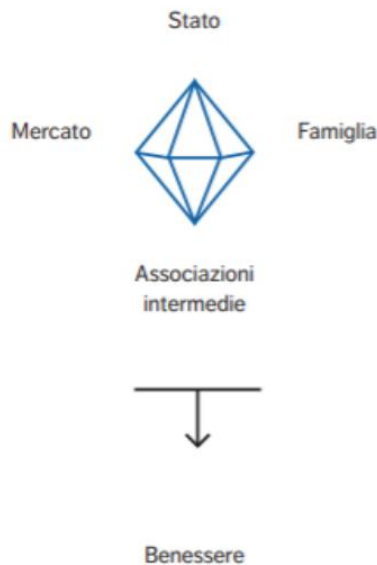


Figura 2: Il diamante del welfare state.

Fonte: AFIPL. Modelli di welfare state e spesa sociale in Europa

Il politologo Maurizio Ferrera (2006) parla in questo contesto del “Diamante del welfare” che simboleggia un campo di forze con quattro vertici, ciascuno occupato da una delle agenzie principali di produzione e del welfare.

Il Terzo Settore è definito terzo nella misura in cui si colloca tra il settore pubblico - lo Stato- e il settore privato for profit,-il mercato-.(Bauman 2011).

Le organizzazioni di Terzo Settore sono istituzioni private, caratterizzate dall'assenza di scopo di lucro, il cui obiettivo primario è la produzione di beni e servizi di rilevanza sociale. Tali organizzazioni operano in diversi settori (come

classificato dall'Istat nel 2025), erogando servizi destinati a una molteplicità di beneficiari.

In sintesi, un'organizzazione no-profit è definita dalle seguenti caratteristiche fondamentali:

1. Possiede una costituzione formale o uno statuto che ne stabilisce regole e finalità.
2. Ha una natura giuridica privata con una marcata valenza sociale.
3. È gestita attraverso forme di autogoverno e un'organizzazione interna di tipo democratico.
4. Vieta la distribuzione del profitto ed esclude il fine di lucro tra i suoi obiettivi primari.
5. Utilizza una significativa quota di lavoro volontario (Ascoli e Pavolini 1999 in Fratto 2004).

Le organizzazioni no-profit si possono distinguere in due grandi categorie: quelle dedicate alla produzione e all'erogazione di servizi e quelle che svolgono funzioni di advocacy, ovvero di tutela e promozione dei diritti. È comune che alcune di esse combinino e portino avanti entrambe le attività (Ascoli 1999).

Una classificazione aggiuntiva all'interno delle organizzazioni non-profit si concentra sui beneficiari dei servizi erogati: si distinguono le istituzioni mutualistiche orientate a soddisfare esclusivamente gli interessi e le necessità dei soci costituenti, da quelle di pubblica utilità (o solidaristiche), il cui fine è la realizzazione e la promozione del benessere collettivo (Ascoli 1999).

È possibile tracciare una distinzione tra due concezioni del welfare (Vogliotti e Vattai 2014):

1. La visione “allargata”: descrive una società in cui l’intervento statale è capillare, influenzando i meccanismi economici e di redistribuzione per riequilibrare le opportunità di vita tra le diverse classi.
2. La visione “ristretta”: si concentra unicamente su un pacchetto di politiche sociali essenziali, come il supporto al reddito, l’assistenza sanitaria e gli interventi abitativi (Saraceno 2013).

Nella sua espressione più completa, il Welfare State è una creazione tipicamente europea, unica nel panorama mondiale, che viene perciò definita “Modello sociale europeo”. Il sociologo Luciano Gallino la descrive come:

“L’espressione modello sociale europeo suona un po’ astratta, ma è ricca di significati concreti. Essa designa una invenzione politica senza precedenti, forse la più importante del XX secolo. Essa significa che la società intera si assume la responsabilità di produrre sicurezza economica e sociale per ciascun singolo individuo, quale che sia la posizione sociale. Produrre sicurezza economica richiede la costruzione di sistemi di protezione sociale avendo in vista una serie di eventi che possono sconvolgere in qualsiasi momento la vita di chiunque” (Borelli 2012).

Gallino intende che eventi rischiosi come malattie, infortuni, povertà, disoccupazione e vecchiaia richiedono il sostegno di ampie tutele sociali.

Queste tutele includono specificatamente:

- Pensioni pubbliche il cui valore sia prossimo all’ultima retribuzione.
- Un sistema sanitario di alta qualità e universalmente accessibile.
- Sussidi al reddito (aiuti economici).
- La garanzia di un vasto sistema di diritti del lavoro (Gallino 2012).

2.2 BREVI CENNI STORICI DEL WELFARE IN EUROPA E SUA EVOLUZIONE

La prima, rudimentale forma di Stato sociale, o meglio Stato assistenziale, risale alle PoorLaws (leggi sui poveri) dell'Inghilterra del XVI secolo (Ascoli 2011). Queste leggi avevano l'obiettivo filantropico di ridurre la criminalità diminuendo la povertà. Tuttavia, la loro attuazione era principalmente locale e indifferenziata, offrendo assistenza solo in modo residuale e discrezionale (Ibidem).

La tarda industrializzazione dell'Ottocento innescò profondi mutamenti sociali, tra cui l'aumento demografico, l'urbanizzazione e l'invecchiamento della popolazione. Questi fattori causarono un eccesso di manodopera e un conseguente peggioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Ascoli 2011).

Per affrontare queste crescenti incertezze, il Cancelliere Otto Von Bismarck istituì un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie (Ascoli 2011). I datori di lavoro dovevano versare una quota dello stipendio a un ente previdenziale, garantendo così ai lavoratori un risarcimento in caso di infortunio, malattia, vecchiaia o invalidità (Ibidem).

Grazie a politiche interventiste, molti paesi hanno trasformato le politiche sociali da semplici aiuti per i poveri a un moderno sistema di Welfare State (Gerhard 2010).

Verso il 1914, una parte dell'Europa aveva già implementato pienamente lo Stato sociale, con assicurazioni obbligatorie gestite dallo Stato contro infortuni e malattie, oltre a sistemi pensionistici. Altri Paesi, tra cui Italia, Belgio e Francia, preferivano un modello in cui le assicurazioni erano facoltative ma agevolate da sussidi statali, limitando così il diretto intervento pubblico (Tomka 2013).

Dopo la crisi economica globale e la Seconda Guerra Mondiale, si aprì il periodo di crescita noto come il “Trentennio Glorioso” (circa 1945-1975) (Ferrera 2007). In questa fase di espansione, i Paesi europei perfezionarono e universalizzarono i loro sistemi di Welfare State, dotandosi di programmi completi per coprire i principali rischi sociali.

Un evento cruciale di questo periodo fu la nascita, in Inghilterra, del Rapporto Beveridge (Report on Social Insurance and Allied Services_Rapporto sulle Assicurazioni Sociali e sui Servizi Correlati), che definì il modello di Welfare moderno basato su tre pilastri fondamentali (Ferrera 2007):

1. Sistema previdenziale.
2. Assistenza sanitaria universale accessibile a tutti.
3. Politica economica mirata al pieno impiego e alla riduzione della disoccupazione.

Dopo il “Trentennio Glorioso” di crescita, la crisi economica degli anni ‘70/80 segnò un punto di svolta per il Welfare State. Questo periodo ha dato il via a una nuova fase caratterizzata da sfide inedite, derivanti da profondi cambiamenti strutturali (economici, culturali, demografici e sociali) (Ferrera 2007).

I sistemi di welfare sono entrati in crisi a causa della concomitanza di diversi fattori (Ibidem):

- Un rallentamento economico dovuto alla diminuzione dei tassi di crescita economica che ha messo sotto pressione la sostenibilità dei sistemi.
- I mutamenti demografici: le modifiche nella struttura della popolazione (es. invecchiamento) hanno aumentato la spesa sociale.
- L’ingresso femminile nel lavoro: l’aumentata partecipazione delle donne al mercato del lavoro ha portato alla luce la questione del “doppio ruolo” o “doppia presenza”

(lavoro retribuito esterno e lavoro di cura/gestione familiare interno), ponendo nuove esigenze al sistema di welfare (Ferrera 2007).

Tra gli anni Settanta e Novanta, il ruolo e le modalità di intervento dello Stato si sono modificati profondamente (Ibidem). Non potendo più erogare da solo tutte le prestazioni sociali, lo Stato è diventato un attore che dipende dalla collaborazione di altri soggetti.

Questa evoluzione ha portato a un progressivo superamento del modello di Welfare State (Stato unico erogatore) in favore di due concezioni più inclusive (Ferrera 2012):

Welfare Society: si tratta di un sistema in cui gli attori statali e non statali sono integrati. In questo modello, acquisiscono crescente rilevanza e funzione erogante sia il settore privato sia il Terzo Settore (organizzazioni no-profit).

Welfare Community: questa concezione si riferisce alle unità locali di supporto (come aiuti di vicinato, comuni o comunità urbane) che forniscono assistenza a livello territoriale. È compito dello Stato promuovere una politica di welfare che coinvolga attivamente la Welfare Society e dia spazio alla società civile, permettendo a quest'ultima di mobilitare le proprie risorse.

2.3 CLASSIFICAZIONE DEI MODELLI DI WELFARE STATE IN EUROPA.

I sistemi europei di protezione sociale si sono sviluppati storicamente seguendo modelli e obiettivi diversi, il che si riflette in caratteristiche interne non uniformi (Lupa 2025). Le principali differenze tra questi sistemi riguardano la dimensione e composizione della spesa pubblica, gli aspetti istituzionali, il tipo di prestazioni erogate e i meccanismi di finanziamento (Ibidem).

È possibile classificare le politiche sociali basandosi sui seguenti criteri (Vogliotti e Vattai 2014):

1. Trasferimenti monetari o erogazione di servizi.
2. Regole di accesso: con o senza verifica delle condizioni di bisogno (prova dei mezzi).
3. Tramite la fiscalità generale: contributi sociali o pagamento diretto per le prestazioni ricevute.
4. Organizzazione e gestione del sistema.

I quattro modelli di Welfare State individuati in Europa da Ferrera (1996) sono:

1. il modello liberale (anglosassone);
2. il modello conservatore/corporativo (continentale);
3. il modello socialdemocratico (scandinavo);
4. il modello familista (mediterraneo).

Il Modello Liberale (o Modello Beveridge), prevalente in paesi anglofoni come Gran Bretagna e Irlanda, è caratterizzato da un intervento statale minimo e dal principio di sussidiarietà.

L'obiettivo è ridurre la povertà e l'emarginazione (Lupa 2025).

Le prestazioni sono mirate e condizionate da una stretta valutazione del fabbisogno (means-testing), erogate solo a persone con bassi redditi e sono finanziate prevalentemente tramite il gettito fiscale, con aliquote generalmente più basse (Ibidem).

I programmi pubblici non sono universali eccetto l'ambito sanitario, vedi Regno Unito e i diritti di accesso alle prestazioni sono limitati, risultando in un basso grado di redistribuzione e una bassa demercificazione (scarsa protezione dal mercato).

L'intervento si limita a rafforzare l'economia di mercato, spesso attraverso interventi minimi o sovvenzionando programmi privati. L'enfasi è sulla promozione della responsabilità individuale (Lupa 2025).

Di conseguenza l'assistenza mirata ai gruppi a rischio spesso genera stigmatizzazione e una forte stratificazione sociale tra “bisognosi” e “non bisognosi” (Ibidem).

Il Modello Conservatore (o Bismarckiano), prevalente in Paesi dell'Europa continentale come Germania, Francia, Austria e Belgio, si basa storicamente sull'assicurazione sociale obbligatoria legata al lavoro. Si ispira al modello assicurativo di Otto Von Bismarck. L'obiettivo principale è l'assicurazione sociale dei lavoratori e delle loro famiglie, coprendo rischi come disoccupazione, malattia, invalidità e vecchiaia. L'accesso alle prestazioni è strettamente legato alla posizione lavorativa e allo status professionale (ad esempio, i dipendenti pubblici godono di coperture specifiche) (Lupa 2025).

È finanziato primariamente attraverso i contributi sociali versati da lavoratori e datori di lavoro, rendendo le prestazioni subordinate all'attività sul mercato del lavoro. Data la forte dipendenza dai contributi lavorativi, la protezione dal mercato (demercificazione) è di fatto impedita o molto limitata (Ibidem). Nonostante il ruolo attivo dello Stato, il modello opera secondo il principio di sussidiarietà: la famiglia (o altre entità non statali) mantiene un ruolo cruciale come produttore di welfare. Tende a riprodurre le differenze esistenti di status, classe e genere, incentivando il mantenimento delle strutture familiari tradizionali (Lupa 2025).

Il Modello Socialdemocratico (scandinavo), diffuso in Paesi come Svezia, Norvegia, Finlandia e Danimarca, è considerato l'opposto del modello liberale (Esping –

Andersen 1990). Il suo obiettivo centrale è garantire la massima indipendenza dell'individuo sia dal mercato che dalla famiglia. Esso comporta il livello più alto di demercificazione, garantendo diritti sociali a tutti i ceti e riducendo la dipendenza dal reddito di mercato ed è caratterizzato da ampie prestazioni universali (es. sussidi per l'infanzia, assicurazione sanitaria, assegni di cura) destinate a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito o dallo status lavorativo (Lupa 2025).

Lo Stato svolge un ruolo proattivo, non limitandosi a intervenire in caso di bisogno (come nella sussidiarietà), ma offrendo servizi che permettono una socializzazione preventiva dei costi, come la cura dei bambini (Ibidem).

Il sistema mira alla parità e al fabbisogno individuale, trasformando la cura dei bambini in un compito politico per incentivare l'occupazione femminile (Lupa 2025).

Grazie al suo carattere universale e all'enfasi sulla parità, il modello genera una bassa stratificazione sociale ed è finanziato tramite un alto gettito fiscale obbligatorio per tutti.

Nonostante l'alto livello delle prestazioni e i bassi requisiti di accesso, le prestazioni possono comunque riflettere, in misura limitata, i divari di reddito preesistenti (Ibidem).

Il Modello Familista o Mediterraneo, tipico di Paesi del Sud Europa come Italia, Spagna, Portogallo e Grecia, è considerato una sottocategoria del modello conservatore (Bismarckiano). Si distingue per l'estrema centralità della famiglia nella fornitura di sicurezza sociale (Lupa 2025).

La famiglia agisce come il network primario di sicurezza sociale e di cura, assumendosi la responsabilità di supportare i propri membri in caso di bisogno,

specialmente nelle aree non coperte dallo Stato il quale ha un ruolo secondario e interviene solo in base al principio di sussidiarietà passiva, ossia solo quando la rete familiare fallisce o non è più sufficiente (Ibidem). I meccanismi di tutela statali si attivano, quindi, in via residuale.

Le prestazioni sociali pubbliche sono spesso frammentate e meno generose rispetto agli altri modelli europei e i requisiti di accesso sono strettamente legati allo stato occupazionale (Lupa 2025). Ciò crea una netta discrepanza (stratificazione) tra i lavoratori ben assicurati e i gruppi marginali (Ibidem).

Lo sganciamento della sicurezza sociale dalla partecipazione al mercato del lavoro è poco marcato. Il finanziamento avviene tramite un mix di contributi sociali e gettito fiscale generale (Lupa 2025).

In sintesi, questo modello si basa sull'idea che la famiglia debba fornire il supporto di base, con lo Stato che agisce solo come “ultima rete di sicurezza” (Ferrera 1996).

Accanto ai quattro modelli, Ferrera e Anton Hemerijck, hanno riformulato lo sviluppo di politiche sociali di paesi ex comunisti dell'Europa Centro Orientale nel secondo dopoguerra.

Il modello post-comunista dell'Europa dell'Est post-URSS è stato radicalmente trasformato dall'economia di mercato, dalla democratizzazione e dall'integrazione europea.

Negli anni Novanta, le riforme iniziali hanno adottato un approccio liberale, riducendo la spesa, tagliando i diritti sociali ampi e concentrando le prestazioni solo sulla popolazione povera (previo accertamento del bisogno) (Lupa 2025). Tuttavia, la privatizzazione e il libero mercato hanno innescato problemi come disoccupazione e aumento del costo della vita, lasciando disuguaglianze sociali marcate (Ibidem).

Il processo è una trasformazione continua che mescola elementi del vecchio regime socialista con i nuovi principi democratici (Lupa 2025). La demercificazione è abbastanza debole poiché i sistemi sociali che venivano finanziati e amministrati completamente dallo Stato sono stati sostituiti da una “rimercificazione” ovvero da un legame maggiore tra i sistemi di sicurezza sociale e l’economia di mercato (Ibidem).

La transizione verso un nuovo welfare, anche nei Paesi UE, non è stata necessariamente più veloce che in altri Paesi ex-sovietici (es. Russia o Kazakistan), ma è risultata spesso più onerosa (Cook 2007). Nonostante gli elementi comuni, l’evoluzione rimane eterogenea, con ogni Paese che si muove in modo differente verso i modelli di welfare occidentali (Lupa 2025).

Elementi dei vari modelli di welfare in sintesi

Modello	Destinatari principali	Attore principale	Livello di prestazione	Fonti di finanziamento primarie
Libera le	Lavoratrici e lavoratori a basso reddito, persone a rischio di povertà	Mercato	Basso	Gettito fiscale
Conservatore/corporativo	Lavoratrici e lavoratori e le loro famiglie	Stato e famiglie	Medio	Contribuzione sociale
Socialdemocratico	L'intera popolazione	Stato	Alto	Tasse elevate
Mediterraneo	Lavoratrici e lavoratori e le loro famiglie ¹²	Famiglia	Frammentato e irregolare	Contribuzione sociale e gettito fiscale
Post-socialista	Lavoratrici e lavoratori	Mercato	Da medio a basso	Contribuzione sociale e gettito fiscale

Figura 3: Elementi dei vari modelli di welfare in sintesi

Fonte: AFIIPL. Modelli di welfare state e spesa sociale in Europa

Si evidenzia che a causa dei vari mutamenti, politici, economici e sociali sono nate nuove forme miste di welfare. Ad esempio, l'Italia presenta una crescente discrepanza tra Nord e Sud e una forte regionalizzazione delle politiche (Ibidem).

Nel Nord Italia grazie a una pubblica amministrazione più efficiente, meno colpita dalla corruzione e a una maggiore forza economica, i governi regionali settentrionali possono sviluppare e implementare programmi sociali in modo più efficace. Il welfare del Nord tende quindi ad avvicinarsi al modello conservatore (Lupa 2025).

Nel Sud Italia (Mezzogiorno), invece, la minore efficacia amministrativa ed economica fa sì che il welfare continui a rispecchiare il modello mediterraneo (Ibidem).

La conseguenza è un divario di benessere (gap di welfare) talvolta drammatico tra le due aree del Paese (Lupa 2025).

2.4 I NUOVI RISCHI SOCIALI

I nuovi rischi sociali sono nuove necessità di protezione sociale che emergono da un processo di trasformazione sociodemografico e sociopolitico. Essi segnalano che particolari situazioni sono diventate problematiche per la coesione sociale e, di conseguenza, richiedono lo sviluppo di nuove misure di welfare per proteggere la popolazione (Taylor-Gooby 2004).

Per comprendere la distinzione tra i nuovi e i vecchi rischi sociali, è utile l'approccio dell'economia politica (Crouch e Streeck 1997; Esping-Andersen 1999). Questo approccio individua tre principali meccanismi attraverso i quali gli individui nelle società capitalistiche ottengono le risorse necessarie per la sopravvivenza e il benessere:

1. Il mercato del lavoro
2. L'organizzazione familiare
3. Il welfare state

I rischi sociali nascono e si diffondono all'interno di questi tre sistemi e dalle loro interrelazioni (Ranci, Pavolini 2021).

Nella società del dopoguerra, i vecchi rischi sociali erano gestiti grazie alla combinazione di tre fattori stabili:

- Un lavoro sicuro.
- Una divisione dei ruoli stabile all'interno della famiglia.
- Una progressiva estensione delle garanzie sociali fornite dal welfare state.

I nuovi rischi sociali sorgono principalmente a causa di quattro grandi cambiamenti strutturali (Ibidem):

1. Trasformazioni del Mercato del Lavoro: l'aumento della precarietà occupazionale e della vulnerabilità economica rendono il lavoro meno stabile come fonte di protezione.
2. Riduzione della Capacità Protettiva Familiare: l'aumentata occupazione femminile e l'invecchiamento demografico riducono la capacità delle famiglie di fornire supporto sociale e assistenza.
3. Riorganizzazione Abitativa: il notevole aumento del costo di accesso all'abitazione crea nuove forme di rischio sociale legate alla casa.
4. Mobilità Internazionale: l'aumento dell'immigrazione e i relativi problemi di integrazione sociale aggiungono ulteriori sfide al sistema di welfare.

Queste dinamiche portano a due conseguenze cruciali:

- Aumento della Vulnerabilità: nuove fasce di popolazione sono diventate più esposte alle conseguenze sociali negative (Ranci 2010).
- Crisi del Welfare Tradizionale: i programmi di welfare consolidati hanno perso la loro efficacia e appropriatezza e necessitano di una riconfigurazione (Casiel 2003). Questo processo è reso particolarmente difficile dalle forti restrizioni della spesa sociale imposte dalla crisi fiscale permanente.

Le politiche rivolte ai nuovi rischi sociali riguardano (Ranci, Pavolini 2021):

1. le politiche contro la povertà;
2. le politiche abitative;
3. le politiche di sostegno alle transizioni istruzione-lavoro;
4. le politiche per gli immigrati;
5. le politiche di long-term care.

2.5 LE POLITICHE DI LONG TERM CARE

Nel quadro delle politiche rivolte ai nuovi rischi sociali, la Long Term Care (LTC) riguarda l'assistenza a lungo termine destinata alle persone non autosufficienti (Ranci, Pavolini 2021). Questa assistenza comprende una gamma di servizi e supporti per individui che, a causa di fragilità e/o disabilità fisiche o mentali, necessitano per un periodo prolungato di aiuto nelle attività quotidiane e/o di assistenza infermieristica continua (Ibidem).

Inizialmente, la non autosufficienza non era coperta da alcuna forma di diritto alla cura. I soggetti non autosufficienti erano considerati una minoranza e venivano visti principalmente come persone dipendenti dai familiari (Leira e Saraceno 2002) o

come semplici utenti di servizi generici per anziani, senza un trattamento specifico legato alla loro disabilità.

Per molto tempo, il diritto alla cura è stato inteso solo come il diritto ad essere assistito da un familiare, e non come un diritto sociale di cittadinanza (Saraceno 2008).

Con l'aggravarsi del problema dell'invecchiamento demografico e il crescente numero di persone non autosufficienti, si è resa necessaria l'adozione di soluzioni specifiche e adeguate (Ranci, Pavolini 2013). Dato l'aumento delle risorse necessarie per affrontare il fenomeno, le politiche di Long Term Care sono diventate una delle più importanti innovazioni istituzionali nel welfare (Ranci, Pavolini 2013).

I sistemi europei di Long-Term Care (LTC) per gli anziani sono un anello debole del welfare: meno sviluppati delle politiche pensionistiche o del lavoro, soffrono di frammentazione, inefficienza e sottofinanziamento pubblico (De Tommaso 2022). La pandemia di COVID-19 ha agito da stress test, esponendo drammaticamente i limiti di questa protezione sociale (Ibidem).

Pavolini (2021) ha curato un rapporto per European Social Policy Network, intitolato "Modelli di protezione sociale per l'assistenza a lungo termine nell'UE" ove illustra le sfide e gli sviluppi del settore proponendo una nuova classificazione dei sistemi di LTC in Europa.

Secondo il rapporto i Paesi Europei devono affrontare il "trilemma della Long Term Care" (Pavolini 2021).

Il primo obiettivo cruciale è estendere la copertura dei servizi di welfare formale per rispondere al maggior numero possibile di bisogni. È fondamentale notare che l'attuale misurazione della copertura si basa solo sulla percentuale di beneficiari,

tralasciando l'aspetto cruciale dell'intensità (ovvero la qualità e la quantità) dei servizi erogati (Pavolini 2021).

Il secondo obiettivo riguarda i caregiver familiari informali, maggiormente donne, e gli strumenti che le politiche di LTC devono adottare per assicurare una equa ripartizione delle responsabilità di cura, impedendo che il carico gravi quasi interamente su di esse (Pavolini 2021).

Il terzo obiettivo riguarda l'aumento della spesa pubblica in un periodo ove i bilanci sono già sotto stress (Pavolini 2021).

Il Rapporto sfrutta il concetto di trilemma come base per introdurre una nuova interpretazione e una classificazione rinnovata dei modelli europei di assistenza a lungo termine (Ibidem). Una delle criticità riscontrate è la scarsità di dati e analisi riguardanti gli aspetti cruciali della regolamentazione delle politiche di LTC. In particolare, mancano informazioni dettagliate sulle condizioni di accesso (come i requisiti di reddito, ad esempio l'ISEE in Italia), sul diritto all'assistenza (residenziale o domiciliare) e sulla disponibilità di prestazioni in denaro (indennità).

Le classificazioni elaborate sino adesso identificano tre cluster principali (Pavolini 2021):

- i Paesi Nordici (Finlandia, Danimarca, Norvegia, Svezia e Paesi Bassi);
- i Paesi dell'Est europeo (inclusi i Paesi Baltici);
- i Paesi del Sud Europa (in cui è esclusa solo la Grecia).

Invece i Paesi Continentali non sono raggruppati assieme. A Belgio e Francia, è attribuito un modello di welfare, mentre Germania, Austria e Lussemburgo si inseriscono in un altro cluster in base alla protezione sociale e alle fonti di finanziamento dei rispettivi Paesi (Ibidem).

Lo studio di Pavolini interpreta i modelli di LTC da un lato, secondo quattro dimensioni comparative, ossia: l'organizzazione complessiva dei sistemi pubblici di LTC, il tipo di misure di protezione sociale, i criteri di eleggibilità, il sistema di finanziamento all'altro lato propone una classificazione in base a due variabili ossia: la spesa pubblica destinata alle LTC (in % del pil) e la spesa per i servizi di LTC erogati in denaro (come quota % della spesa pubblica destinata alla LTC) (Pavolini 2021).

Con riferimento alle quattro dimensioni comparative abbiamo:

Prima dimensione (organizzazione complessiva dei sistemi pubblici di LTC) i Paesi si dividono in due criteri (Ibidem). Per il criterio che riguarda possedere o meno un canale specifico all'interno del sistema di protezione sociale e della spesa pubblica.

a) “integrati”, cioè hanno un canale specifico all'interno del sistema di protezione sociale e della spesa pubblica dedicato alla LTC; solo 10 Paesi su 27 lo possiedono (Austria, Belgio, Germania, Danimarca, Spagna, Finlandia, Francia, Lussemburgo, Olanda e Svezia);

b) “frammentati” si tratta di paesi che non hanno un settore specifico LTC e sono i restanti 17 Paesi membri dell'UE.

Gli interventi di LTC sono spesso frammentati, con una distinzione netta tra le istituzioni che gestiscono l'assistenza sanitaria e sociale e quelle che erogano prestazioni in denaro rispetto ai servizi in natura. In Italia, ad esempio, questa frammentazione è evidente: la responsabilità di gestione e fornitura dei servizi LTC (sanitari, sociali e indennità economiche) è distribuita su diversi livelli di governo.

Seconda dimensione. Le misure di protezione sociale assumono tre forme: servizi reali, prestazioni in denaro per le persone con esigenze di LTC e prestazioni in

denaro per i caregiver (Pavolini 2021). Tutti i Paesi offrono servizi, dall'assistenza residenziale, semiresidenziale, sino a quella domiciliare. Le differenze tra i Paesi derivano dalla capacità di copertura dei servizi: 12 Paesi offrono assistenza domiciliare e residenziale a meno del 10 % della loro popolazione anziana (Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Germania, Croazia, Grecia, Spagna, Ungheria, Italia, Lettonia, Polonia e Portogallo). Tutti gli altri hanno delle coperture abbastanza elevate. Solo 8 Paesi europei non prevedono l'erogazione di misure di natura monetaria (Danimarca, Estonia, Grecia, Ungheria, Irlanda, Malta e Romania). La maggior parte dei Paesi vantano servizi monetari di tipo universalistico (ad esempio l'Italia ove le prestazioni in denaro sostengono l'assistenza informale e/o erogata dal mercato sommerso, a discapito dei servizi pubblici e privati).

Terza dimensione. Per quanto riguarda i criteri di accesso i Paesi dell'UE si differenziano per un approccio universalistico caratterizzato da una elevata copertura di protezione sociale per tutti i residenti e da prestazioni universali erogate pubblicamente e per un approccio selettivo caratterizzato da servizi o politiche mirate a specifici target (Pavolini 2021). Di conseguenza emergono quattro modelli:

- modello “selettivo”: presente in dieci Paesi dell'Europa centro orientale e meridionale; in essi l'accesso alle prestazioni pubbliche di LTC, sia in denaro che in natura, dipendono dalla valutazione dei bisogni di assistenza e dalla verifica dei mezzi finanziari;
- modello “misto” (BE, CZ, IE, IT, LT, SK) a seconda del tipo di prestazione (denaro o servizi) si applica la selettività dei servizi o l'universalismo delle prestazioni in denaro;

- modello “quasi universalistico” (ES, LU, MT) l’accesso alle prestazioni è legato solo alla valutazione dei bisogni di assistenza;
- modello “universalistico” adottato prevalentemente dai Paesi dell’Europa continentale e del Nord. I servizi o le prestazioni in denaro avvengono dopo la valutazione dei bisogni.

Quarta dimensione. I canali di finanziamento per l’assistenza sanitaria e sociale pubblica per la LTC riguardano la tassazione generale (ad esempio, in Italia o in Austria) e i contributi sociali obbligatori (ad esempio in Germania) o un misto tra i due (ad esempio in Francia). In tutti i Paesi i costi sono compartecipati con i beneficiari (ad esempio, quelli relativi alle rette di residenza) (Pavolini 2021).

Accanto all’analisi qualitativa e comparata delle quattro dimensioni, il Rapporto propone una nuova classificazione dei modelli di LTC elaborata dalla combinazione di due variabili (Ibidem):

- 1- la spesa pubblica destinata alle LTC (in % del Pil);
- 2- la spesa pubblica per i servizi di LTC erogati in denaro.

Si individuano sei modelli (Pavolini 2021):

- 1- modello di intervento statale, molto limitato nella spesa pubblica destinato alla LTC. I Paesi appartenenti al cluster sono quelli dell’Europa meridionale (Cipro, Grecia, Portogallo) o dell’Europa centro orientale (Bulgaria, Estonia, Ungheria, Croazia, Lettonia, Romania). Questo modello registra il tasso di copertura dei beneficiari più basso, nonostante l’elevata quota di anziani fragili e/o non autosufficienti.
- 2- modello di intervento statale limitato, attraverso prestazioni in denaro: quasi un quinto degli Stati membri appartiene ad esso come la Spagna e quattro Paesi della

Europa Centro Orientale (Lituania, Polonia, Slovenia, Slovacchia). Questo modello offre una maggiore copertura dei potenziali beneficiari attraverso l'allocazione delle risorse.

3- modello di intervento statale limitato attraverso i servizi: uno Stato membro su dieci circa appartiene a questo cluster (Irlanda, Lussemburgo, Malta). I finanziamenti sono destinati all'assistenza domiciliare e ai servizi di assistenza residenziale.

4- modello di intervento statale forte, attraverso prestazioni in denaro come in Austria, Germania, Italia e Repubblica Ceca. In Italia l'intervento dello stato è forte ed è basato attraverso prestazioni in denaro (trasferimenti) mentre è debole per quanto riguarda i servizi.

5- modello di intervento statale forte attraverso i servizi come in Belgio, Francia e Finlandia. Questo modello ha una elevata copertura dei potenziali beneficiari attraverso i servizi e le prestazioni in denaro limitando il rischio di povertà ed esclusione sociale

6- modello di intervento statale molto forte, attraverso i servizi come i Paesi Bassi e in due Paesi nordici (Danimarca e Svezia). Questo modello copre tutti i potenziali beneficiari (De Tommaso 2022).

Ove è presente una forte componente dei servizi è possibile prevenire l'esclusione sociale e il rischio di povertà degli individui in condizione di fragilità e non autosufficienza.

Spesa pubblica per LTC in Europa

Percentuale del PIL - Anno 2019

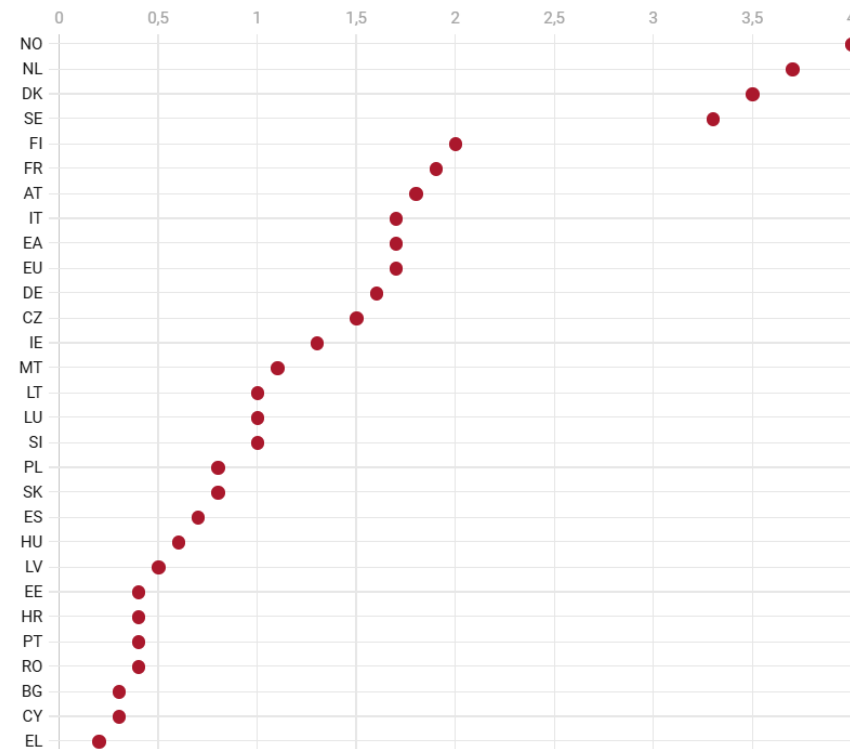


Figura 4: Spesa pubblica per LTC in Europa

Fonte: Commissione europea. Comitato di politica economica

Inoltre, intersecando la classificazione dei sistemi di assistenza con il trilemma della LTC si evince che (De Tommaso 2022):

- nel modello a intervento statale limitato dominano le preoccupazioni di bilancio e gli anziani non sono coperti dal sostegno pubblico;
- nel modello statale molto forte, attraverso i servizi vi sono ingenti risorse dedicate.

Quando lo Stato interviene con prestazioni economiche, l'obiettivo è bilanciare spesa, copertura dei servizi e protezione dal rischio di povertà. Viceversa, dove tali prestazioni sono scarse, è difficile raggiungere i potenziali beneficiari di LTC con i

servizi, e ci si affida molto al welfare informale. Combinando queste variabili, Pavolini (2021) evidenzia le peculiarità e le tendenze di policy nel settore, invitando a riflettere sui futuri sviluppi delle politiche di LTC.

CAPITOLO 3

MODELLI DI WELFARE REGIONALI E PRINCIPALI AMBITI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

3.1 TERRITORIALIZZAZIONE DELLE POLITICHE

Il sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia è privo di una configurazione unitaria, poiché risente della prolungata assenza di una legge-quadro nazionale. Tale vuoto normativo ha favorito la frammentazione degli interventi in un mosaico di modelli regionali. Questa autonomia decisionale ha trasformato le Regioni nei principali registi del settore, generando però sistemi assistenziali profondamente eterogenei (Andreani 2024). Oltre che a dinamiche politiche, la territorializzazione risponde a fattori economici e organizzativi complessivi che favoriscono il decentramento (Barberis e Catena 2026).

Innanzitutto, la diseguale distribuzione dei bisogni, legata alle specificità territoriali del contesto italiano, mette in crisi l'idea di un welfare sociale omogeneo. Se da un lato ciò giustifica la definizione di strategie locali dedicate, dall'altro evidenzia un problema di territorio: la possibilità di influenzare i processi decisionali e di ottenere risposte adeguate varia significativamente in base alla residenza. Il risultato è una frammentazione dei percorsi di cura, dove il mix di interventi disponibili è determinato più dalla geografia che dal bisogno in sé (Ibidem).

La differenziazione territoriale del welfare riflette inoltre precise dinamiche politiche e ideologiche. Da un lato, il decentramento può essere promosso come strumento per favorire la sussidiarietà e la partecipazione dei cittadini; dall'altro, può rappresentare

una scelta strategica finalizzata all'efficientamento economico e al controllo della spesa pubblica. In questo contesto, le pressioni esercitate da attori politici con una forte base territoriale (come i partiti regionalisti) orientano l'allocazione delle risorse verso dotazioni di welfare specifiche, modellate sugli interessi di classi sociali o bacini elettorali localizzati (Ibidem).

Ai fattori politici si affiancano quelli di policy, inerenti alle strategie pubbliche adottate per rispondere ai problemi della collettività. In quest'ottica, l'assetto amministrativo della governance multilivello, intesa come l'insieme delle relazioni e dei rapporti tra pubblico e privato, risulta determinante nel definire il livello territoriale ottimale per l'erogazione degli interventi. Diviene quindi centrale analizzare non solo il riparto delle funzioni tra i diversi enti, ma soprattutto il loro grado di autonomia finanziaria, programmatoria e attuativa, variabili che condizionano direttamente l'efficacia delle politiche locali (Ibidem).

Le riconfigurazioni territoriali del welfare sono anche strettamente correlate alla variazione dei bisogni, delle visioni politiche e degli assetti amministrativi. Quando si verifica uno scollamento tra l'organizzazione dei servizi e le reali necessità della popolazione, il sistema perde la sua capacità di risposta, favorendo l'insorgere di nuove disparità territoriali. In questo scenario, il decentramento non è solo una scelta amministrativa, ma spesso una reazione necessaria a una nuova geografia dei rischi sociali, che impone soluzioni gestionali prossime ai contesti in cui tali bisogni si manifestano (Kazepov & Barberis 2017).

Le criticità legate alla coesione sociale trovano nel contesto locale il loro principale ambito di intervento, necessitando di una governance che integri pubblico, privato sociale e mercato. In questo contesto, coordinare significa unificare gli obiettivi e i

vari attori del territorio all'interno di un programma di lavoro comune, in modo che tutti seguano la stessa direzione (Barberis e Catena 2026).

Per comprendere se il decentramento funziona davvero, il coordinamento può essere analizzato su due livelli:

Il primo rimanda al livello locale (Comune o Regione): qui il coordinamento serve a far sì che i vari attori (pubblico, terzo settore e privati) non lavorino in modo isolato per evitare che si creino dei “vuoti” nei servizi o, al contrario, che si facciano le stesse cose in modo sovrapposto, ma con un dispendio di risorse, sia materiali che immateriali (Ibidem).

Il secondo livello rimanda a quello nazionale (tra diversi territori): qui il coordinamento serve a bilanciare la libertà di ogni territorio di organizzarsi come preferisce con il dovere di garantire a tutti i cittadini gli stessi diritti, ovunque essi vivano, correggendo le ingiustizie tra aree più ricche e aree più povere (Ibidem).

Il coordinamento e le forme di riequilibrio territoriale (come il riaccentramento) dipendono dal contesto storico e politico. Le crisi economica del 2007 e pandemica del 2020, hanno dimostrato che, di fronte a bisogni sociali acuti e diffusi, i livelli territoriali locali e regionali possono trovarsi in difficoltà. Di conseguenza, la risposta istituzionale si è spesso tradotta in un ritorno a una gestione più centralizzata, ritenuta più idonea a garantire la tenuta del sistema di welfare di fronte a sfide sistemiche (Barberis e Catena 2026).

La copertura dei bisogni della terza età in Italia varia sensibilmente a causa di un riparto di competenze che coinvolge Stato, Regioni e Comuni. Mentre lo Stato gestisce le prestazioni monetarie (INPS) e definisce i livelli minimi di assistenza, le Regioni e i Comuni si occupano rispettivamente della sanità e dell'assistenza sociale.

Il punto di caduta di questo sistema sono i LEP, che dovrebbero garantire diritti esigibili a livello nazionale, ma che nella pratica si scontrano con i limiti di bilancio e con una complessa ripartizione degli oneri tra enti pubblici e nuclei familiari (Barberis e Catena 2026). Nei prossimi passaggi verrà approfondito il sistema di intervento LTC.

3.2 ADI

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), erogata dalle Aziende Sanitarie Locali, si configura come un insieme di prestazioni multidisciplinari: mediche, infermieristiche e riabilitative, rivolte a soggetti fragili, non autosufficienti o affetti da patologie croniche di ogni fascia anagrafica (Noli 2021).

Inquadrata come Livello Essenziale di Assistenza (LEA) sin dal 2001 (Tidoli 2017), l'ADI afferisce dal 2017 all'area delle “cure domiciliari” del Servizio Sanitario Nazionale. Gli interventi si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto ai nuclei familiari erogate dai Comuni (Noli 2021). Tuttavia, nonostante l'obbligatorietà garantita dai LEA, si rileva tuttora l'assenza di standard nazionali univoci circa il grado di copertura, l'intensità delle cure e i parametri qualitativi di valutazione del servizio (Ibidem).

Nonostante il processo di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) appaia oggi consolidato nelle sue fasi principali, si rileva un'ampia variabilità dei modelli attuativi a livello regionale (Noli 2021). Un elemento di convergenza è rappresentato dal Punto Unico di Accesso (PUA) che costituisce la porta d'ingresso privilegiata per l'orientamento del cittadino (Noli 2021). L'iter assistenziale ha solitamente inizio con la segnalazione del paziente da parte dei reparti ospedalieri in

fase di pre-dimissione, sebbene molte Aziende Sanitarie consentano l'attivazione del servizio anche su istanza diretta dell'interessato, dei servizi sociali o delle realtà del terzo settore (Ibidem).

Il PUA svolge la funzione strategica di gate-keeper, (ossia indica chi controlla l'accesso a una risorsa, informazione o comunità) programmando, laddove necessario, la Valutazione Multidimensionale (VMD). Tale fase istruttoria è affidata a un'equipe multiprofessionale, generalmente composta da medico, infermiere e fisioterapista; la partecipazione dell'assistente sociale o del Medico di Medicina Generale risulta invece più sporadica e legata alle specifiche prassi aziendali. In alcuni contesti operativi, la valutazione può essere condotta da un singolo operatore con funzioni di case manager (Noli 2021).

Il momento di sintesi di tale percorso è la redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Questo strumento non solo definisce gli obiettivi terapeutici per ogni area di bisogno, ma specifica i livelli di intensità assistenziale e le modalità di monitoraggio nel tempo. Il PAI garantisce così la dinamicità dell'intervento, permettendo di rimodulare le prestazioni in base all'evoluzione clinica del paziente fino alla dimissione dal servizio (Noli 2021).

Sebbene negli ultimi anni si sia assistito a un progressivo ampliamento della platea di utenti raggiunti dall'Assistenza Domiciliare Integrata, il fabbisogno assistenziale stimato appare ancora sensibilmente superiore all'offerta corrente, con proiezioni che indicano una domanda potenziale pari al doppio o al triplo dei volumi erogati (Fosti e Notarnicola 2018). L'inadeguatezza quantitativa delle prestazioni domiciliari pubbliche emerge, dunque, come la principale criticità del sistema (Ibidem).

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI (target PNRR)*
Molise	76.528	25.8%	19.744	11.808	60%	15%
Veneto	1.155.089	22.9%	264.515	126.872	48%	11%
Toscana	955.231	26.8%	256.002	122.232	48%	13%
Friuli-Venezia Giulia	319.677	21.7%	69.370	30.089	43%	9%
Emilia-Romagna	1.078.372	33.0%	355.863	144.986	41%	13%
Lombardia	2.304.174	24.4%	562.218	147.115	26%	6%
Lazio	1,305,332	26.9%	351.134	77.509	22%	6%
PA Bolzano	106.778	24.1%	25.733	5.536	22%	5%
Liguria	435.654	22.5%	98.022	20.929	21%	5%
PA Trento	123.916	23.7%	29.368	6.234	21%	5%
Basilicata	132.704	33.0%	43.792	9.218	21%	7%
Marche	382.124	32.3%	123.426	23.114	19%	6%
Valle d'Aosta	30.479	24.0%	7.315	1.361	19%	4%
Abruzzo	319.117	32.7%	104.351	18.643	18%	6%
Umbria	228.230	30.3%	69.154	11.355	16%	5%
Sicilia	1.089.969	34.6%	377.129	59.303	16%	5%
Piemonte	1.116.681	22.9%	255.720	39.724	16%	4%
Puglia	918.789	32.8%	301.363	42.029	14%	5%
Campania	1.133.462	34.0%	385.377	53.299	14%	5%
Sardegna	408.746	35.2%	143.879	11.780	8%	3%
Calabria	430.352	35.6%	153.205	10.383	7%	2%
Italia	14.051.404	28.4%	3.990.599	973.505	24%	7%

Figura 5: Dettaglio Regionale tasso di copertura della popolazione 65+ e della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI.

Fonte: Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2022. Le condizioni di salute anziana in Italia.

L'analisi dei flussi informativi a partire dal 2014 evidenzia una crescita moderata, ma costante, del numero di assistiti con età superiore ai 65 anni su tutto il territorio nazionale. Un dato significativo riguarda l'omogeneità dei tassi di copertura, i quali non mostrano marcate divergenze tra le regioni del Nord e quelle del Mezzogiorno (Figura 1). Al contrario, per quanto concerne l'intensità assistenziale, i dati rivelano un doppio scenario: mentre la componente prestazionale è rimasta pressoché invariata nell'ultimo quadriennio, si è registrato un incremento degli interventi focalizzati sulla presa in carico globale dell'utente nell'ambito dei percorsi di ADI (Noli 2021).

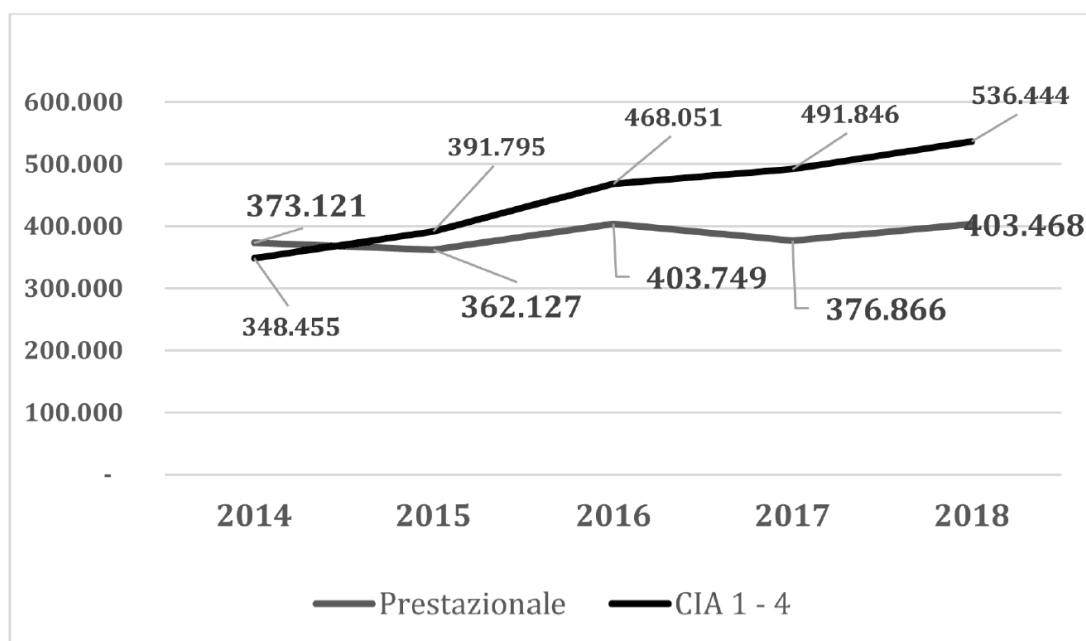


Figura 2: Prese in carico (Pic) per intensità di cura - Anni 2014-2018

Fonte: elaborazione dati Italia Longeva (Vetrano e Vaccaro, 2018; Vetrano, 2019)

L'analisi del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) permette di delineare l'articolazione delle cure domiciliari nel panorama nazionale (Noli 2021). Secondo i dati riferiti al 2018, il 43% delle attivazioni ha riguardato le cure domiciliari di tipo prestazionale (livello base). Per quanto concerne le cure integrate, la distribuzione si concentra prevalentemente nei primi due livelli di intensità: il 39% delle prese in carico afferisce al primo livello, caratterizzato da un basso coefficiente (CIA 0,14-0,30) e da una frequenza non superiore a un accesso ogni tre giorni, mentre il 36% si attesta sul secondo livello (Ibidem).

Sotto il profilo della distribuzione territoriale, si osserva un'eterogeneità significativa: Campania, Sicilia e Molise si confermano come le realtà a più alta intensità assistenziale, in antitesi con Friuli-Venezia Giulia e Calabria, che mostrano

indici medio-bassi. In termini di volume di attività, sia per numero di accessi che per ore erogate, la componente infermieristica risulta prevalente, seguita da quella riabilitativa (Ibidem).

Un'ulteriore criticità emerge dall'analisi della spesa sanitaria pro capite per l'assistenza domiciliare agli anziani (Pelliccia 2019a). Nel 2017, a fronte di una spesa media nazionale che vede la maggior parte delle regioni attestarsi in un range tra i 100 e i 140 euro, permangono divari estremi: si spazia dai valori minimi rilevati nella Provincia Autonoma di Trento (circa 56 euro) alle punte massime registrate in Friuli - Venezia Giulia (281 euro), evidenziando una profonda disparità nelle risorse allocate a livello locale (Noli 2021).

Analizzando l'investimento economico per singolo caso effettivamente assistito ovvero la spesa relativa alla Presa in Carico (PiC) emerge un quadro di profonda eterogeneità territoriale (Noli 2021). A fronte di un valore medio nazionale di 1.872 euro per utente, si riscontrano oscillazioni estremamente marcate tra le diverse realtà regionali: si spazia, infatti, dai 679 euro del Veneto agli oltre 6.200 euro della Calabria. La distribuzione della maggior parte delle Regioni si attesta, tuttavia, in un intervallo compreso tra 1.700 e 3.400 euro (Ibidem).

Una elevata spesa per singolo caso non sia necessariamente sinonimo di una migliore qualità del servizio (Noli 2021). Tale indicatore può essere interpretato secondo una duplice prospettiva: da un lato, può riflettere un maggiore sforzo assistenziale, espresso attraverso un'elevata frequenza di accessi o l'impiego di figure professionali altamente specializzate; dall'altro, può rappresentare un segnale di ridotta efficienza operativa nella gestione e nel coordinamento delle risorse destinate al caso (Noli 2021).

Analizzando il sistema, il principale ostacolo a un'assistenza domiciliare efficace si trova nella mancata realizzazione di una reale integrazione sociosanitaria (Noli 2021). Nonostante tale principio sia stato ripetutamente sancito dal quadro normativo, la sua attuazione pratica appare frammentata e non uniforme, a causa dell'assenza di strumenti istituzionali, organizzativi e operativi idonei a garantirne l'uniformità (Ibidem).

Persiste, infatti, una netta separazione amministrativa e gestionale tra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i Comuni, che si traduce in una gestione separata delle risorse finanziarie, del personale e della programmazione (Ibidem). Nel tentativo di ricomporre questa frattura, i modelli gestionali adottati a livello regionale potrebbero essere ricondotti a tre tipologie principali:

1. L'integrazione sociale e sanitaria viene delegata dai Comuni al Distretto dell'Azienda Sanitaria, che assume il ruolo di centro decisionale unico per l'erogazione delle prestazioni (Noli 2021).
2. L'Azienda Sanitaria e i Comuni operano in modo indipendente, programmando ed erogando l'assistenza domiciliare senza un reale coordinamento, mantenendo separati i flussi operativi e le risorse (Ibidem).
3. Forme più o meno strutturate di collaborazione tra Comuni e ASL, la cui efficacia è spesso legata ad accordi locali o protocolli d'intesa, risultando in livelli di integrazione estremamente diversificati sul territorio (Ibidem).

L'erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata è caratterizzata da un'estrema eterogeneità nelle modalità di attuazione territoriale (Vetrano e Vaccaro 2017). Tale frammentazione è ulteriormente accentuata dall'esternalizzazione della gestione a soggetti terzi (sia profit che non-profit), una scelta che ha reso particolarmente

complesso il coordinamento unitario degli interventi (Noli 2021). L'assistenza domiciliare resta isolata da ospedali e strutture residenziali. Questo interrompe la continuità delle cure e rende il percorso meno efficace (Ibidem).

Anche il Piano Assistenziale Individuale (PAI), nonostante la frequente revisione di un case manager dedicato alla regia degli interventi sanitari, sociali e informali, non riesce spesso a garantire una reale integrazione (Gori e Pelliccia 2013). Di fatto, il domicilio dell'assistito diviene il luogo in cui si riceve una serie di prestazioni scoordinate e prive di una visione d'insieme (Ibidem).

A tal proposito, si possono individuare due ulteriori ordini di criticità:

1. La disomogeneità degli strumenti di accertamento impedisce la definizione di standard assistenziali uniformi a parità di complessità e ostacola la validazione di outcome (esiti) ed output (prodotti) che siano al contempo efficaci e sostenibili (Tidoli 2017). Inoltre, si osserva un'involuzione della Valutazione Multidimensionale (VMD): da strumento clinico orientato alla rappresentazione dei bisogni e delle risorse del cittadino, essa viene spesso ridotta a mero atto di autorizzazioni e certificazioni, a favore di logiche per il contenimento della spesa sanitaria (Tidoli 2017).

2. Sebbene il catalogo ADI preveda oltre 110 attività diversificate per intensità, l'offerta corrente si concentra prevalentemente su prestazioni essenziali e a bassa complessità, con un forte sbilanciamento verso l'area infermieristica quale prelievi ematici, igiene, gestione di presidi (Noli 2021). Risultano meno garantite le procedure diagnostiche complesse, le terapie ad alta intensità (dialisi, emotrasfusioni), nonché i trattamenti riabilitativi, logopedici e il supporto psicologico (Ibidem). A ciò si aggiunge una limitata disponibilità oraria,

generalmente circoscritta alle ore diurne dei giorni feriali, con una cronica assenza di servizi di reperibilità H24, eccezion fatta per le cure palliative oncologiche. Questa carenza di supporto, specialmente in presenza di disturbi cognitivi, espone i caregiver a gravi sindromi di burnout, accelerando impropriamente il ricorso all'istituzionalizzazione del paziente in strutture residenziali (Ibidem).

3.3 SAD

Il Servizio di Assistenza Domiciliare, (SAD) di titolarità comunale, affonda le sue radici nelle iniziative promosse dalle amministrazioni locali in particolare nel Nord Italia a partire dagli anni Settanta. Originariamente, il servizio nasceva con una funzione di supporto leggero, mirata a rispondere a bisogni di compagnia e aiuto domestico per anziani autosufficienti (Noli 2021).

A partire dagli anni Novanta, tuttavia, il SAD ha subito un'espansione e una metamorfosi strutturale in risposta al mutamento del profilo dell'utenza, caratterizzato da un progressivo aggravamento delle condizioni di dipendenza (Ibidem). Tale transizione ha costretto i Comuni a elevare la qualificazione del personale impiegato e a ricorrere sistematicamente a soggetti del terzo settore per l'erogazione delle prestazioni (Tidoli 2016). In questa fase, il SAD ha iniziato a occuparsi prevalentemente delle funzioni vitali e della cura della persona (igiene, vestizione, mobilizzazione e sorveglianza farmacologica).

Attualmente, il SAD si configura come un servizio erogatore di prestazioni socioassistenziali per persone in stato di non autosufficienza parziale o totale, focalizzandosi sul supporto alla vita quotidiana e sull'integrazione sociale (Noli 2021). Sotto il profilo amministrativo, la valutazione del bisogno e l'accesso restano

di competenza dei Servizi Sociali comunali, con una partecipazione al costo da parte dell'utente parametrata sull'indicatore ISEE. Resta tuttavia preoccupante il dato statistico nazionale che, nel periodo compreso tra il 2006 e il 2017, evidenzia una tendenza di copertura in costante contrazione, la percentuale di utenti con età superiore ai 65 anni è passata dall'1,85% a un esiguo 1%, confermando una tendenza di costante ridimensionamento del servizio pubblico. (Figura 3).

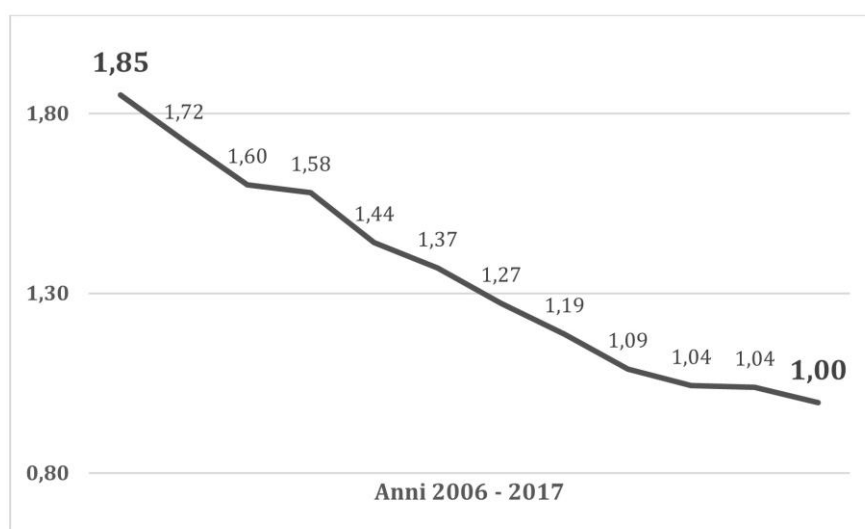


Figura 3: % Anziani > 65 anni utenti SAD anni 2006-2017

Fonte: Elaborazione dati ISTAT (2006-2017)

Parallelamente alla riduzione del numero di assistiti, si è registrato tuttavia un incremento significativo dell'investimento per singolo utente. La spesa media pro-capite è infatti aumentata dai 1.646 euro del 2006 ai 2.037 euro del 2017, segnando una crescita del 23,7%. Tale fenomeno suggerisce una polarizzazione del servizio: a fronte di un numero minore di beneficiari, l'intervento si è fatto più oneroso, probabilmente a causa di un inasprimento della complessità dei bisogni dei casi residui in carico ai Comuni (Noli 2021).

L'attuale offerta del SAD è apparsa precocemente inadeguata e sempre meno rispondente alle complesse esigenze degli anziani non autosufficienti e dei loro caregiver (Tidoli 2017). L'esiguità degli accessi settimanali, la standardizzazione delle prestazioni e la limitazione alle sole ore diurne si sono rivelate insufficienti a garantire la permanenza al domicilio dei soggetti con grave compromissione dell'autonomia (Tidoli 2017).

Questa carenza strutturale ha spinto i nuclei familiari verso forme di auto-organizzazione, favorendo l'emergere del cosiddetto welfare "invisibile" basato sulle cure informali delle assistenti familiari (badanti). Queste ultime, pur possedendo spesso qualifiche inferiori, offrono soluzioni di long-term care più flessibili e aderenti ai bisogni quotidiani delle famiglie (Tidoli 2017).

Tale fenomeno ha generato profonde ripercussioni sul sistema di welfare nazionale, spostando l'onere dell'assistenza di lungo termine dal settore pubblico a quello privato informale (Tidoli 2017).

L'accessibilità al servizio è inoltre ostacolata da diverse barriere strutturali e burocratiche, tra cui:

1. L'accesso è spesso subordinato a rigidi requisiti, quali specifici gradi di invalidità, l'assenza di una rete familiare di supporto o certificazioni sanitarie vincolanti (Noli 2021).
2. Gli iter burocratici, come la presentazione della documentazione ISEE, rappresentano sovente un onere gravoso per l'utenza (Ibidem).
3. Le quote di compartecipazione alla spesa, sono parametrize sull'ISEE, possono risultare talmente elevate da rendere economicamente più vantaggioso il ricorso al mercato privato "irregolare" o l'acquisto diretto del servizio dai gestori (Ibidem).

Questa dinamica ha innescato un processo di contrapposizione: mentre i nuclei con redditi medi o elevati abbandonano il sistema pubblico, il SAD rimane destinato quasi esclusivamente ai cosiddetti “casi sociali” o ai nuclei a basso reddito, per i quali le tariffe sono agevolate o nulle. Tale fenomeno ha portato, nel tempo, a identificare il SAD come un “servizio per i poveri”, riducendone il prestigio e l’attrattività (Tidoli 2017).

In conclusione, la natura prevalentemente prestazionale del servizio, l’eccessiva frammentazione degli erogatori (profit e non-profit) e l’incapacità di coordinamento tra risorse formali e informali impediscono una programmazione strategica, alimentando il rischio di sovrapposizioni inefficienti (Noli 2021). Il governo del sistema appare condizionato da vincoli di budget annuali spesso inadeguati rispetto al fabbisogno reale. E’ indispensabile un potenziamento strutturale che investa significativamente sulla qualità e sull’intensità oraria degli interventi, attraverso stanziamenti economici capaci di sostenere una riforma organica della domiciliarità (Ibidem).

Per promuovere un reale rilancio dei servizi domiciliari, è necessario superare l’attuale frammentazione attraverso una serie di interventi strategici mirati a una presa in carico globale e personalizzata (s.a. 2016).

I punti chiave di questo processo possono essere così sintetizzati:

1. Costruire un rapporto di collaborazione attiva con l'anziano e il suo nucleo familiare. Tale approccio deve tradursi nel coinvolgimento diretto dei caregiver in ogni fase del percorso assistenziale, promuovendone l'autodeterminazione e le competenze (empowerment) (Longoni 2014).

2. Le Unità di Valutazione (UVM/UVG) devono transitare da una logica basata sulla mera offerta disponibile a una programmazione fondata sulle reali esigenze di cura dell'assistito (Guaita 2009). In quest'ottica, il Piano Assistenziale Individuale (PAI) cessa di essere una semplice sommatoria di prestazioni per trasformarsi in uno strumento a valore aggiunto, capace di bilanciare efficacemente la funzione di governo della domanda, cioè gestire le risorse (soldi, tempo, posti letto) in modo che non vengano sprecate e che i servizi siano sostenibili per l'ospedale o il Comune, con quella della presa in carico per accogliere il paziente, ascoltarlo e seguirlo nel tempo, non solo nel momento dell'emergenza (Ibidem).

3. Il coordinamento tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali rappresenta la condizione necessaria per evitare il ricorso improprio alle strutture ospedaliere e ai servizi di emergenza (Da Col et al., 2018; s.a. 2012). Specialmente nelle patologie cronico-degenerative come la demenza, è essenziale garantire dimissioni protette e percorsi di continuità che raccordino il setting ospedaliero con quello domiciliare, valorizzando il ruolo del Medico di Medicina Generale e degli specialisti territoriali (Vetrano 2019).

4. Una riforma organica non può prescindere dall'integrazione delle assistenti familiari nella programmazione pubblica. È necessario porre fine alla separazione tra servizi pubblici e mercato privato, prevedendo percorsi formativi, di monitoraggio e di supporto per le badanti, riconoscendole come risorsa strutturale del sistema (Meneghini e Tidoli 2019).

5. L'offerta domiciliare deve evolversi verso "pacchetti di servizi" flessibili e modulabili. Oltre alle cure sanitarie, occorre integrare supporti alla vita quotidiana quali la fornitura di pasti, il trasporto sociale, il tutoring farmacologico e il disbrigo

di pratiche amministrative calibrati sulle specifiche necessità del singolo caso (Pasquinelli 2019).

6. Infine, è auspicabile favorire lo sviluppo di reti di prossimità e di vicinato solidale, capaci di generare un supporto comunitario informale che integri e sostenga l'azione dei servizi professionali (Noli 2021).

Per superare l'attuale frammentazione delle competenze e delle fonti di finanziamento, sarebbe utile la strutturazione di un piano di intervento multidimensionale, coordinato stabilmente dalla figura del case manager, il cui compito principale risiede nella ricomposizione organica di tutte le risorse disponibili siano esse formali, informali o economiche attorno alla figura dell'anziano (Istituto per la ricerca sociale 2016; NNA 2017; Fosti e Notarnicola 2018). In quest'ottica, anche le provvidenze monetarie, come l'indennità di accompagnamento, non dovrebbero essere intese come sussidi isolati, ma come parte integrante di una strategia di cura complessiva (Istituto per la ricerca sociale 2016; NNA 2017; Fosti e Notarnicola 2018).

Parallelamente al rafforzamento del settore pubblico, risulta necessario promuovere politiche che stimolino lo sviluppo di un mercato privato regolato e flessibile. Un'offerta organizzata, capace di garantire prestazioni "su misura" (accessi orari, copertura nei fine settimana o interventi temporanei), permetterebbe di rispondere con maggiore tempestività e capillarità a bisogni che il sistema pubblico, per sua natura, fatica a coprire integralmente (Noli 2021).

Inoltre, l'evoluzione della domiciliarità dovrebbe integrare le opportunità offerte dalla transizione digitale. L'impiego di dispositivi medici sensoriali, la rilevazione costante dei parametri vitali e lo sviluppo della telemedicina rappresentano strumenti

essenziali per potenziare il monitoraggio remoto (Bevilacqua et al. 2017). Tali tecnologie non sostituiscono la presenza umana, ma la integrano efficacemente, trasformando il domicilio in un luogo di cura tecnologicamente avanzato e garantendo un supporto costante sia nelle fasi di sorveglianza sia in quelle del percorso assistenziale (Bevilacqua et al. 2017).

3.4 I SERVIZI RESIDENZIALI

Il cronico sottofinanziamento della residenzialità in Italia si traduce in un'offerta strutturalmente insufficiente rispetto ai principali modelli di welfare dell'Europa Occidentale. Il dato comparativo sulla dotazione di posti letto per 100 abitanti over 65 evidenzia, una distanza critica tra il sistema italiano e le medie europee (Barsanti 2020).

Tale carenza non rappresenta solo un limite quantitativo, ma riflette una ridotta allocazione di risorse pubbliche nella Long-Term Care. Questo deficit genera una pressione impropria sia sulle famiglie, costrette a farsi carico dell'assistenza, sia sui servizi domiciliari e ospedalieri, chiamati a colmare le lacune di una rete residenziale sottodimensionata (Ibidem).

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Copertura del bisogno 65+ NA	Copertura del bisogno 75+ NA
PA Bolzano	6.286	24%	30%
PA Trento	6.635	23%	28%
Lombardia	85.528	15%	19%
Veneto	42.517	16%	19%
Friuli-Venezia Giulia	10.957	16%	17%
Marche	12.044	10%	14%
Piemonte	31.830	12%	14%
Liguria	12.877	13%	14%
Toscana	28.110	11%	13%
Emilia-Romagna	25.857	7%	12%
Valle d'Aosta	646	9%	11%
Umbria	3.483	5%	7%
Lazio	11.188	3%	4%
Abruzzo	3.115	3%	4%
Puglia	7.540	3%	3%
Calabria	2.933	2%	3%
Molise	551	3%	3%
Sicilia	5.741	2%	2%
Sardegna	1.540	1%	2%
Basilicata	478	1%	1%
Campania	2.690	1%	1%
Italia	302.546	8%	10%

Figura 4: Tasso di copertura tramite servizi residenziali per regione e provincia autonoma, distinguendo tra la popolazione non autosufficiente over 65 e over 75.

Fonte: Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT (2022)

Nel contesto italiano, il panorama dell'offerta residenziale per la popolazione anziana appare profondamente frammentato. Secondo i dati relativi al 2018, la disponibilità media nazionale si attestava su 1,9 posti letto per ogni 100 residenti over 65 (Barsanti 2021). Dietro tale dato si configura, tuttavia, una spiccata frammentazione territoriale: mentre le Regioni del Nord presentano tassi di copertura quasi doppi rispetto alla media nazionale con punte d'eccellenza nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (4,1%) e in Valle d'Aosta (3,1%) il Mezzogiorno e le Isole mostrano carenze strutturali significative, con valori rispettivamente dello 0,5% e dello 0,6%. In termini comparativi, l'offerta settentrionale risulta quintuplicata

rispetto a quella del Sud e più che raddoppiata rispetto alle regioni del Centro (Barberis e Catena 2026).

Le disparità tra le varie zone d'Italia non riguardano solo il numero di anziani assistiti, ma anche i nomi stessi delle strutture e il tipo di cure offerte. Questa diversità non dipende solo dalle necessità della popolazione, ma da decisioni politiche e amministrative: ogni Regione, infatti, stabilisce le proprie regole per autorizzare e gestire i servizi. A complicare il quadro, manca ancora un sistema nazionale unico per controllare e valutare la qualità di queste strutture (Barsanti 2021).

Nel tempo si sono consolidati modelli regionali differenti che variano per copertura, qualità e adeguatezza dell'assistenza. Un limite significativo è rappresentato dall'eterogeneità delle definizioni: i dati riportati da Arlotti, Catena e Genova (citato in Barberis e Catena 2026: 91-93, Tabella 6.2) dimostrano come nomi identici possano nascondere servizi diversi o come, paradossalmente, strutture con nomi differenti offrano la stessa tipologia di cura.

Il quadro che ne emerge mostra differenze nette nel minutaggio di assistenza per gli anziani non autosufficienti. I livelli risultano più alti in Emilia-Romagna e Toscana, medi in Veneto e nelle Marche, e più contenuti in Lombardia. Tale confronto risente comunque della diversità dei modelli regionali, che attribuiscono compiti e finalità differenti alle varie tipologie di strutture assistenziali (Barberis e Catena 2026).

Il comparto della residenzialità si distingue nel panorama del Servizio Sanitario Nazionale per l'elevata incidenza del privato accreditato, che coinvolge circa l'82% delle strutture, superando nettamente gli ambienti semiresidenziali (68%) e ambulatoriali (60%) (Lovera 2019). Sebbene la componente non-profit mantenga un

ruolo storico, si osserva una diffusione di gruppi multinazionali (come Kos, Sereni Orizzonti e Orpea), la cui presenza è destinata a espandersi ulteriormente (Lovera 2019). Tale dinamica è alimentata da una maggiore efficienza operativa dei gestori privati, spesso legata alla capacità di ottimizzare i costi del lavoro e di allinearsi ai sistemi di rimborso pubblico (Garavaglia 2011). Inoltre, l'efficienza è fortemente correlata alla formazione degli operatori e nel loro aggiornamento nel corso del tempo (Barsanti et al. 2019).

Un altro fattore critico per il settore Long Term Care (LTC) italiano è l'esiguità del personale rispetto agli standard europei. Il tasso di infermieri per 100 anziani si attesta in Italia sullo 0,2, a fronte di valori sensibilmente più alti in Irlanda (1,1), Olanda (1,5) e Svizzera (3,0) (OECD 2020). Nonostante l'alto potenziale occupazionale del settore (Reyneri 2020), la forza lavoro è oggi caratterizzata da:

1. Una prevalenza dell'area funzionale-assistenziale (72%) rispetto a quella infermieristica (16,5%) e medica (1,5%) (Pelliccia, 2019b).
2. Una forza lavoro al 90% femminile, con un'importante componente di lavoratori nati all'estero (>20%) e un'elevata incidenza di bassa qualificazione (70%) (Barsanti 2020).
3. Una precarizzazione e turnover dei professionisti del settore che percepiscono retribuzioni mediamente inferiori del 35% rispetto ai colleghi dell'area ospedaliera e sono maggiormente esposti a contratti a termine e rischi professionali (OECD 2020).

La carenza o la stanchezza del personale si scontra con il peggioramento delle condizioni di salute degli ospiti, che richiedono cure sempre più difficili. Dal 2009 al 2016, la percentuale di residenti ad alto bisogno assistenziale è salita dal 26% al 36% (Arlotti e Ranci 2020). L'utenza odierna è composta prevalentemente da “grandi

anziani” (>80 anni) non autosufficienti, spesso affetti da demenze e polipatologie, rendendo necessaria una revisione dei modelli di finanziamento e un aggiornamento delle quote sanitarie regionali per evitare che i maggiori oneri ricadano sulle famiglie o sulla qualità delle cure (Pesaresi 2018 e 2019).

La polarizzazione tra cure domiciliari leggere e strutture residenziali ad alta intensità ha creato un “vuoto assistenziale” che sta favorendo la nascita di soluzioni intermedie e di prossimità (Barsanti 2020).

Le sperimentazioni attuali possono essere ricondotte a tre macroaree:

1. Riqualificazione abitativa tramite interventi strutturali e con l'introduzione di tecnologie per rendere idoneo il domicilio di origine (Giunco 2014).
2. Modelli di co-housing, appartamenti protetti e case albergo, dove l'autonomia è supportata da servizi di portineria sociale e assistenza di ridotta intensità (Giunco 2014).
3. Residenzialità sociale e comunità di alloggio che fungono da presidi di prossimità, capaci di “uscire dalle mura” per integrare il territorio (Ibidem).

I tre ambiti diventano punti di riferimento vicini ai cittadini, estendendo i propri servizi a un numero maggiore di persone (Guaita e Trabucchi 2017).

3.5 IDA

L'Indennità di Accompagnamento (IdA) costituisce un trasferimento monetario erogato dall'INPS a favore di soggetti ai quali sia stata riconosciuta, da apposita commissione sanitaria dell'ASL, un'invalidità totale (100%) e permanente. Il beneficio è destinato a individui impossibilitati alla deambulazione autonoma o

incapaci di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua (Gori e Gubert 2021).

Caratteristica distintiva dell'IdA è la sua natura universalistica: l'erogazione prescinde sia dall'età anagrafica sia dalle condizioni reddituali del richiedente (Ibidem). L'importo, erogato in somma fissa (nel 2026 pari a circa 552 euro mensili), non è soggetto a vincoli di destinazione, garantendo ai beneficiari e alle loro famiglie la massima discrezionalità nell'impiego delle risorse per il sostegno assistenziale (Gori e Gubert 2021).

Introdotta originariamente nel 1980 per la disabilità in età evolutiva e adulta, l'indennità è stata estesa nel 1988 agli anziani non autosufficienti, che oggi ne rappresentano la platea principale (Ibidem). Si tratta spesso di “grandi anziani” con quadri clinici estremamente compromessi, i cui nuclei familiari necessitano di un supporto strutturato per la gestione della cronicità (Ibidem).

L'analisi dei dati evidenzia come l'IdA sia il pilastro portante, ancorché sbilanciato, del sistema di Long-Term Care (LTC) in Italia. Nel 2016, l'11,5% (Istat 2020) della popolazione anziana risultava percettore di tale indennità, rispetto all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): 2,4% e alla Residenzialità: 2,2% (Istat 2020).

Tale sproporzione riflette una precisa configurazione della spesa pubblica dedicata al settore (pari all'1,3% del PIL), orientata prevalentemente verso il trasferimento monetario a scapito dell'erogazione diretta di servizi e prestazioni professionali (Istat 2020).

Regione/P.A.	Numero percettori IdA 65+	Diffusione IdA tra la pop. 65+ NA	Diffusione IdA tra la pop. 65+
Umbria	39.469	57,1%	17,3%
Lazio	173.447	49,4%	13,3%
Calabria	75.388	49,2%	17,5%
Puglia	147.578	49,0%	16,1%
Campania	177.583	46,1%	15,7%
Molise	8.992	45,5%	11,7%
Friuli-V.G.	29.328	42,3%	9,2%
Veneto	108.714	41,1%	9,4%
Sardegna	58.938	41,0%	14,4%
Lombardia	220.347	39,2%	9,6%
Basilicata	17.085	39,0%	12,9%
Marche	48.048	38,9%	12,6%
Liguria	37.121	37,9%	8,5%
Abruzzo	38.033	36,4%	11,9%
Sicilia	137.324	36,4%	12,6%
Piemonte	90.603	35,4%	8,1%
Toscana	88.133	34,4%	9,2%
Valle d'Aosta	2.072	28,3%	6,8%
Emilia-Romagna	95.393	26,8%	8,8%
PA Trento	6.443	21,9%	5,2%
PA Bolzano	2.459	9,6%	2,3%
Italia	1.602.498	40,2%	11,4%

Figura 5: Numero di percettori over 65 e numero di popolazione over 65 non autosufficiente.

Fonte: Statistica della previdenze e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici. Dati ISTAT (2022)

L'analisi della distribuzione territoriale dell'Indennità di Accompagnamento evidenzia una marcata eterogeneità regionale (Figura 5). I dati mostrano percentuali di fruizione significativamente più elevate nelle Regioni del Mezzogiorno (es. Calabria 17,5%, Campania 15,7%) rispetto a quelle del Nord (es. Lombardia 9,6%, Piemonte 8,1%) (Gori et al. 2019). Tale tendenza suggerisce che l'IdA abbia assunto, nel tempo, una funzione integrativa e sussidiaria rispetto alle carenze delle politiche di tutela del reddito, agendo come ammortizzatore sociale in contesti caratterizzati da

fragilità economica, bassi tassi occupazionali e carenza di servizi pubblici (Gori et al. 2019).

Una delle criticità più rilevanti è la cosiddetta iniquità verticale: l'erogazione di un importo fisso è indipendente dalla gravità della condizione clinica (si va da una limitazione ridotta dell'autonomia al totale allettamento e necessità di cura e assistenza nelle 24 ore) o dalle disponibilità socioeconomiche del nucleo familiare (Arlotti, Parma e Ranci 2020). Mentre le classi agiate ricorrono a badanti private a causa dei pochi servizi pubblici, le famiglie svantaggiate gestiscono la cura dei propri cari quasi solo attraverso i parenti, che dedicano a questo compito moltissime ore a settimana (Ibidem). Tale situazione penalizza i soggetti con bisogni assistenziali complessi, i quali affrontano spese di cura che spesso superano il 20% del reddito familiare, esponendoli a un rischio di povertà più che doppio rispetto alla popolazione generale (Luppi 2015).

L'attuale configurazione della misura delega interamente alla famiglia l'onere della cura, senza prevedere alcun supporto professionale o coordinamento istituzionale (Da Roit 2006). Questa "rinuncia" del sistema pubblico si articola su tre livelli:

1. Assenza di orientamento: Manca una fase di consulenza e la definizione di un progetto assistenziale personalizzato (Ibidem).
2. Scollegamento istituzionale: Non esiste connessione tra l'erogazione monetaria (INPS) e la rete dei servizi territoriali (ASL/Comuni) (Ibidem).
3. Carenza formativa: Non sono previsti interventi per qualificare il lavoro delle assistenti familiari o supportare i caregiver informali (Ibidem).

In questo scenario, la famiglia è costretta a operare come "case manager di sé stessa", orientandosi in solitudine tra offerte pubbliche e private spesso frammentate,

con pesanti ripercussioni in termini di stress e sostenibilità dell'assistenza (Piccinini et al. 2020).

Il modello italiano si discosta nettamente dalle esperienze di altri Paesi europei come Olanda e Francia, dove il trasferimento monetario è spesso vincolato o trasformato in voucher (Pavolini 2020). In tali contesti, la somma erogata può essere utilizzata esclusivamente per l'acquisto di servizi certificati o per la composizione di pacchetti assistenziali predefiniti (Ibidem). In molti casi, l'accesso a queste risorse è subordinato alla stesura di un piano assistenziale supervisionato da un case manager pubblico, garantendo così l'appropriatezza delle cure e la qualità delle prestazioni erogate (Pavolini 2020).

Il superamento delle criticità intrinseche all'IdA, per superare le disuguaglianze negli assetti di cura, può essere ricondotto a tre linee di intervento:

1. Stabilire criteri di valutazione oggettivi e uguali per tutti, per analizzare i bisogni a 360 gradi e garantire la massima trasparenza (Arlotti, Parma e Ranci 2020).
2. Introdurre diverse fasce di indennità a seconda della condizione di bisogno. L'attuale sistema a cifra fissa è ingiusto, perché dà lo stesso aiuto a chi ha un'invalidità lieve e a chi ha bisogno di assistenza totale nelle 24 ore (Ibidem).
3. Superare l'attuale sistema di trasferimenti monetari senza vincoli. Questa modalità ha alimentato disuguaglianze sociali e di genere, costringendo le famiglie (e soprattutto le donne) a farsi carico della cura o a ricorrere a un mercato del lavoro privato spesso irregolare e poco qualificato (Ibidem).

L'obiettivo strategico è la costruzione di un "budget di cura" unitario (Motta 2020), capace di ricomporre la frammentazione del sistema locale di welfare. In quest'ottica, si ipotizza l'introduzione di modalità alternative di fruizione: il

beneficiario potrebbe optare per il trasferimento monetario classico o, in alternativa, per l'acquisto di servizi professionali qualificati (assistenti familiari formate e regolarizzate o erogatori accreditati), secondo una logica di scelta informata e certificata (Gori e Gubert 2020).

3.6 LE ASSISTENTI FAMILIARI

In Italia, l'assistenza agli anziani non autosufficienti grava in misura preponderante sulle reti familiari, che spesso ricorrono al mercato privato delle assistenti familiari (comunemente definite "badanti"). Secondo i dati INPS (2019), i lavoratori regolarmente contrattualizzati nel settore erano circa 407.000, con una netta prevalenza di donne (92%) e di cittadinanza straniera (75%). Tuttavia, a fronte di circa 2,6 milioni di anziani con limitazioni funzionali residenti a domicilio, emerge come il ricorso a tali figure sia spesso mediato da una persistente informalità, nonostante il ruolo cruciale svolto nel sistema di Long-Term Care (Pasquinelli e Rusmini 2020).

Nonostante la rilevanza sociale, il lavoro di cura privato rimane marginale nell'agenda politica nazionale, limitandosi quasi esclusivamente a leve di natura fiscale volte a incentivare l'assunzione regolare (Pasquinelli e Rusmini 2020). Si hanno:

1. Detrazione d'imposta (19%): applicabile alle spese per l'assistenza di persone non autosufficienti, su un tetto massimo di 2.100 euro annui e per redditi non superiori a 40.000 euro (beneficio massimo di 399 euro) (Ibidem).

2. Deduzione dei contributi previdenziali: è possibile dedurre dal reddito i contributi versati per colf e badanti fino a un massimo di 1.549,77 euro annui, con un beneficio variabile in base all'aliquota IRPEF del datore di lavoro (Ibidem).

A livello regionale, le strategie di intervento sono state sviluppate a partire da meri trasferimenti monetari verso servizi di sistema più strutturati, finanziati attraverso il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) e il Fondo Sociale Europeo (FSE) (Pasquinelli e Rusmini 2020). Si distinguono principalmente due tipologie di intervento:

1. Diverse Regioni erogano assegni o bonus finalizzati alla copertura dei costi contrattuali. Tuttavia, l'efficacia di tali misure è spesso limitata dall'incertezza sulla continuità dei finanziamenti e dalla complessità burocratica, che spinge molte famiglie a preferire l'irregolarità contrattuale. Inoltre, l'ammontare dei contributi tende a coprire prevalentemente gli oneri previdenziali, risultando insufficiente a sostenere l'intero costo del servizio (Ibidem).

2. Per favorire l'incontro tra domanda e offerta e promuovere la qualità delle cure, alcune Regioni hanno istituito Sportelli e Registri dedicati. L'iscrizione è spesso vincolata a requisiti precisi: maggiore età, assolvimento dell'obbligo scolastico, idoneità linguistica (livello A2) e assenza di carichi pendenti. Un elemento cardine di questo modello è la qualificazione professionale, richiesta attraverso titoli formativi regionali specifici o comprovata esperienza lavorativa nel settore (Ibidem).

Questo sistema mira a integrare il contributo economico in un'offerta di supporto più ampia, che includa l'orientamento delle famiglie nella ricerca della lavoratrice e nella gestione del rapporto di lavoro, tentando di tracciare un percorso verso la professionalizzazione del "care" privato (Pasquinelli e Rusmini 2020).

L'implementazione di sistemi strutturati, quali Sportelli e Registri territoriali, si scontra con ostacoli di natura organizzativa e strutturale che ne hanno limitato l'efficacia, come la difficoltà nel sincronizzare attori eterogenei (enti gestori, centri per l'impiego, enti di formazione e terzo settore) che impedisce la creazione di una rete fluida di supporto e una programmazione di lungo periodo per definire procedure standardizzate e consolidare la fiducia tra i destinatari, scontrandosi spesso con la discontinuità delle risorse e finanziamenti temporanei (Pasquinelli e Rusmini 2020).

Permane una reciproca convenienza economica tra famiglie e lavoratrici nel ricorrere al lavoro irregolare, percepito come unico strumento per contenere i costi da un lato e massimizzare il guadagno netto dall'altro (Ibidem).

Per rispondere efficacemente alla complessità della non autosufficienza, sarebbe utile integrare il trasferimento monetario con la rete dei servizi professionali (s.a. 2016a; Gori 2006; Arlotti et al. 2017).

L'obiettivo è offrire al beneficiario la possibilità di convertire l'indennità di accompagnamento in una dote di cura. In questo modo, l'utente potrebbe scegliere tra il mantenimento della somma in denaro (senza vincoli di giustificazione) e l'opzione di un titolo d'acquisto (voucher) per servizi professionali. Tale voucher sarebbe finalizzato esclusivamente all'assunzione regolare di assistenti familiari o all'acquisto di prestazioni presso enti accreditati, incentivando così l'occupazione qualificata e l'emersione del lavoro nero (Ibidem).

L'attuale modello di assistenza familiare, basato su un rapporto individuale e isolato, tende a generare solitudine sia nell'assistito che nel lavoratore, ostacolando la cooperazione tra le risorse del territorio (Pasquinelli e Rusmini 2020). Per superare

tale limite, si rende necessaria l'attivazione di centri o "Agenzie di Cura" con il compito di: facilitare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, integrando i diversi attori territoriali; erogare attività di informazione, consulenza e orientamento personalizzato; esercitare una funzione di monitoraggio e tutoraggio sulla qualità dell'assistenza fornita, garantendo un presidio costante sulle cure domiciliari (Ibidem).

In un contesto demografico caratterizzato dalla crescita esponenziale di patologie cronico-degenerative e deficit cognitivi, la qualificazione dell'assistente familiare non è più opzionale (Ibidem). Risulta prioritario definire un iter formativo obbligatorio e standardizzato che fornisca le competenze necessarie per gestire la complessità clinica e relazionale dei grandi anziani, trasformando il lavoro di cura da mansione domestica a profilo professionale riconosciuto all'interno del sistema di welfare (Pasquinelli e Rusmini 2020).

3.7 IL SOSTEGNO AI CAREGIVER

La figura del caregiver rappresenta il pilastro fondamentale e silenzioso dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti in Italia (Vidas 2026). Secondo la definizione di Eurocarers (2018), il caregiver fornisce assistenza al di fuori di un rapporto professionale e solitamente senza remunerazione, occupandosi quotidianamente dei bisogni pratici, emotivi e decisionali di persone affette da malattie croniche o disabilità. In Italia, tale ruolo è ricoperto prevalentemente da familiari (coniugi, figli) con notevoli differenze di genere o, in misura crescente, da assistenti familiari (badanti) che operano in stretta sinergia con la rete affettiva.

Il sistema di welfare italiano prevede diverse forme di sostegno, differenziate per criteri di accesso (redditali o clinici) e per ente erogatore come:

1. Contributi diretti e rimborsi:

- a) Bonus Caregiver: assegno mensile erogato a livello locale (Regioni/Comuni), spesso parametrato sull'ISEE e sulla gravità della disabilità (Vidas 2026).
- b) Home Care Premium (HCP): bando INPS rivolto ai dipendenti e pensionati pubblici, che prevede rimborsi spese per l'assistenza domiciliare e l'erogazione di servizi professionali (Ibidem).
- c) Legge 162/98: finanziamento di piani personalizzati per persone con disabilità grave, volti a favorire la permanenza a domicilio attraverso contributi per personale regolarmente contrattualizzato (Ibidem).

2. Misure previdenziali e assistenziali:

- a) APE Sociale: anticipo pensionistico destinato, tra le altre categorie, ai caregiver che assistono da almeno sei mesi conviventi con handicap grave, previo raggiungimento dei requisiti contributivi (30 anni) (Ibidem).
- b) Indennità Civile e Assegno di Accompagnamento: prestazioni economiche erogate dall'INPS per sostenere l'invalidità e l'impossibilità di deambulazione o di compimento degli atti quotidiani della vita (Ibidem).
- c) Prestazione Universale (Sperimentale): misura recente rivolta agli ultraottantenni con gravissimo bisogno assistenziale e ISEE ridotto, finalizzata al potenziamento dell'autonomia (Ibidem).

Per i caregiver lavoratori, la Legge 104/1992 rappresenta il principale strumento di conciliazione tra vita lavorativa e impegni di cura, garantendo:

- 1. Permessi retribuiti: tre giorni mensili fruibili anche a ore (Vidas 2026).

2. Congedo straordinario: un periodo massimo di due anni di astensione dal lavoro retribuita nell'arco della vita professionale (Ibidem).

3. Agevolazioni logistiche: diritto alla scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio e divieto di trasferimento senza consenso o assegnazione a turni notturni (Ibidem).

Le rilevazioni più recenti stimano la presenza di circa 7-8 milioni di caregiver familiari in Italia, di cui 4 milioni impegnati nell'assistenza a soggetti con disabilità cronica. Il profilo demografico conferma una netta prevalenza femminile (60-75%), con una concentrazione nella fascia d'età 45-64 anni (la cosiddetta “generazione sandwich”) (Parella 2025).

L'impegno di cura informale non è privo di conseguenze: comporta elevati livelli di stress psicofisico (burnout), una significativa contrazione del reddito da lavoro e una complessa gestione dell'isolamento sociale, rendendo necessaria una riflessione su politiche che vadano oltre il mero trasferimento monetario verso una reale integrazione dei servizi di supporto (Parella 2025).

Da quanto esposto, il sistema italiano di long-term care è pervaso da una profonda frammentarietà strutturale, sia sul piano della tipologia degli interventi (sanitari, sociali e assistenziali), sia su quello degli enti erogatori (Bertoni 2018). La sovrapposizione di competenze tra ASL, Comuni, Regioni e INPS genera una filiera assistenziale complessa e spesso incoerente, dove i trasferimenti monetari e i servizi in natura viaggiano su binari paralleli senza una reale integrazione (Ibidem).

Attualmente, la priorità strategica resta orientata verso la promozione dell'Ageing in Place, che mira a garantire la permanenza dell'anziano al proprio domicilio il più a lungo possibile, anche in presenza di fragilità fisiche o cognitive in modo da

prevenire l'istituzionalizzazione precoce e preservare i legami affettivi e sociali dell'individuo (Da Roit e Ranci 2021).

Tuttavia, l'efficacia di tale approccio è compromessa da una varietà di modalità di accesso e da standard assistenziali che variano sensibilmente a seconda del contesto geografico (Pelliccia 2021). Il superamento di queste disuguaglianze territoriali rappresenta pertanto un tassello ineludibile per qualsiasi riforma del settore (Pelliccia 2021). Solo attraverso un coordinamento unitario degli accessi e dei finanziamenti sarà possibile trasformare il domicilio da luogo di isolamento assistenziale a perno di un sistema di cura equo, universale e realmente integrato (Ibidem).

3.8 MODELLI ASSISTENZIALI DELLE REGIONI

La combinazione dei diversi fattori d'offerta determina una marcata eterogeneità nei sistemi di Long-Term Care (LTC) a livello locale, dando luogo a modelli regionali profondamente differenziati (Barbabella 2017). L'analisi dell'offerta articolata tra trasferimenti monetari, assistenza domiciliare e residenzialità permette di individuare sei principali configurazioni territoriali:

- Modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare (Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta): Questo sistema privilegia gli interventi strutturati, con una forte concentrazione di risorse verso i presidi residenziali e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) di matrice sociale. Parallelamente, si registra una diffusione inferiore alla media sia dell'Indennità di Accompagnamento (IDA) che dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Barberis e Catena 2026).
- Modello dell'assistenza sanitaria domiciliare (Emilia-Romagna, Toscana): Il baricentro del sistema è l'integrazione sanitaria. L'ADI rappresenta il punto di forza,

con tassi di erogazione sensibilmente superiori alla media nazionale, a fronte di uno sviluppo più contenuto del SAD e dei trasferimenti monetari (IDA) (Ibidem).

- Modello dell'assistenza mista (Veneto, Friuli-Venezia Giulia): Si caratterizza per un sistema di welfare altamente diversificato e bilanciato. In queste regioni, sia i trasferimenti monetari che i servizi (domiciliari e residenziali) presentano livelli di sviluppo superiori alla media nazionale, garantendo una pluralità di risposte al bisogno (Ibidem).
- Modello “Cash for Care” puro (Umbria, Campania, Puglia, Calabria): In questo scenario, il pilastro centrale è l'Indennità di Accompagnamento, che raggiunge oltre il 15% della popolazione anziana (contro una media nazionale inferiore al 12%). A questa prevalenza del trasferimento monetario corrisponde, tuttavia, una rete di servizi formali (residenziali e domiciliari) ancora poco sviluppata (Ibidem).
- Modello “Cash for Care” misto (Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna): Pur mantenendo una forte incidenza dell'IDA, queste regioni mostrano un investimento complementare, seppur parziale, nei servizi domiciliari e, in misura minore, nelle strutture residenziali, tentando una mediazione tra sostegno economico e offerta di servizi (Ibidem).
- Modello dell'assistenza residenziale (Piemonte, Lombardia, Liguria): Quest'ultima configurazione riflette una specializzazione storica nella risposta residenziale, che rimane l'opzione privilegiata e predominante rispetto alle altre forme di supporto domiciliare o monetario (Ibidem).

Tabella 3.2: Classificazione dei modelli regionali di Long-Term Care (LTC) in Italia

Modello	Regioni di Riferimento	DESCRIZIONE
Assistenziale		
Residenzialità e Assistenza Sociale Domiciliare	Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta	Privilegiata l'assistenza residenziale (Res. > 3%) e forte anche il SAD (> 3%) erogato dai comuni; bassa percentuale di beneficiari di IDA (< 10%) e bassa percentuale di beneficiari ADI (< 3,5%)
Assistenza Sanitaria Domiciliare	Emilia-Romagna, Toscana	Tasso molto elevato di anziani che usufruiscono dell'ADI (> 10%); poco sviluppati il SAD (0,6% < SAD < 1,2%) e sotto la media le sovvenzioni in denaro (IDA < 10%), mentre l'assistenza residenziale (1,2% < Res. < 2,2%) e di poco al di sopra della media italiana.
Assistenza Mista	Veneto, Friuli-Venezia Giulia	I servizi assistenziali ADI, SAD e servizi residenziali sono adeguatamente sviluppati e ben armonizzati con l'assistenza attraverso trasferimenti monetari (IDA 10%)
Cash for Care "Puro"	Umbria, Campania, Puglia, Calabria	Netta prevalenza dei trasferimenti monetari (IDA > 14%) rispetto all'erogazione di servizi domiciliari e residenziali.
Cash for Care Misto	Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia,	Prevalenza delle sovvenzioni in denaro (10% < IDA < 14%) ma sviluppati anche i servizi (Soprattutto ADI e SAD) scarsa offerta residenziale.

Modello Assistenziale	Regioni Riferimento	di DESCRIZIONE
	Sardegna	
Assistenza Residenziale	Piemonte, Lombardia, Liguria	Nettamente privilegiata l'assistenza residenziale (1,9% < Res. < 2,7%)

Fonte: Barbabella et al. 2017

La gestione disomogenea delle misure nazionali mette in luce gravi carenze organizzative. Questo crea una mancanza di coordinamento che, nei fatti, impedisce a tutti i cittadini di godere degli stessi diritti sociali. Il panorama delle disuguaglianze italiane non si limita alla storica dicotomia Nord-Sud, ma è solcato da nuovi e crescenti divari territoriali. Tali disparità emergono con forza sia nel confronto tra Regioni della medesima macroarea, sia all'interno dei confini regionali stessi, manifestandosi nella contrapposizione tra poli metropolitani dinamici e periferie degradate, nonché tra aree urbane e zone marginali non metropolitane. In questi territori periferici, le vulnerabilità socioeconomiche incontrano risposte istituzionali spesso insufficienti o del tutto assenti nel quadro delle attuali politiche di welfare (Carrosio 2019).

I processi economici recenti hanno ampliato i divari territoriali, premiando le aree dotate di maggiore forza istituzionale e amministrativa. Mentre alcune Regioni riescono a intercettare i bisogni sociali, altre restano ai margini, incapaci di sfruttare efficacemente i trasferimenti nazionali o europei. Questa asimmetria è aggravata dalla mancanza di Livelli Essenziali di Prestazione nel welfare sociale, la cui assenza

trasforma i diritti di cittadinanza in prestazioni variabili a seconda del contesto locale (Barberis e Catena 2026).

Oltre la retorica dell'inefficienza locale, il tema del coordinamento invita a riflettere sulle responsabilità sistemiche del modello nazionale. Puntare il dito contro la scarsa capacità istituzionale dei singoli territori rischia di oscurare il fallimento delle politiche di coesione. Il vero nodo della questione non risiede solo nelle performance dei singoli enti, ma nell'assenza di una strategia statale capace di governare le asimmetrie territoriali, garantendo un'effettiva uniformità dei diritti sociali indipendentemente dal contesto geografico (Ibidem).

Nonostante le Regioni del Nord Italia garantiscano standard assistenziali mediamente superiori al resto del Paese, una comparazione su scala internazionale ne ridimensiona i risultati, inserendole di fatto nel solco del modello di welfare mediterraneo, caratterizzato da una protezione sociale limitata e da un coordinamento territoriale ancora fragile (Ibidem). Anche contesti dotati di sistemi di welfare avanzati, come l'Emilia-Romagna o la Lombardia, faticano a raggiungere i livelli di copertura tipici dell'Europa settentrionale e continentale. Tale divario è riconducibile a una duplice causa: da un lato, il condizionamento esercitato da un quadro normativo nazionale che vincola e limita l'autonomia degli interventi locali; dall'altro, la persistenza di orientamenti politici e culturali improntati a una visione residuale e familista della cura, che continua a delegare al nucleo familiare gran parte dell'onere assistenziale (Ibidem).

L'analisi fin qui condotta evidenzia come il sistema di Long-Term Care in Italia non si configuri come un assetto unitario, bensì come un mosaico di welfare locali profondamente disomogenei. La classificazione dei sei modelli regionali dimostra

che il luogo di residenza di un cittadino non autosufficiente ne determina, in ultima istanza, la qualità della vita e l'accesso ai diritti fondamentali, sancendo una cittadinanza sociale a geometria variabile.

La sfida per il futuro non è solo trovare più soldi, ma cambiare le regole del gioco. Bisogna passare da un sistema “fai-da-te”, basato sulla delega alle famiglie, a una strategia nazionale vera e propria che garantisca a tutti lo stesso diritto di essere assistiti, come già succede nei paesi più avanzati d'Europa.

CAPITOLO 4

LE RECENTI RIFORME DELLA LONG TERM CARE

L'emergenza pandemica da Covid-19 ha rappresentato per l'Italia un drastico punto di svolta, evidenziando in modo irreversibile le carenze strutturali del sistema di protezione sanitaria e sociale dedicato agli anziani. Sebbene la crisi abbia colpito l'intera popolazione, il tributo più alto è stato pagato dai cittadini over 65, evidenziando le carenze strutturali di un modello di assistenza troppo spesso centrato sull'ospedale o dell'istituzionalizzazione (RSA), a discapito della normativa territoriale. Il presente capitolo analizza l'attuale assetto normativo in materia di non autosufficienza, sulla scia dei processi avvenuti a seguito della pandemia.

I punti chiave trattati sono:

1. Missione 5 del PNRR "Inclusione e coesione": si focalizza sui percorsi di autonomia e sul supporto sociale, mirando a garantire agli anziani il diritto di rimanere nel proprio domicilio;
2. Missione 6 del PNRR "Salute": punta al potenziamento dell'assistenza territoriale e della telemedicina per de-ospedalizzare la fragilità;
3. Il DM 77/2022 che definisce i nuovi standard dell'assistenza territoriale introducendo figure e strutture chiave come le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali (COT) con l'obiettivo di rendere il sistema sanitario più prossimo al cittadino;
4. Legge 33/2023 (Legge Delega) e il successivo D.Lgs. 29/2024, che hanno consolidato attraverso il combinato disposto la riforma all'assistenza agli anziani

istituendo ufficialmente lo SNAA, la Valutazione Unificata e la Prestazione Universale.

4.1 MISSIONE 5 DEL PNRR INCLUSIONE E COESIONE

Il PNRR è il piano d'azione, post pandemico, con cui l'Italia gestisce i fondi del Next Generation EU per il periodo 2021-2026. Il budget totale è composto da 191,5 miliardi di euro di finanziamenti europei (ripartiti tra prestiti e sovvenzioni) e da ulteriori 30,6 miliardi di euro stanziati dal governo italiano tramite un fondo nazionale complementare (Governo Italiano PNRR 2021).

Il piano si articola in sei Missioni: nello specifico, approfondiremo la Missione 5, relativa a Inclusione e Coesione, e la Missione 6, riguardante la Salute.

La Missione 5 si articola in due componenti strategiche:

1. Sanità territoriale e prossimità con focus sul rafforzamento della medicina di territorio. Gli interventi prevedono la creazione di infrastrutture intermedie (Case e Ospedali della Comunità), l'espansione delle cure domiciliari e l'adozione di piattaforme di telemedicina per garantire un'integrazione sociosanitaria più efficiente.
2. Digitalizzazione e ricerca: Focus sull'innovazione strutturale del SSN. Le linee d'azione comprendono il rinnovamento del parco tecnologico, la piena operatività del Fascicolo Sanitario Elettronico e il potenziamento dei sistemi di monitoraggio dei LEA (Governo Italiano PNRR 2021).

La Missione 5 in esame affronta tematiche sociali in diversi settori chiave: dalle infrastrutture (urbanistica e abitare) al welfare (infanzia, anziani, vulnerabilità), fino alle politiche per il lavoro e l'equità. Il target è individuato nelle fasce più fragili della popolazione, considerate nella loro complessità biopsicosociale. La strategia

d'intervento è duplice: da un lato, la prevenzione dell'esclusione mediante la mitigazione dei fattori di rischio; dall'altro, il perseguimento di obiettivi di empowerment volti al recupero dell'autonomia, in piena coerenza con il quadro programmatico già delineato (Governo Italiano PNRR 2021).

Le linee d'intervento dedicate alle persone anziane non autosufficienti prevedono un consistente investimento sul piano infrastrutturale, volto a contrastare il fenomeno dell'istituzionalizzazione. Tali soluzioni sono orientate alla salvaguardia dell'indipendenza personale e sono supportate da una rete di servizi accessori domiciliari. La finalità ultima è la costruzione di un percorso di assistenza continuativo, fondato sulla stretta sinergia tra comparto sociale e sanitario nella gestione della presa in carico (Ibidem).

L'azione rivolta alla terza età non autosufficiente si focalizza sul paradigma della deistituzionalizzazione, affidando agli Ambiti Sociali Territoriali il compito di implementare strategie per la vita autonoma. Il fulcro del progetto risiede nella riconversione delle tradizionali strutture residenziali (RSA e case di riposo) in nuovi modelli abitativi: appartamenti indipendenti o reti domestiche diffuse che garantiscano sicurezza e servizi di prossimità. In questo contesto, la domiciliarità viene potenziata non solo attraverso il rafforzamento dei servizi sociali e la supervisione professionale, ma anche mediante l'integrazione di tecnologie avanzate come la telemedicina e la domotica. L'obiettivo ultimo è assicurare la massima autonomia dell'anziano all'interno di un sistema di presa in carico multidisciplinare, capace di saldare organicamente la sfera sociale e quella sanitaria (Ibidem).

4.2 MISSIONE 6 DEL PNRR SALUTE

La Missione 6 del PNRR, interamente dedicata alla Salute, rappresenta un piano d'investimento storico per l'Italia, con l'obiettivo di superare le frammentarietà del sistema emersa drasticamente durante la pandemia (Governo Italiano PNRR 2021).

Nello specifico, la Missione 6 persegue i seguenti obiettivi strategici:

- Integrare i servizi sociosanitari e rafforzare la medicina territoriale e la prevenzione.
- Garantire a tutti i cittadini un accesso più facile e veloce alle cure.
- Modernizzare il SSN investendo in personale, digitalizzazione e nuove attrezzature.
- Promuovere l'eccellenza nella ricerca biomedica (Ibidem).

La Missione 6 si articola in due componenti principali:

Componente 1- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari (Governo Italiano PNRR 2021).

La Casa della Comunità rappresenta il fulcro della riorganizzazione dei servizi territoriali, concepita come struttura fisica e digitale per la presa in carico globale della popolazione. Essa costituisce l'accesso centralizzato alle prestazioni, dove si effettuano le valutazioni multidimensionali per integrare servizi sanitari e sociali; riunisce in un unico luogo Medici di Medicina Generale, pediatri, specialisti,

infermieri di comunità e altri professionisti della salute; prevede la presenza di assistenti sociali per coordinare gli interventi rivolti a soggetti fragili e anziani, operando in sinergia con la Missione 5 del PNRR; include punti prelievo, strumentazione polispecialistica e programmi di prevenzione, con un focus specifico sulla medicina di genere (tutela della donna, del bambino e della famiglia); infine si pone come riferimento continuativo per la gestione delle cronicità e il supporto alle persone più vulnerabili, garantendo la continuità dell'assistenza sul territorio (Ibidem).

L'Ospedale di Comunità è il ponte tra ospedale e domicilio. L'investimento prevede la realizzazione di 381 strutture su tutto il territorio nazionale per potenziare l'assistenza sanitaria intermedia. È una struttura sanitaria territoriale per ricoveri brevi (di norma 20 posti letto, massimo 40) a gestione prevalentemente infermieristica. Il target è composto da pazienti con necessità cliniche di media/bassa intensità che non richiedono l'alta intensità delle strutture ospedaliere per acuti. Gli obiettivi di tale struttura sono ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso e agli ospedali tradizionali, e facilitare il passaggio dall'ospedale al domicilio, offrendo alle famiglie il tempo di organizzare l'ambiente domestico per la cura. L'Ospedale di Comunità ha una funzione strategica poiché, garantisce che i posti letto ospedalieri siano usati solo per le emergenze, mentre la stabilizzazione avviene in un contesto più vicino alla comunità (Ibidem).

La casa costituisce il luogo principale dove curarsi grazie alle nuove tecnologie. L'idea è quella di usare la telemedicina e la digitalizzazione per seguire i pazienti a distanza e monitorare i loro dati clinici in tempo reale direttamente dalle ASL. Per coordinare tutto questo lavoro e collegare meglio le abitazioni con gli ospedali

verranno create oltre seicento centrali operative territoriali (COT) una in ogni distretto. L'obiettivo finale è rendere le cure più semplici e uguali per tutti i cittadini riducendo le differenze tra le varie zone d'Italia e alleggerendo il carico di lavoro degli ospedali. Attraverso strumenti come i consulti video e il controllo dei parametri da remoto si punta a offrire un'assistenza più veloce e vicina ai bisogni delle persone specialmente per chi soffre di malattie croniche (Ibidem).

Componente 2- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale (Governo Italiano PNRR 2021).

Queste misure rafforzano gli investimenti già previsti dalla Missione 5 agendo in stretta sinergia con essi. Mentre, infatti, la Missione 5 si focalizza sugli aspetti prettamente sociali come gli alloggi e l'inclusione, la Missione 6 mette a disposizione l'intera infrastruttura sanitaria composta da personale medico e tecnologie avanzate. Il vero obiettivo del PNRR consiste proprio nell'integrare questi due ambiti per superare la frammentazione degli interventi. In questo modo si evita che l'anziano riceva soltanto cure cliniche o solo assistenza sociale, puntando invece alla creazione di un Progetto Individualizzato unico che metta al centro la persona in ogni suo bisogno (Ibidem).

4.3 DM 77/2022

Il Decreto n. 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” del Ministero della Salute rappresenta un pilastro fondamentale per la Sanità pubblica italiana, poiché definisce standard e modelli organizzativi strategici volti a contrastare il depauperamento dei servizi locali avvenuto negli ultimi anni. Oltre a delineare la cornice operativa necessaria per concretizzare gli investimenti del PNRR, il provvedimento introduce innovazioni strutturali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, configurando questi ultimi come una valida alternativa all’ospedalizzazione tradizionale (Pesaresi 2022).

Il D.M. n. 77/2022 ha l’obiettivo di strutturare un Servizio Sanitario Nazionale realmente vicino alla comunità, capace di offrire soluzioni di assistenza di prossimità che rispondano in modo efficace ai bisogni dei cittadini, dei malati e dei loro nuclei familiari (Morandi 2025).

Questo rilancio della sanità di prossimità mira non solo a ridurre i ricoveri impropri, ma anche a rispondere in modo efficace ai diritti di base dei cittadini attraverso una gestione più flessibile e integrata della salute sul territorio (Martelloni 2024).

Il decreto punta a modernizzare la rete delle cure primarie attraverso la definizione di standard organizzativi e tecnologici omogenei a livello nazionale. Tale processo di rinnovamento si basa sull’analisi dei dati epidemiologici e sull’integrazione dei big data, estendendo l’azione istituzionale anche alla prevenzione legata ai fattori ambientali e climatici (Morandi 2025).

La gestione dei Big Data offre soluzioni innovative per il monitoraggio della popolazione anziana, consentendo di anticipare l’insorgenza di patologie e di adattare

le terapie al profilo del singolo individuo. Tale approccio ottimizza la classificazione del rischio, facilitando una programmazione sanitaria più efficiente e focalizzata sui gruppi vulnerabili (Arbia et al. 2025).

Le principali innovazioni strutturali e funzionali introdotte dal Ministero della Salute, volte a garantire l'omogeneità dei livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale sono:

- Case della Comunità (CdC): configurate come il fulcro dell'assistenza di prossimità, queste strutture operano con continuità (H24) per garantire ai cittadini un accesso unitario e multidisciplinare alle cure primarie e ai servizi sociosanitari (FNOPI 2022).
- Centrale Operativa 116117: istituita come numero europeo armonizzato (NEA), funge da gateway gratuito per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità, orientando l'utenza verso le soluzioni assistenziali più appropriate in regime non emergenziale (Ibidem).
- Centrale Operativa Territoriale (COT): agisce come centro nevralgico di coordinamento e raccordo tra i diversi nodi della rete (ospedale, territorio, emergenza-urgenza), monitorando la continuità dei percorsi di cura e la corretta transizione dei pazienti tra i vari setting assistenziali (Ibidem).
- Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC): figura professionale strategica che assicura una gestione proattiva della salute, operando direttamente sul territorio per rispondere ai bisogni assistenziali complessi e promuovere l'integrazione tra le risorse sanitarie e la comunità (Ibidem).
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA): équipe mobili specialistiche destinate al supporto clinico in situazioni di elevata complessità o in contesti

caratterizzati da particolari difficoltà operative nella gestione domiciliare (Ibidem).

- Modello “Casa come primo luogo di cura”: potenziamento strutturale delle cure domiciliari attraverso programmi assistenziali personalizzati (medici, riabilitativi e diagnostici), finalizzati a contrastare il declino funzionale dei soggetti fragili nel proprio ambiente domestico (Ibidem).
- Ospedale di Comunità (OdC): struttura sanitaria di ricovero breve con funzione intermedia, volta a gestire la stabilizzazione clinica e le dimissioni protette, riducendo al contempo il carico di ricoveri impropri sugli ospedali per acuti (Ibidem).
- Rete delle Cure Palliative: sistema integrato volto alla presa in carico globale (bio-psico-sociale) del malato e del suo nucleo familiare, operando sin dalle fasi precoci della patologia per migliorare la qualità della vita attraverso il controllo dei sintomi (Ibidem).
- Servizi per la salute della donna e dell’età evolutiva: integrazione dei consultori familiari e dei servizi per minori all'interno delle Case della Comunità, garantendo percorsi preventivi e terapeutici multidisciplinari in un ambiente protetto e riservato (Ibidem).
- Telemedicina: impiego trasversale delle tecnologie digitali per l'erogazione di consulenze e monitoraggi a distanza, garantendo equità nell'accesso alle cure e una gestione più efficiente delle cronicità anche in aree geograficamente isolate (FNOPI 2022).

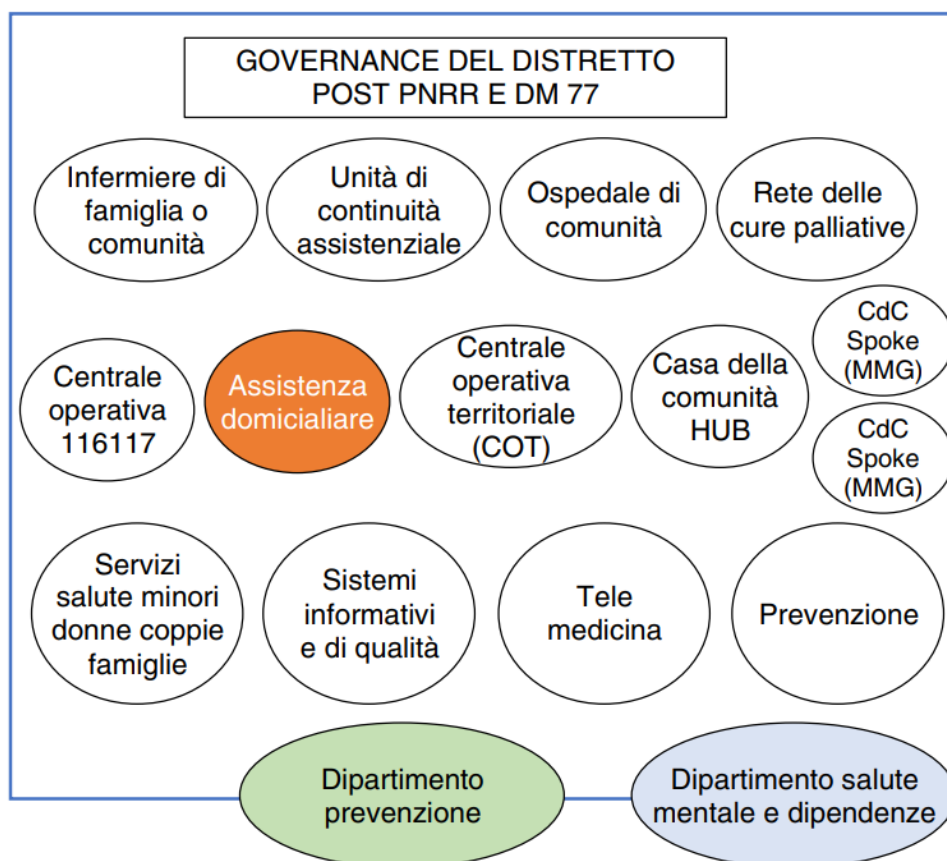
Il Distretto sanitario opera come fulcro logistico e operativo dell'azienda sanitaria locale garantendo ai cittadini un punto di accesso unitario e integrato ai servizi

territoriali. Attraverso il modello della Casa di Comunità, questa struttura coordina le diverse articolazioni del sistema per assicurare un'assistenza continua e omogenea capace di rispondere a bisogni complessi mediante una pluralità di prestazioni. La missione del Distretto si fonda sull'integrazione sinergica di professionalità e strumenti differenti per attuare una reale presa in carico della popolazione basata sulla conoscenza dei profili di salute locali e sulla gestione strategica dei servizi erogati (Gatta et al 2023).

Sotto il profilo degli standard strutturali, un Distretto si rivolge mediamente a un bacino di 100 mila residenti e include nel suo organigramma una Casa della Comunità hub ogni circa 45 mila abitanti oltre a diverse sedi spoke e ambulatori di medicina generale. L'assetto assistenziale prevede inoltre la presenza di un infermiere di famiglia ogni 3.000 utenti e un'Unità Speciale di Continuità Assistenziale ogni 100 mila, garantendo al contempo una Centrale Operativa Territoriale dedicata e un Ospedale di Comunità da 20 posti letto per ogni bacino di riferimento (Gatta et al 2023).

La figura 1 rappresenta schematicamente il “mosaico” formato da tutti i servizi e strutture previste dal D.M. 77/2022 che sono posti sotto la regia del Distretto

Figura 1: Governance del Distretto post PNRR e DM 77



Fonte: IL DISTRETTO NEL DM 77 NELL'ANALISI DELLA CARD tra passato, presente e futuro, 2022.

Sebbene il D.M. n. 77/2022 offra grandi opportunità per il territorio, la sua attuazione presenta notevoli criticità:

1-L'attuale assetto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) riflette le conseguenze della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, che ha conferito alle Regioni

una sostanziale autonomia nella governance e nell'organizzazione dei sistemi sanitari locali (Neri 2020). Tale processo di regionalizzazione ha tuttavia prodotto una marcata eterogeneità, alimentando disparità evidenti non solo tra i diversi territori regionali, ma anche nelle aree interne agli stessi (Betti 2023). Il vero nodo centrale sarà la costruzione di un piano di riforma che sia davvero equo e accessibile a tutti. L'obiettivo è duplice: garantire i migliori risultati di salute possibili ottimizzando la spesa pubblica e colmare il divario tra le diverse Regioni. In questo processo, è cruciale che la sanità sia gestita come un bene comune, restando al di fuori delle logiche di scontro tra partiti (Cangini, Falasca e Cicchetti 2025).

2-La necessità di un forte impegno politico e sociale per garantire al SSN finanziamenti adeguati e costanti. È fondamentale costruire un consenso politico che legittimi un incremento sostanziale della spesa sanitaria, promuovendo una transizione culturale che smetta di considerare la sanità come un semplice onere di bilancio e la riconosca, invece, come un investimento strategico per lo sviluppo del Paese (Cangini, Falasca e Cicchetti 2025).

3- La carenza organica di medici e infermieri impone un cambio di rotta politico che favorisca ampi stanziamenti nel settore, superando la logica del contenimento dei costi. La sanità deve essere riconosciuta non come un onere di bilancio, ma come un pilastro della coesione sociale e un investimento per il futuro del Paese (Italia - Profilo della sanità 2023).

4-Il successo della riforma dipende da una complessa coordinazione tra Regioni, Aziende Sanitarie e Comuni, chiamati a gestire servizi essenziali in tempi estremamente ridotti. La scadenza nel 2026 del PNRR, impone un cronoprogramma serrato che mette a rischio l'omogeneità e l'efficacia della riorganizzazione

strutturale. È dunque cruciale restituire attrattività al SSN, agendo sia sulle retribuzioni che sulla qualità del management e del clima organizzativo. Bisogna riconoscere che investire in sanità non garantisce solo il benessere dei cittadini, ma funge da motore per lo sviluppo economico, l'occupazione, la ricerca e la solidità del tessuto sociale (Rapporto Fnomceo-Censis, 2023).

4.4 LEGGE 33/2023 (Legge Delega) e D.lgs n.29/2024

In linea con gli obiettivi del PNRR, la riforma della non autosufficienza, avviata dalla Legge Delega 33/2023 e attuata dal D.Lgs. 29/2024 rappresenta una svolta strategica. Il nuovo assetto normativo punta a garantire la dignità, l'autonomia e l'inclusione sociale della popolazione anziana, promuovendo un modello di cura centrato sul domicilio (Presidenza del Consiglio dei Ministri 2024).

I pilastri fondamentali della riforma sono:

1. L'introduzione di una definizione di "persona anziana" cioè colei che ha compiuto 65 anni e di "persona grande anziana" cioè che ha compiuto 80 anni;
2. l'introduzione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente;
3. miglioramento del benessere dell'anziano, della sua famiglia e dei caregiver;
4. l'istituzione presso la Presidenza del Consiglio, del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), composto dai Ministri interessati (politiche sociali, salute, famiglia, disabilità, affari regionali, economia, ecc.) o loro delegati per promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche per anziani, soprattutto i più fragili e i non autosufficienti (Ibidem).

Il CIPA inoltre:

- a) promuove l'armonizzazione dei LEPS sociali e dei LEA sanitari rivolti alle persone non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio;
- b) promuove l'integrazione dei sistemi informativi sia centrali sia territoriali e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale;
- c) monitora l'attuazione del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e del "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana";

5. la definizione del sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNNA) che ha il compito di programmare in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, con il concorso dei seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze:

- a) a livello centrale, il CIPA;
- b) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i Comuni e le ASL di ciascuna regione;
- c) a livello locale, l'ATS e il Distretto sanitario;

6. la promozione delle attività di socializzazione e contrasto all'isolamento (anche con il coinvolgimento del Terzo settore, del volontariato e del servizio civile universale);

7. il diritto all'autodeterminazione e alla continuità di vita e cure presso il proprio domicilio;

8. la promozione di una valutazione multidimensionale unificata dei bisogni, incentrata su linee guida nazionali, da parte di equipe multidisciplinari effettuata in una sede unica, mediante i “punti di accesso” (PUA) presso le Case di Comunità finalizzata a definire un “progetto assistenziale individualizzato” (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana;
9. la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazioni tra le generazioni, anche nell’ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi;
10. il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice;
11. integrazione del SAD sociale e dell’ADI sanitaria, per favorire unitarietà delle risposte, razionalizzazione dell’offerta, durata e intensità adeguate;
12. riconoscimento dei bisogni specifici degli anziani con pregresse condizioni di disabilità assicurando loro i livelli di qualità di vita raggiunti e la continuità con il loro progetto individuale di vita e con i percorsi assistenziali già in atto (Presidenza del Consiglio dei Ministri 2024).

Una delle principali novità dell’intervento normativo, oggetto di una specifica delega, riguarda l’introduzione in via sperimentale e progressiva, per gli anziani non autosufficienti che optino espressamente per essa, di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona. Tale prestazione, quando fruita, assorbe l’indennità di accompagnamento e

gli ulteriori contributi erogati dagli ATS (Ambiti Territoriali Sociali) per remunerare il lavoro regolare di cura (Presidenza del Consiglio dei Ministri 2024).

Ad oggi purtroppo l'intervento legislativo si configura come una "riforma incompiuta", evidenziando una marcata separazione tra l'obiettivo politico e l'efficacia sostanziale. Tale carenza si traduce nell'incapacità di rispondere ai bisogni complessi di circa quattro milioni di anziani non autosufficienti e di una rete assistenziale composta da oltre sei milioni di soggetti, tra caregiver familiari, operatori sanitari, professionisti del sociale e del Terzo Settore, nonché assistenti familiari privati (Da Col e Trimarchi 2024).

A questo ecosistema si aggiunge il contributo imprescindibile del volontariato e dei circuiti di cittadinanza attiva. In definitiva, sebbene la Legge Delega e il relativo decreto legislativo possano essere interpretati come un importante traguardo, la loro implementazione risulta carente sotto il profilo tecnico e sociale, rimanendo subordinata all'emanazione di circa venti decreti attuativi ancora mancanti (Da Col e Trimarchi 2024).

Infatti, sotto il profilo tecnico, la riforma si presenta come un cantiere aperto, i cui esiti rimangono incerti a causa di una diffusa indeterminazione dei contenuti. Il costante rinvio delle scelte strategiche a fasi successive sottrae alla riforma la necessaria stabilità, lasciando irrisolti nodi strutturali che rimangono privi di una tempistica attuativa garantita (De Tommaso e Maino 2024).

Il passaggio della titolarità al Ministero del Lavoro penalizza l'integrazione sociosanitaria dello SNAA. Senza il coinvolgimento diretto del Ministero della Salute nella programmazione, la sanità perde centralità nella gestione della non autosufficienza, rendendo più difficile la collaborazione tra i diversi enti (Ibidem).

Il passaggio dalla Legge 33/2023 al decreto attuativo ha comportato uno svuotamento dei contenuti innovativi riguardanti l'assistenza domiciliare. Sebbene permanga il riferimento teorico all'integrazione tra servizi comunali e sanitari, è scomparso ogni vincolo relativo ai parametri di intensità assistenziale. Questa esclusione segna il fallimento nel delineare un nuovo modello di domiciliarità per la non autosufficienza, riducendo una riforma potenzialmente strutturale a una semplice riorganizzazione delle linee guida esistenti (De Tommaso e Maino 2024).

Il tema delle RSA rappresenta un altro punto di criticità della riforma: il Decreto Legislativo ha infatti omesso di recepire i mandati della Legge 33/2023 relativi al miglioramento dei livelli di assistenza. Sono stati esclusi sia l'incremento delle dotazioni organiche, sia il superamento del modello ospedaliero delle strutture in favore di spazi più accoglienti e riservati. Il rinvio a un decreto futuro non fa che posticipare la risoluzione di nodi strutturali ormai non più sostenibili per la rete delle residenze per anziani (Ibidem).

L'introduzione della Prestazione Universale subisce una significativa riduzione d'impatto, configurandosi come una sperimentazione limitata a una platea esigua: meno di 30.000 soggetti a fronte degli 1,5 milioni di attuali percettori dell'indennità di accompagnamento. La misura, destinata esclusivamente ad anziani con Isee inferiore a 6.000 euro e bisogni assistenziali gravissimi, prevede un assegno aggiuntivo di 850 euro mensili vincolato all'acquisto di servizi. Tuttavia, la natura temporanea del finanziamento (limitato al biennio 2025-2026) e i rigidi criteri d'accesso segnano il passaggio da un approccio universalistico a uno categoriale, sollevando dubbi sulla sostenibilità e sull'equità del sistema di Long Term Care nel lungo periodo (De Tommaso e Maino 2024).

Nonostante le premesse ambiziose del PNRR, la riforma della non autosufficienza non ha trovato un'applicazione concreta. La causa principale è stata l'assenza di una discussione pubblica che spingesse il Governo a investire davvero nel progetto. Anche se le associazioni di settore hanno contribuito a scrivere le regole tecniche, non sono riuscite a mobilitare una pressione sociale capace di bloccare i limiti imposti dai decreti attuativi. Alla fine, il timore di perdere consenso elettorale ha prevalso sulla reale volontà di rinnovare il sistema di assistenza (Garavaglia, Arlotti e Ranci 2025).

Finché l'assistenza agli anziani sarà considerata un problema secondario, relegato alla sfera privata delle famiglie e reso quindi invisibile nel dibattito pubblico, la logica del risparmio e la cautela politica prevarranno sulla necessità del cambiamento.

Senza una spinta forte e consapevole da parte della società civile, capace di rivendicare il diritto alla cura come un valore collettivo, il sistema rimarrà bloccato in una gestione frammentata (Ibidem).

CAPITOLO 5

FOCUS FRIULI VENEZIA GIULIA

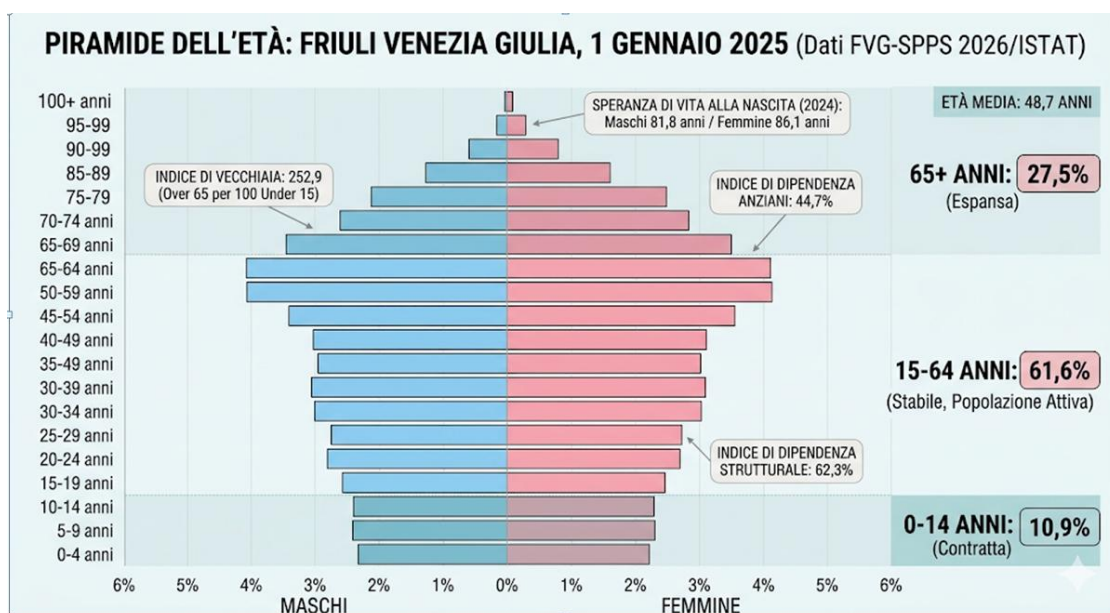
5.1 PANORAMA SOCIO-DEMOGRAFICO

Il contesto demografico del Friuli-Venezia Giulia si delinea come uno dei più complessi e peculiari sia nel panorama nazionale che in quello europeo, posizionando la regione tra i territori caratterizzati dal più marcato invecchiamento della popolazione. Secondo le rilevazioni riferite all'inizio del 2025, la regione conta una popolazione complessiva di 1.193.284 abitanti con una prevalenza della componente femminile pari al 51% e si attesta come la quarta realtà più anziana d'Italia, nonché la prima nell'area del Nord-Est. Tale primato è confermato da un indice di vecchiaia particolarmente elevato, pari al 252,2%, un dato che sottolinea una profonda sproporzione generazionale e pone sfide significative per il sistema di welfare e la tenuta dei servizi sul territorio (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2026).

La composizione per età della popolazione regionale manifesta un marcato sbilanciamento verso le fasce più senili, a fronte di 100 giovani sotto i 15 anni, si riscontrano oltre 250 individui di età pari o superiore ai 65 anni. Con un'età media di 48,7 anni, il Friuli-Venezia Giulia si posiziona stabilmente ai vertici della classifica nazionale, preceduto soltanto da Liguria e Sardegna, con ben tre province su quattro nello specifico Trieste, Udine e Gorizia incluse tra le prime venticinque realtà provinciali più anziane del Paese (Ibidem).

Sotto il profilo della ripartizione percentuale, i bambini e i ragazzi fino ai 14 anni rappresentano appena il 10,9% del totale, mentre la coorte in età lavorativa (15-64 anni) costituisce il 61,6%; di contro, la fascia anziana incide per il 27,5%, evidenziando un trend di crescita costante a scapito della componente giovanile, a fronte di una stabilità relativa della popolazione attiva. Tale dinamica riflette un incremento del carico sociale ed economico sulla popolazione lavorativa, espresso da un indice di dipendenza strutturale salito al 62,3% rispetto al 60,8% del 2015, e da un indice di vecchiaia specifico che raggiunge il 44,7% (Ibidem).

Parallelamente, si osserva un miglioramento della longevità, con una speranza di vita alla nascita che tocca gli 81,8 anni per gli uomini e gli 86,1 anni per le donne, segnando un incremento rispetto al 2023. Infine, il quadro è completato da un dato sulla mortalità che si mantiene stabile, con 14.667 decessi registrati nel 2024 e un tasso di mortalità pari al 12,3 per mille (Ibidem).



Fonti: Elaborazione dell'autrice su dati Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2026 La popolazione residente in Friuli Venezia Giulia: Analisi dei dati relativi alle caratteristiche della popolazione.

5.2 QUALITA' DEI SERVIZI

L'assetto organizzativo della sanità regionale si articola in cinque Aziende Sanitarie, all'interno delle quali operano dodici Distretti Sanitari con il compito di garantire la capillarità dei servizi sul territorio. L'offerta ospedaliera complessiva si avvale di sedici strutture, che includono eccellenze di rilievo nazionale come i due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nello specifico il polo materno-infantile di Trieste e il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano e i due presidi ospedaliero-universitari di Trieste e Udine. Questa rete dispone di un totale di 4.024 posti letto, comprensivi di 362 posti dedicati al day hospital e 39 alla daysurgery (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2025).

Sul fronte dell'assistenza territoriale, la medicina di base è assicurata da una rete di 853 medici di medicina generale e 122 pediatri di libera scelta, integrata dal Servizio di Emergenza Territoriale e dalle attività di assistenza infermieristica domiciliare (Ibidem). Infine, per quanto concerne la presa in carico della popolazione anziana e fragile, il territorio dispone di un'importante infrastruttura residenziale composta da 31 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 190 case di riposo, configurando un sistema di welfare volto a rispondere alle crescenti necessità assistenziali derivanti dal quadro demografico regionale (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2025).

La distribuzione dell'offerta sanitaria regionale evidenzia una marcata polarizzazione territoriale, con una concentrazione di risorse particolarmente significativa nel polo di Trieste. Nel capoluogo giuliano, la disponibilità di posti letto ad alta assistenza, pari a 4,3 per 10.000 abitanti nel 2023, e la dotazione ospedaliera generale, attestatasi a 44,5 per 10.000 abitanti nel 2022, mostrano margini ampiamente superiori alla media nazionale, superandola rispettivamente di 1,1 e 17,7 punti (Ibidem). Al contrario,

mentre la provincia di Udine mantiene una posizione di sostanziale equilibrio rispetto ai parametri nazionali pur distinguendosi positivamente per i posti letto nelle specialità ad alta assistenza con un valore di 3,6 per 10.000 abitanti le province di Gorizia e Pordenone presentano condizioni di relativo svantaggio, con divari particolarmente critici registrati nell'area isontina (Ibidem).

Nonostante tale eterogeneità nella dotazione infrastrutturale, il tasso di emigrazione ospedaliera verso altre regioni si attesta mediamente al 7,7%, un dato che non si discosta in modo rilevante dalla media nazionale dell'8,6% (Ibidem). Tuttavia, l'analisi a livello provinciale rivela discrepanze profonde anche sotto il profilo della mobilità passiva: se Trieste presenta un valore contenuto pari al 5,9%, la provincia di Pordenone fa registrare un'incidenza quasi doppia, raggiungendo l'11,5% e segnalando così una maggiore propensione dell'utenza locale a rivolgersi a strutture extra-regionali, verosimilmente influenzata dalla prossimità geografica con i centri del Veneto (Ibidem). Bisogna infine considerare come l'evoluzione degli ultimi anni abbia mutato il panorama regionale, poiché a partire dal 2019 il progressivo taglio dei posti letto ospedalieri ha eroso lo storico vantaggio della regione, allineando l'attuale livello di offerta a quello della media nazionale (ISTAT 2025).

In merito alla rete di supporto informale, ovvero l'assistenza gratuita e non professionale prestata a persone non autosufficienti, anziani o malati da parte di familiari, amici, vicini o volontari, la regione si posiziona su livelli di benessere che non superano la media nazionale né quella del Nord Est (Ibidem).

In Friuli-Venezia Giulia la rete di protezione sociale mostra dinamiche differenti a seconda del tipo di legame, poiché se da un lato il 74,3% dei residenti sopra i 14 anni dichiara di avere amici su cui contare, un dato sostanzialmente in linea con i valori del

Nord-Est, dall'altro il sostegno dei parenti non conviventi e dei vicini risulta meno capillare. Nello specifico, la possibilità di fare affidamento sui parenti esterni al nucleo abitativo riguarda l'85,4% della popolazione, mentre per i vicini la quota scende al 69,4%, posizionando la regione in entrambi i casi 2 punti percentuali al di sotto della media nazionale italiana. (Ibidem)

L'analisi delle singole province evidenzia un contesto territoriale piuttosto diversificato, specialmente per quanto riguarda la soddisfazione per la vita e la solidità delle amicizie. La provincia di Trieste si distingue positivamente in entrambi gli ambiti, registrando sia la quota più alta di persone soddisfatte della propria esistenza, pari al 57,7%, sia il miglior risultato per quanto riguarda gli amici su cui contare con il 76,2%, risultando inoltre l'unica zona a superare significativamente la media nazionale (Ibidem). Al contrario, Udine si posiziona all'estremo opposto con una percentuale di persone soddisfatte inferiore di oltre sei punti rispetto a Trieste, confermandosi come l'unica provincia al di sotto di tutte le medie di confronto (Ibidem). Per quanto riguarda invece il sostegno dei parenti, tutte le province friulane si collocano sotto la media italiana, con valori che oscillano tra l'85,9% di Udine e l'84,6% di Gorizia. Un andamento simile si osserva infine per l'aiuto da parte dei vicini di casa, che tocca il punto più basso proprio a Trieste, dove con il 66,8% si registra un distacco negativo di 4,6 punti percentuali rispetto al dato nazionale (Istat 2025).

5.3 LEGGI REGIONALI

Negli ultimi anni, la Regione Friuli-Venezia Giulia ha sviluppato un sistema strutturato di interventi per supportare le persone anziane e con disabilità. Questo modello si basa sulla collaborazione tra Servizi sociali, Aziende Sanitarie e Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP). Si tratta di un approccio integrato che non coinvolge solo le istituzioni, ma vede la partecipazione attiva delle famiglie, del terzo settore e del volontariato, creando una rete di assistenza diffusa sul territorio (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

Il sistema di protezione sociale in Friuli-Venezia Giulia si fonda principalmente su due pilastri normativi. Il primo è la Legge Regionale n. 6/2006 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), che recepisce la legge quadro nazionale 328/00. Questa norma definisce un quadro completo di servizi sociali e sanitari, ponendo l'accento sulla tutela dei diritti del cittadino. Il suo obiettivo centrale è garantire interventi omogenei in tutta la regione, privilegiando la domiciliarità, si cerca cioè, di favorire l'autonomia della persona e la sua permanenza a casa attraverso il sostegno alle famiglie e l'offerta di centri diurni o residenze temporanee (Ibidem).

Il quadro normativo si è evoluto con la Legge Regionale n. 22/2019 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006) che ha introdotto una visione più moderna della cura. Questa legge sottolinea che l'assistenza deve essere personalizzata e basata sulla collaborazione tra i vari servizi. La sfida lanciata dalla riforma è quella di passare a un modello proattivo, capace non solo

di curare la malattia, ma di prevenire il disagio e creare relazioni umane più forti tra gli attori del sistema (Ibidem).

In tema di anziani non autosufficienti le normative regionali sono le seguenti:

1-Legge Regionale 10/1998, “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all’articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali” che ha introdotto una pianificazione sociosanitaria integrata strutturata su tre livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Questo modello si è progressivamente evoluto per rispondere a sfide demografiche sempre più pressanti, come il marcato invecchiamento della popolazione e la trasformazione delle dinamiche familiari che hanno ridotto la capacità di cura informale all’interno dei nuclei domestici. Per far fronte all’aumento delle patologie cronico-degenerative e in linea con gli orientamenti ministeriali, la normativa ha saputo aggiornarsi nel tempo, trasformando l’assistenza in un percorso dinamico capace di bilanciare il supporto medico con la promozione sociale, garantendo così risposte più aderenti alle nuove forme di disabilità senile (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

2- LR 31 marzo 2006, art. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”. Ultimo Regolamento attuativo emanato con Decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 “Regolamento di attuazione del Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine”.

Il Fondo per l’Autonomia Possibile (FAP) costituisce il principale strumento di sostegno indiretto promosso dalla Regione per garantire l’assistenza a lungo termine alle persone non autosufficienti. Attraverso il coordinamento dei Servizi sociali comunali, questo fondo permette a chi non è più in grado di gestire autonomamente la

cura di sé o la propria vita di relazione, di ricevere l'aiuto necessario nel proprio contesto di vita. Dalla sua introduzione nel 2007, il FAP ha visto una crescita costante sia nel numero di beneficiari, passati da 3.000 a oltre 9.330 nel 2022, sia nell'impegno economico complessivo. L'investimento è infatti triplicato, passando dai 17 milioni di euro iniziali agli oltre 51 milioni del 2022, grazie a un'importante sinergia tra risorse regionali e finanziamenti statali derivanti dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (Ibidem).

Le misure contributive afferenti al FAP disponibili per l'anziano non autosufficiente sono:

- L'Assegno per l'autonomia (APA) è una misura economica concepita per rendere sostenibile la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, valorizzando le reti di supporto naturale e di prossimità. Questo intervento sostiene progetti di cura che si poggiano direttamente sulla famiglia, sul vicinato, sul volontariato o su enti del Terzo settore, ammettendo anche il ricorso a personale di assistenza che non possiede necessariamente i requisiti professionali richiesti invece per il Contributo per l'Aiuto Familiare.

L'importo del contributo viene modulato in base alla gravità della non autosufficienza e alla condizione economica misurata dall'ISEE, con una variazione che va da un minimo di 1.548 euro a un massimo di 6.204 euro annui. Per questa specifica misura, il beneficiario è tenuto a rendicontare almeno il 50% dell'importo percepito durante l'anno. Infine, l'APA si integra perfettamente con il sistema di tutele nazionale, risultando compatibile e cumulabile con il contributo per il caregiver familiare, che in Friuli-Venezia Giulia prevede l'erogazione di 300 euro mensili per una durata massima di un anno. L'APA nel 2022 è stato erogato a 3157 utenti (33% del totale) registrando

una crescita significativa del 6% (+181 unità), segnalando una maggiore capacità di intercettare i bisogni legati all'autonomia personale (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

- Il Contributo per l'Aiuto Familiare (CAF) rappresenta l'intervento economico specificamente dedicato a sostenere i nuclei familiari che scelgono di avvalersi di addetti all'assistenza per garantire la cura a domicilio di persone con grave disabilità o non autosufficienza. Questo supporto si distingue per la sua natura strutturata, poiché il personale impiegato può provenire sia da assunzioni dirette che da agenzie interinali o enti del terzo settore e del privato sociale, sempre in stretta coerenza con le linee di sviluppo territoriale tracciate dai Piani di Zona locali.

L'entità del contributo non è fissa, ma viene calcolata con precisione incrociando tre parametri fondamentali: la gravità della condizione dell'assistito, la fascia ISEE di appartenenza e l'impegno orario settimanale, che deve prevedere un minimo di 20 ore di attività. La forbice economica del beneficio è ampia, oscillando tra un minimo di 2.760 euro e un massimo di 10.920 euro annui, cifre pensate per coprire in modo significativo i costi del lavoro regolare. A differenza di altre misure più flessibili, il CAF richiede la rendicontazione integrale di tutta la somma percepita, a testimonianza dell'effettivo e regolare impiego delle risorse per l'assistenza professionale ricevuta. Nel 2022 la misura è stata erogata a 4257 utenti (il 45% del totale), con una flessione di 34 unità rispetto all'anno precedente (Ibidem).

3- Con la LR 22/2014, la Regione ha introdotto una strategia triennale per contrastare la solitudine e promuovere l'invecchiamento attivo attraverso interventi trasversali che spaziano dalla salute alla cultura, fino al volontariato. Questa norma favorisce la collaborazione tra enti locali e terzo settore per finanziare progetti di comunità e

iniziative europee, puntando a una nuova cultura delle relazioni, valorizzando l'anziano come risorsa e intervenendo precocemente sui fattori di rischio per garantire l'autonomia e l'inclusione. Per facilitare l'accesso ai servizi e l'orientamento di cittadini e associazioni, è stato inoltre attivato un portale dedicato che funge da punto di riferimento per tutte le iniziative territoriali.

Il Progetto Prisma 7, avviato nel 2018, rappresenta lo sforzo regionale per identificare precocemente la fragilità negli anziani e far emergere disagi spesso sottovalutati. Attraverso un breve questionario validato a livello internazionale, il sistema permette una presa in carico tempestiva, con l'obiettivo di prevenire il peggioramento delle condizioni di salute e garantire un invecchiamento che coniughi benessere fisico e integrazione sociale.

4- La DGR 1625/2019 promuove forme sperimentali di abitare inclusivo per favorire la permanenza a casa delle persone non autosufficienti ed evitare il ricovero in struttura. Attraverso modelli di domiciliarità innovativa, la Regione finanzia progetti individuali basati sul budget di salute, uno strumento integrato che unisce risorse sanitarie e sociali (queste ultime derivanti dal FAP). Questo approccio permette di personalizzare gli interventi, garantendo che il sostegno economico segua il progetto di vita della persona nel proprio ambiente domestico (Ibidem).

5- Con la DGR 1519/2021, la Regione ha adottato il "Piano regionale di supporto alla popolazione anziana fragile 2021-2023", nato per rispondere alle criticità emerse durante la pandemia attraverso soluzioni territoriali più flessibili. Il piano punta a rafforzare l'integrazione tra sanità e sociale, garantendo un accesso unitario ai servizi e una presa in carico globale della persona. Tra gli obiettivi principali figurano il

potenziamento dell'assistenza domiciliare, la mappatura della fragilità tramite il progetto Prisma 7 (Ibidem).

6- La DGR 1964/2021 definisce le linee guida per la domiciliarità comunitaria, un modello che utilizza il budget di salute per permettere alle persone di restare a casa propria attivando tutte le risorse del territorio, sia formali che informali. In questo schema, il Servizio Sanitario garantisce le cure mediche e riabilitative necessarie, mentre il progetto viene costruito “su misura” attraverso la coprogettazione tra istituzioni e comunità. L'obiettivo è valorizzare contesti abitativi innovativi che mettano al centro le esigenze specifiche dell'utente e la collaborazione tra i diversi attori del sistema degli enti erogatori e una profonda innovazione del sistema delle residenze per anziani (Ibidem).

7- Con i D.P. Reg. 107 e 108 del 2022, la Regione ha aggiornato le norme per il funzionamento e l'accreditamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani. Questi decreti puntano a innalzare gli standard di sicurezza e la qualità dell'offerta, recependo le linee guida nazionali per garantire strutture sempre più affidabili e rispondenti ai bisogni degli ospiti (Ibidem).

8- L.R. 8/2023 Disposizioni per il riconoscimento, la valorizzazione e il sostegno dei caregiver familiari. La legge della Regione Friuli-Venezia Giulia definisce un quadro normativo volto a riconoscere e valorizzare il caregiver familiare non più come figura passiva, ma come componente attiva e risorsa essenziale del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari. Attraverso una visione risolutiva e di supporto concreto, la norma tutela i bisogni di salute, sostegno psicologico e formazione di chi presta assistenza, promuovendo al contempo la conciliazione tra vita privata e impegni di cura mediante intese con il mondo del lavoro e delle istituzioni scolastiche. Il riconoscimento

formale della figura avviene all'interno di un progetto personalizzato e partecipato, garantendo al caregiver non solo interventi di sollievo e supporto domiciliare, ma anche la certificazione delle competenze acquisite durante l'esperienza di cura per favorire un futuro reinserimento lavorativo. In tal modo, la Regione delinea un sistema di welfare che, superando la logica della pura prestazione, investe sulla qualità delle relazioni umane e sulla sostenibilità di una rete solidale che integri stabilmente le risorse familiari con quelle professionali (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

5.4 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il sistema regionale del Friuli-Venezia Giulia si basa sull'integrazione strutturata tra servizi sanitari e sociali, superando la vecchia separazione delle competenze per offrire una risposta unitaria ai bisogni complessi di salute (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023). Questo modello assistenziale adotta modalità organizzative innovative che mettono al centro la continuità delle cure e l'appropriatezza delle prestazioni, garantendo l'inclusione sociale e la piena partecipazione dei cittadini alla vita della comunità. I percorsi di assistenza vengono realizzati prioritariamente nei contesti naturali di vita della persona attraverso progetti personalizzati che, rispettando la libertà di scelta e il ruolo della famiglia, valorizzano la domiciliarità e l'abitare inclusivo per limitare il ricorso alle strutture residenziali (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

L'assistenza diventa un impegno collettivo basato sulle relazioni umane, dove l'obiettivo è aiutare la persona a restare indipendente il più a lungo possibile. In questo modello, i familiari e le associazioni di volontariato non sono solo un contorno, ma sono considerati strumenti indispensabili per garantire il benessere della persona. Il modello

organizzativo assicura così un raccordo costante tra tutte le professionalità coinvolte, sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il fulcro di questo sistema si articola su elementi chiave come l'accesso facilitato, la presa in carico globale, la valutazione multidimensionale e l'utilizzo del budget di salute, strumenti che recepiscono pienamente gli standard nazionali sui LEA, la riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022) e gli obiettivi del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (Ibidem).

La L.R. 6/2006 definisce l'organizzazione territoriale dei servizi sociali, strutturandoli in Ambiti Territoriali che corrispondono alla gestione associata tra Comuni. Per garantire l'efficacia del sistema e accedere ai finanziamenti regionali, tali Ambiti devono rispettare specifiche soglie demografiche (generalmente non inferiori a 45.000 abitanti, ridotti a 25.000 per le zone montane) (Ibidem).

Il cuore politico di questo sistema è l'Assemblea dei Sindaci, che non solo pianifica le attività e i servizi locali, ma promuove la definizione del Piano di Zona e del relativo Piano attuativo annuale, monitorando costantemente l'operato degli enti coinvolti. Infine, l'Assemblea assicura il raccordo con la sanità, partecipando attivamente alla programmazione sociosanitaria e verificando il raggiungimento degli obiettivi di salute nel proprio territorio (Ibidem).

Il Servizio sociale dei Comuni è regolato da una specifica convenzione, promossa dall'Assemblea dei Sindaci e approvata dai rispettivi Consigli comunali a maggioranza assoluta. Questo documento stabilisce la forma di gestione del servizio, che può essere delegata a un Comune capofila, alle Aziende Sanitarie, alle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) o ad altre forme associative previste dalla legge, definiti collettivamente come Enti gestori. Attualmente, l'assetto territoriale della Regione

Friuli-Venezia Giulia è articolato in 18 Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che rappresentano le unità operative fondamentali per l'erogazione degli interventi sul territorio (Ibidem).

Il Servizio sociale dei Comuni assicura l'informazione e l'accesso al sistema integrato attraverso la presenza capillare sul territorio del Segretariato sociale e del Servizio sociale professionale. Per garantire standard qualitativi adeguati, la normativa regionale stabilisce una dotazione minima di personale specialistico pari ad almeno un assistente sociale ogni 3.000 abitanti e un operatore sociosanitario ogni 2.500.

Sotto la guida di un responsabile con funzioni di coordinamento e raccordo gestionale, il Servizio è strutturato per presidiare quattro aree fondamentali:

- 1 - Pianificazione e monitoraggio: attività di supporto alla progettazione locale tramite l'elaborazione e la valutazione costante degli interventi.
- 2 - Coordinamento professionale per aree di utenza: presidio operativo focalizzato sui bisogni specifici di minori, famiglie, persone a rischio esclusione, disabili e non autosufficienti.
- 3 - Gestione amministrativa: presidio dei processi contabili e finanziari legati all'erogazione dei servizi.
- 4 - Sistemi informativi: supporto ai flussi di dati necessari per soddisfare i debiti informativi a livello locale, regionale e nazionale, ottimizzando l'uso delle piattaforme tecnologiche.

Il Fondo sociale regionale sostiene economicamente i servizi gestiti dai Comuni associati, unendo risorse della Regione e dello Stato per finanziare interventi socioassistenziali e sociosanitari (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

Secondo i dati del Rapporto Sociale Regionale 2022, ad oggi l'ultima analisi organica pubblicata dalla Direzione centrale salute e politiche sociali, gli utenti anziani presi in carico dai Servizi Sociali dei Comuni (SSC) del FVG hanno raggiunto le 27.526 unità, costituendo il 43% degli utenti totali incidendo per l'8,6% sulla popolazione anziana (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2022).

I dati relativi all'utenza dei Servizi Sociali nel 2022 pongono la non autosufficienza come il principale fattore determinante della domanda assistenziale in FVG, con un'incidenza del 36,5%. Tale dato prevale sensibilmente sulle problematiche di tipo reddituale, familiare, per difficoltà legate al lavoro e all'abitazione, mentre restano residuali i casi connessi a istruzione, dipendenze e devianza. (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2022).

Al termine del 2022, i servizi sociali hanno registrato 27.526 utenti over 65 in carico, segnando un incremento di 1.373 unità rispetto all'annualità precedente. Tale progressione, pari al +5,2%, risulta particolarmente significativa se confrontata con il biennio 2020-2021, dove la variazione si era attestata al 2,7%, evidenziando dunque un raddoppio del tasso di crescita della domanda assistenziale (Ibidem).

L'invecchiamento della popolazione sta spostando il baricentro del sistema sociale verso la gestione della fragilità senile, come dimostra il fatto che gli anziani rappresentano oggi il 42,7% dell'utenza totale, superando per la prima volta la quota degli adulti ferma al 41,6% (Ibidem). Sotto il profilo della cittadinanza emerge però una netta differenza tra i volumi assistenziali e le dinamiche di crescita: se da un lato gli italiani costituiscono il pilastro portante del servizio con il 97,7% degli utenti, dall'altro la componente straniera mostra un'evoluzione molto più accelerata. Infatti, nonostante gli anziani stranieri siano ancora una piccola minoranza di 613 individui (il 2,23% del

totale), nel solo 2022 il loro numero è aumentato del 10,5%, segnalando una rapida trasformazione dei bisogni assistenziali nel territorio. (Ibidem).

Interessante appare la distribuzione territoriale della fragilità tra gli anziani stranieri. Mentre la media regionale di presa in carico sulla popolazione target si attesta al 7,8%, alcuni Ambiti territoriali mostrano indici di vulnerabilità superiori: si distinguono la Riviera Bassa Friulana (12%), il Triestino e il Noncello (10%), seguiti dal Friuli Centrale (9%). Queste divergenze locali suggeriscono una diversa maturità dei percorsi migratori e una differente tenuta delle reti familiari informali nei diversi contesti della regione (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2022).

5.5 INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI E INTERVENTI

Accanto all'assistenza diretta, la Regione Friuli-Venezia Giulia destina una parte significativa del bilancio a forme di assistenza indiretta (assegni di cura), erogate principalmente attraverso tre pilastri finanziari:

- 1- Fondo Gravissimi (L.R. 17/2008): dedicato al sostegno domiciliare per persone con bisogni assistenziali a elevatissima intensità.
- 2- Fondo SLA (DGR 2376/2011): un programma specifico per gli interventi legati alla Sclerosi Laterale Amiotrofica.
- 3- Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP - LR 41/2006): lo strumento più trasversale, rivolto a tutto il target della non autosufficienza, inclusi anziani e persone con disabilità grave o gravissima (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

Mentre le prime due misure rispondono esclusivamente a condizioni di disabilità estrema, il FAP funge da raccordo per l'intero sistema della lungo assistenza, garantendo una copertura capillare su diverse fasce di bisogno (Ibidem).

Il FAP si articola in cinque diverse misure economiche, differenziate in base alla modalità di impiego delle risorse e alla tipologia di beneficiari. L'accesso al fondo è subordinato sia alla gravità della condizione di non autosufficienza che alla situazione economica del richiedente.

Sotto il profilo dei requisiti funzionali, per accedere alla misura è necessaria la certificazione di handicap grave (ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992) unita alla perdita di almeno due funzioni fondamentali della vita quotidiana, misurate tramite l'indice ADL di Katz (Ibidem).

Il regolamento regionale lascia inoltre spazio di manovra ai singoli territori, che possono integrare questi criteri con strumenti di valutazione specifici e più sensibili, ritenuti più idonei a inquadrare correttamente la gravità del bisogno.

Per l'individuazione degli anziani non autosufficienti, il sistema regionale utilizza la scheda Val.Graf-FVG, uno strumento multidimensionale che non si limita a misurare la gravità della patologia, ma analizza anche le competenze residue della persona e la qualità del suo contesto di vita.

Nello specifico, la condizione di non autosufficienza viene riconosciuta in presenza di due parametri clinici alternativi:

- 1- L'impossibilità di svolgere almeno due attività fondamentali della vita quotidiana (misurata tramite l'indice ADL di Katz);
- 2- Una condizione di demenza di grado almeno moderato (punteggio CDR 2 sulla ClinicalDementia Rating Scale).

Oltre a calcolare questi indici tecnici, la valutazione Val.Graf-FVG permette di delineare un profilo di bisogno assistenziale completo, che costituisce la base

indispensabile per la stesura del progetto personalizzato e per la calibrazione degli interventi di sostegno (Ibidem).

Oltre a essere uno strumento diagnostico, lo screening rappresenta un percorso di monitoraggio costante della salute della popolazione anziana, utile a mappare la fragilità sul territorio regionale e a orientare le politiche pubbliche, intercettando situazioni di rischio non ancora note ai servizi.

Il progetto si articola in due fasi operative:

-Fase 1 (Screening): Identificazione degli anziani over 75 a rischio fragilità tramite il questionario Prisma 7. La somministrazione avviene telefonicamente tramite il Call Center Regionale per la Salute e si rivolge a tutti gli anziani di età uguale o superiore a 75 anni residenti sul territorio regionale e non ancora conosciuti dalla rete territoriale dei servizi. Il target viene considerato a rischio con un punteggio uguale o superiore a 3.

-Fase 2 (Programma-intervento): Conferma della condizione di fragilità e avvio di azioni di sorveglianza attiva. In questa fase, il Distretto sanitario assume la responsabilità della progettazione e dell'attuazione dell'intervento, coordinando i Medici di Medicina Generale (MMG) e i servizi sociali in un approccio integrato.

I risultati dello screening vengono trasmessi ai Distretti e condivisi con i MMG per garantire una presa in carico tempestiva. In un'ottica prospettica, l'integrazione tra sanità e sociale diventa cruciale: i Servizi sociali dei Comuni giocano un ruolo determinante soprattutto nei casi con punteggi più bassi, dove la fragilità è spesso legata a fattori di isolamento ed emarginazione sociale piuttosto che a strette necessità cliniche (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

Per rispondere ai bisogni delle persone anziane, sia quelle non autosufficienti con elevata necessità assistenziale sia quelle fragili a rischio emarginazione, la Regione prevede un sistema di finanziamenti articolato su diverse linee di intervento:

1-Assistenza Domiciliare Sociale: ossia l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari che comprendono:

-SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare): esso si conferma come il cardine degli interventi volti a favorire l'indipendenza e la permanenza domestica. Nel 2022, il SAD ha raggiunto complessivamente 6.545 beneficiari, di cui la netta maggioranza 5.616 unità, pari all'86% del totale è costituita da popolazione anziana (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023). Tuttavia, l'analisi dei dati evidenzia una contrazione del 6% (pari a 341 utenti in meno) rispetto alla rilevazione del 2021. Questa flessione, sebbene appaia in controtendenza rispetto all'incremento generale dell'utenza anziana, impone una riflessione multifattoriale centrata su tre variabili critiche e interconnesse, a partire dalla crescente complessità dei bisogni, che mette in discussione l'adequatezza delle prestazioni standard di fronte a quadri clinici sempre più stratificati; a ciò si aggiunge l'intensificazione assistenziale, intesa come una possibile strategia di concentrazione delle risorse su un numero ridotto di utenti già in carico che, a causa di patologie croniche o degenerazioni della non autosufficienza, richiedono un monte ore pro capite più elevato per l'assistenza a lungo termine, il tutto aggravato dalla strutturale carenza di capitale umano qualificato, che limita drasticamente la capacità di risposta del sistema (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

Una tendenza simile si osserva nell'erogazione dei pasti a domicilio, servizio che nel 2022 ha interessato 2.380 anziani (l'84% dell'utenza complessiva del servizio) (Ibidem).

Anche in questo caso si registra una variazione negativa del 7% rispetto all'anno

precedente, confermando un rallentamento nell'accesso ai supporti diretti alla domiciliarità che merita un costante monitoraggio nell'ottica della pianificazione dei servizi futuri.

-ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

-Abitare Inclusivo: la Regione promuove l'abitare inclusivo per prevenire il ricovero in struttura attraverso il sostegno a progetti sperimentali di soluzioni abitative innovative e l'utilizzo del budget di salute, uno strumento finanziario integrato che unisce risorse sanitarie e sociali (FNA e FAP) per sostenere il progetto di vita individuale della persona.

-Telesoccorso e telecontrollo: un servizio attivo 24 ore su 24 con custodia delle chiavi, per garantire interventi rapidi in caso di emergenza.

-Rafforzamento delle reti sociali: interventi di ascolto, monitoraggio (in supporto al progetto Prisma 7), alfabetizzazione digitale e formazione per i caregiver.

-Progetto SI FA RETE: un'iniziativa di coprogettazione con il Terzo Settore, finanziata dal Ministero del Lavoro, mirata alla "presa in carico leggera" e al contrasto della solitudine, per mitigare anche gli isolamenti derivanti dal periodo pandemico (Ibidem).

2- Oltre al potenziamento della domiciliarità, il Piano prevede una specifica linea di intervento dedicata ai Servizi sociali di sollievo, pensati per alleggerire il carico assistenziale che grava sulle famiglie e garantire risposte tempestive in situazioni critiche.

Il finanziamento di quest'area si focalizza su tre direttrici principali:

- Pronto Intervento per le Emergenze: vengono rafforzati i servizi in grado di gestire emergenze temporanee, sia diurne che notturne. Tali interventi sono garantiti dai professionisti dei servizi sociali comunali o da personale qualificato

del Terzo Settore, assicurando una rete di protezione immediata quando il normale assetto assistenziale viene meno.

- Servizi Semiresidenziali e Accessibilità: i centri diurni e le altre strutture semiresidenziali per anziani vengono potenziati per offrire un supporto strutturato durante la giornata. Un elemento chiave è l'utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) per abbattere i costi delle rette, rendendo questi servizi accessibili anche alle persone con minori disponibilità economiche.
- Sostituzione Temporanea degli Assistenti Familiari: per garantire la continuità della cura anche durante i periodi di riposo o assenza dei caregiver (come le badanti), il servizio sociale di ambito promuove accordi con enti del Terzo Settore o del privato sociale. Questo permette di attivare sostituzioni temporanee qualificate, evitando che la famiglia resti isolata o che si renda necessario un ricovero improprio in struttura (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

3- La terza linea strategica del Piano riguarda i Servizi sociali di supporto, volti a semplificare la gestione burocratica e organizzativa che ricade sulle famiglie dei caregiver.

Le attività principali includono:

A- Lo sportello SI.CON.TE si configura come lo strumento cardine per la gestione del lavoro domestico attraverso una duplice funzione specialistica, agendo in primo luogo come mediatore nel mercato del lavoro per facilitare l'incontro tra domanda e offerta; tale attività permette di incrociare le specifiche necessità di cura delle famiglie con i profili professionali degli assistenti familiari qualificati, integrandosi al contempo con una fondamentale attività di consulenza per la conciliazione, volta a supportare i nuclei

familiari nell'individuazione di soluzioni sostenibili che garantiscano l'equilibrio tra le responsabilità assistenziali verso i propri cari e le esigenze della vita lavorativa.

B- Per quanto riguarda l'assistenza gestionale e amministrativa, la Regione promuove accordi di collaborazione con il Terzo Settore e il privato sociale allo scopo di sollevare i nuclei familiari dagli oneri tecnici legati all'attività assistenziale; tali intese garantiscono alle famiglie un accesso agevolato a servizi di supporto legale e amministrativo, offrendo una consulenza specialistica che spazia dalla corretta stesura dei contratti di lavoro alla gestione complessiva dei rapporti professionali con gli assistenti familiari (Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia 2023).

4- L'ultima linea strategica del Piano riguarda l'erogazione di Contributi e assegni di cura, gestiti attraverso il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP). L'accesso al contributo avviene tramite i Punti Unici di Accesso (PUA) o su iniziativa proattiva dei servizi territoriali. Attualmente la regione conta 22 PUA distribuiti nelle tre principali Aziende Sanitarie, dove personale infermieristico e assistenti sociali lavorano insieme per accogliere, informare e orientare l'utenza. Il PUA non si limita solo al front-office, ma svolge compiti cruciali di back-office, filtrando le richieste e attivando, laddove necessario l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che accerta la perdita di almeno 2 ADL (indice di Katz), come requisito fondamentale (Fosti et al 2025). L'erogazione dell'assegno risulta strettamente vincolata alla definizione di un Progetto di Assistenza Individuale integrata (PAI), uno strumento progettuale che delinea l'intero percorso di cura attraverso il coinvolgimento attivo dell'assistito e dei suoi caregiver nella selezione degli interventi più appropriati; tale documento deve inoltre presentare un elevato grado di dettaglio e una rigorosa coerenza con i parametri assistenziali specificamente previsti per le disabilità gravissime (Ibidem).

La misura è compatibile con gli interventi di assistenza diretta, sebbene sia prevista una rimodulazione dell'importo in caso di frequenza di centri diurni. In caso di ricoveri di sollievo, l'assegno viene sospeso pro quota a partire dal 61° giorno di permanenza in struttura (anche non continuativo nell'arco di 12 mesi).

Un elemento distintivo della Regione FVG è la scelta di non stabilire liste di priorità: la Regione si impegna a garantire l'assegno interamente con risorse proprie, assicurando la copertura anche qualora i fondi nazionali risultassero insufficienti. In conclusione, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è incaricata di verificare con cadenza almeno annuale l'efficacia del progetto, attuando un monitoraggio complessivo che non si limita alle condizioni dell'utente e al raggiungimento degli obiettivi prefissati, ma si estende all'analisi del ruolo ricoperto dal caregiver e alla verifica del corretto impiego delle risorse stanziare (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia 2023).

Nonostante l'efficacia del modello, permangono alcune sfide strutturali legate principalmente alla digitalizzazione e all'integrazione dei flussi informativi, poiché i database sociali e sanitari non sono ancora pienamente unificati (Fosti et al 2025). Per ovviare a questo limite, la regione sta implementando le Centrali Operative Territoriali (COT), che dovrebbero agire come snodi di coordinamento tecnologico tra i vari setting assistenziali. Infine, lo scenario futuro è influenzato dalla riforma nazionale della non autosufficienza, che richiederà uno sforzo organizzativo notevole per integrare le valutazioni locali con le procedure INPS, cercando di bilanciare le garanzie amministrative con la necessaria flessibilità di un approccio sociale centrato sulla persona (Fosti et al 2025).

CAPITOLO 6

FOCUS PORDENONE

Il presente capitolo illustra i principali esiti di una indagine qualitativa nata dalla esigenza di analizzare come sta cambiando la popolazione anziana nel territorio pordenonese, quali sono le sfide poste dalla non autosufficienza, dalle patologie dementigene, dall'isolamento sociale e dalle nuove forme di povertà. In un contesto demografico in rapido mutamento, il sistema di welfare è chiamato a rispondere con interventi integrati di natura economica, sanitaria e sociale. Il territorio pordenonese non è immune a queste dinamiche. L'indagine si è posta come obiettivo quello di approfondire i bisogni attuali ed emergenti, i bisogni invisibili (cioè quali sono i bisogni che oggi il sistema fatica ad intercettare), valutando l'efficacia delle risposte fornite dall'integrazione tra sistema sanitario, comparto sociale e Terzo Settore. L'intento è stato quello di esaminare le buone prassi, identificare le criticità che ostacolano l'implementazione di servizi integrati e appropriati, esplorare soluzioni innovative, tecnologiche, organizzative e/o comunitarie, che possano differenziarsi dai modelli del passato per rispondere alle sfide del futuro.

A tal proposito, sono state condotte nel periodo dal 08/01/2026 al 04/05/2026 dieci interviste con testimoni privilegiati (esperti, amministratori, stakeholder). Grazie alla loro diversa formazione, è stato possibile integrare prospettive diverse e ottenere una visione d'insieme rispetto ai temi oggetto di approfondimento. Le informazioni raccolte sono state trattate in forma anonima e hanno permesso di comprendere le strategie, i servizi e gli interventi messi in atto a supporto della popolazione anziana nel contesto oggetto di approfondimento.

Sebbene l'indagine si sia concentrata principalmente sulle necessità degli anziani più vulnerabili e non autosufficienti, l'analisi ha esteso il proprio raggio di azione anche a coloro che si trovano in una fascia di rischio o che risultano ancora pienamente attivi e privi di limitazioni funzionali. Dalle testimonianze raccolte è emerso, infatti, come tali situazioni non debbano essere interpretate quali “compartimenti stagni”; al contrario, è stata evidenziata la necessità di leggere le diverse fasi come una traiettoria dinamica, così da favorire un'individuazione anticipata delle fragilità e una gestione più puntuale della progressività degli stati di bisogno intervenendo tempestivamente lungo tutto il percorso di invecchiamento. Dalle interviste sono emersi, inoltre, spunti utili sia per potenziare i servizi attuali, sia per sperimentare nuove soluzioni.

6.1 IL CONTESTO DI STUDIO

Il perimetro geografico oggetto di approfondimento, definito come “territorio pordenonese”, coincide con l'Ambito Noncello. Questa realtà territoriale funge da articolazione per il Servizio Sociale dei Comuni e si sovrappone ai confini del Distretto Sanitario facente capo all'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

Coerentemente con quanto disposto dalla Legge Regionale n. 6/2026, l'Ambito Territoriale Noncello, costituisce la struttura organizzativa per l'esercizio associato delle funzioni in materia di servizi sociali, socioassistenziali e socioeducativi. Tale assetto gestionale è volto a garantire interventi coordinati a favore della cittadinanza residente nei sei comuni afferenti: Pordenone (ente capofila), Cordenons, Porcia, Roveredo in Piano, San Quirino e Zoppola (Ambito Territoriale Noncello 2021). L'Ambito Noncello ha una popolazione residente di 103.630, con un assistente sociale ogni 3000 abitanti. Le diagnosi sociali degli utenti in carico nel 2025 dell'area di non autosufficienza sono

state 2844, con una crescita del 23,6% rispetto al 2024 che erano 2302 (intervista 9 condotta il 29/04/2026). Di questi gli anziani presi in carico all'Ambito Noncello sono stati 2365, di cui 999 con disabilità certificata dalla L.104/92. Nel 2025 sono aumentate le domande di non autosufficienza: il FAP (fondo per l'autonomia possibile) ha registrato un incremento del +27,14% rispetto al 2024 e il SAD è passato da 410 a 581 utenti. Nel 2025 sono stati serviti pasti a domicilio sia a pagamento che a titolo gratuito a 157 anziani (intervista 9 condotta il 29/04/2026). Gli intervistati sono stati: un assessore ai servizi sociali, un sindaco, un coordinatore infermieristico di distretto, un referente del sindacato pensionati, un referente dell'Auser (associazione di volontariato e promozione sociale attiva nell'assistenza agli anziani e nell'invecchiamento attivo), un medico di famiglia specializzato in geriatria, un responsabile sociale dell'area anziani, un infermiere ADI in pensione esperto di politiche socio sanitarie, un referente di una casa di riposo e un referente volontario progetto housing.

Le domande dell'intervista (vedi Allegato, traccia per le interviste) sono state divise per quattro macroaree: l'inquadramento generale; gli ambiti di intervento; il finanziamento; le prospettive future.

Sulla base delle testimonianze raccolte, le principali evidenze empiriche emerse dall'analisi delle interviste sono state raggruppate in una serie di ambiti tematici che vengono di seguito illustrati.

6.2 LA MULTIPROBLEMATICITA' E LA TRAIETTORIA DELLA FRAGILITA'

Dalla lettura delle testimonianze l'anziano non autosufficiente di oggi non è solo colui che ha perso le funzioni motorie; è un individuo "multiproblematico" il cui corpo sopravvive più a lungo grazie ai progressi medici, ma la cui mente e rete sociale sembrano sfaldarsi precocemente. Emerge una distinzione netta tra la perdita di autonomia fisica e quella cognitiva. Come sottolinea un esperto:

"Gli utenti...sono per la maggior parte con demenza...ma abbiamo anche non autosufficienti dove la persona è lucida, perde le capacità fisiche, e lì c'è un grosso lavoro di accettazione della nuova condizione e di accompagnamento" (intervista 10 condotta il 14/04/2026).

Per un altro intervistato: *"Le cause principali dell'aumento dei casi di non autosufficienza, riguardano il rapporto inversamente proporzionale tra l'allungamento della vita media e la qualità della vita in termini di benessere e autonomia"* (intervista 1 condotta il 04/05/2026).

Tutti sono concordi nel dire che il periodo covid ha peggiorato la situazione:

"Durante la pandemia si è registrata inizialmente una diminuzione delle richieste di assistenza, dovuta alla paura del contagio. Dal 2023, invece, le domande sono aumentate in modo significativo, probabilmente per la ritrovata fiducia nelle istituzioni e per gli effetti di un lungo periodo in cui le famiglie hanno gestito in quasi totale autonomia i bisogni assistenziali degli anziani" (intervista 1 condotta il 04/5/2026).

6.3 ISOLAMENTO SOCIALE, DESTRUTTURAZIONE FAMILIARE E BARRIERE STRUTTURALI

La quasi totalità degli intervistati individua nella solitudine e nell'indebolimento dei legami sociali il fattore di maggior sofferenza per la popolazione anziana vulnerabile. La fragilità di questa rete relazionale si avverte acutamente proprio nel momento del bisogno o della perdita dell'autosufficienza.

“In pochi decenni, il sistema di solidarietà familiare che storicamente assicurava l'attivazione di percorsi assistenziali ha subito un progressivo indebolimento” (intervista 2 condotta il 02/04/2026).

Per molti anziani si tratta di un isolamento profondo e affettivo, con pesanti ripercussioni sulla salute mentale e fisica. Il peso emotivo di questa condizione è descritto dagli intervistati come un carico silenzioso ma devastante. L'anziano non autosufficiente vive il trauma della perdita del ruolo e il terrore di trasformarsi in una zavorra per i propri cari. Un testimone sottolinea come sia *“diffusa la paura di diventare un peso per i figli e per i familiari”* (intervista 1 condotta il 04/05/2026), un sentimento che si traduce spesso in ansia e depressione, alimentate da una riduzione drastica delle relazioni extra-domestiche.

È importante sottolineare come questo fenomeno prescinda dalla mera vicinanza fisica: persino nei contesti di ricovero istituzionale si osservano dinamiche di profonda solitudine, legate al progressivo abbandono da parte della rete familiare e amicale.

Questa sofferenza emotiva non colpisce solo l'anziano, il degrado della qualità della vita *“aumenta anche il carico emotivo della famiglia, favorendo richieste di istituzionalizzazione”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026). L'ingresso in struttura,

dunque, appare frequentemente non come una scelta, ma come l'esito inevitabile di un collasso del sistema di cura familiare.

Questo scenario è il risultato di diversi elementi strettamente legati tra loro. Da una parte incidono la scomposizione dei nuclei familiari, e la progressiva perdita di relazioni che si verifica con l'età; dall'altra giocano un ruolo cruciale le caratteristiche strutturali degli alloggi. Si tratta spesso di ampie case di proprietà, talvolta costruite in gioventù dagli stessi proprietari, sviluppate su più livelli e ricche di barriere architettoniche.

Un esperto evidenzia come la necessità di tutela improvvisa si accompagni spesso a una *“inadeguatezza degli alloggi”*, (intervista 8 condotta il 26/03/2026) rendendo la domiciliarità una sfida logistica quasi insuperabile senza interventi radicali di adattamento domestico.

A ciò si sommano il decentramento dei servizi e dei negozi di prima necessità, la trasformazione dei tradizionali luoghi di ritrovo, come bar e osterie, che ha ridotto le occasioni di socialità, i ritmi frenetici della quotidianità attuale e il progressivo declino della salute degli anziani.

Un testimone descrive i bar del centro *“pieni di capelli bianchi”* (intervista 2 condotta il 02/04/2026) durante il fine settimana, segno che dove il contesto lo permette e gli eventi sono organizzati, la risposta degli anziani è massiccia. Tuttavia, questa partecipazione è fragile e dipende da un'organizzazione esterna: *“non basta più lo struscio...se hai dei momenti organizzati la gente ti risponde”* (intervista 2 condotta il 02/04/2026).

Parte degli intervistati pone l'accento sulla crisi dei rapporti generazionali, sottolineando come il legame tra anziani, figli e nipoti si stia progressivamente deteriorando, i figli sono spesso *“cittadini del mondo”* (intervista 2 condotta il 02/04/2026), fisicamente distanti. Il problema non riguarda solo chi vive lontano, ma

coinvolge anche chi, pur essendo vicino, vive una distanza affettiva che nega all'anziano ogni forma di sostegno. Le testimonianze riportano casi preoccupanti di disinteresse e mancanza di cura, delineando un quadro in cui il senso del dovere verso i genitori sembra venire meno, traducendosi talvolta in un reale “*abbandono filiale*” (intervista 2 condotta il 02/04/2026).

6.4 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE E IL PARADOSSO DEL VOLONTARIATO

La progressiva perdita dell'autonomia negli spostamenti dovuta alla difficoltà nel guidare veicoli propri con l'avanzare dell'età si somma alle carenze del trasporto pubblico locale. Questo binomio riduce drasticamente la mobilità degli anziani, compromettendo non solo la loro vita sociale e relazionale, ma rendendo anche complesso il raggiungimento dei servizi essenziali sul territorio.

Tra i servizi meno visibili ma più vitali per la comunità spicca la mobilità protetta. In questo ambito, le associazioni locali, garantiscono migliaia di spostamenti all'anno. Un intervistato racconta che operano come *“taxi sociale che mette in collegamento le frazioni più esterne con il centro cittadino”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026).

L'attività delle associazioni non si limita al trasporto sanitario, ma si estende al portare gli anziani a *“circoli, orto, teatro, ginnastica, bocciolina”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026). Si tratta di un pilastro silenzioso che risponde a una necessità fondamentale: la continuità terapeutica e relazionale. Senza questo supporto, moltissimi anziani non autosufficienti rimarrebbero confinati nelle proprie abitazioni, impossibilitati a effettuare visite mediche o a mantenere i contatti con il mondo esterno.

Il volontariato, quindi, non fa solo assistenza, ma colma un vuoto logistico istituzionale, trasformando il trasporto in un'occasione di ascolto e monitoraggio attivo della fragilità.

Un esperto conferma questa visione, affermando che: *“lo spostamento è uno dei bisogni fondamentali dell'anziano...per garantire il perseguimento di progetti che favoriscano la domiciliarità...ritardando il più possibile il ricovero”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026).

Inoltre, le attività di accompagnamento sono completamente gratuite o su base rigorosamente volontaria. Le famiglie e gli anziani non devono sostenere tariffe fisse; al massimo, chi ne ha la possibilità, può contribuire con una libera offerta per coprire i costi vivi del carburante o della manutenzione dei mezzi. Una figura di riferimento racconta che *“le attività di accompagnamento sono gratuite o le persone possono donare volontariamente una cifra di rimborso per l’assistenza avuta”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026). Questa totale assenza di fini di lucro non solo abbatte le barriere economiche, garantendo il diritto alla salute anche agli anziani più indigenti, ma alleggerisce anche al contempo il bilancio economico delle famiglie.

Però questo sistema di protezione sociale si trova oggi a fare i conti con un paradosso strutturale drammatico: a fronte di un aumento esponenziale delle richieste di aiuto si registra una cronica e preoccupante carenza di nuovi volontari. Un testimone avverte che: *“i volontari sono insufficienti a rispondere a tutti i bisogni a causa dell’innalzamento pensionabile”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026), suggerendo una proposta *“entrare nelle associazioni con il versamento previdenziale negli ultimi anni di carriera”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026) cioè avere la possibilità di transitare dal lavoro attivo all’impegno sociale senza perdite previdenziali, assicurando così la rete di solidarietà che oggi sorregge la comunità di Pordenone e che non si sfaldi proprio nel momento di massima pressione demografica.

6.5 DIGITALIZZAZIONE

Gli strumenti digitali hanno sicuramente agevolato il contatto con servizi e reti sociali azzerando le distanze fisiche; tuttavia, molti anziani subiscono ancora un parziale isolamento da questa dimensione. A causa di una ridotta competenza nell'uso dei telefoni cellulari, della mancanza di computer o tablet e delle difficoltà legate alla gestione di password, PEC e SPID, si crea un divario tecnologico penalizzante. Questa barriera impedisce loro di vivere appieno la cittadinanza moderna e di arricchire i rapporti quotidiani dal vivo attraverso le nuove piattaforme online.

Inoltre, il digitale sta ridefinendo i confini dell'assistenza geriatrica nel pordenonese, ponendosi come un alleato della relazione umana e non come un suo sostituto. Tuttavia, questo nuovo modello di welfare non è ancora del tutto maturo. Un testimone racconta che i servizi di teleassistenza e tele monitoraggio, come il controllo a distanza dei parametri o gli allarmi: *“sono presenti ma non ancora diffusi in modo omogeneo”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026). Sistemi come il telemonitoraggio risentono infatti della storica frammentazione delle competenze tra istituzioni sanitarie e attori sociali, che ne frena un'applicazione omogenea.

Emblematico è il caso del telesoccorso gestito dall'Azienda Sanitaria: l'altissima richiesta, a fronte di un'offerta pubblica talvolta limitata, costringe le famiglie a rivolgersi a fornitori privati, evidenziando il bisogno di una governance più presente. Un osservatore racconta che: *“il telesoccorso è molto richiesto ma è un intervento di competenza dell'Azienda Sanitaria”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026). Non mancano però le note positive, specialmente all'interno delle strutture protette. Un professionista del territorio ha sottolineato come la possibilità di effettuare e refertare esami specialistici a distanza, *“gli ecg vengono refertati a distanza”* (intervista 10 condotta il

14/04/2026) rappresenti una svolta fondamentale per la qualità della vita degli ospiti, tutelati dallo stress dei trasferimenti in ospedale e curati direttamente nel loro ambiente di vita.

6.6 POVERTA' INVISIBILE

In base alle evidenze analizzate, la povertà non sembra configurarsi come un fenomeno diffuso tra la popolazione anziana del territorio pordenonese. Gli interventi della Caritas, ad esempio, si concentrano prevalentemente sul sostegno a nuclei familiari in età lavorativa con figli a carico, spesso di origine straniera.

Gli attori chiave avvertono però che la povertà anziana tende spesso a rimanere invisibile, traducendosi nella rinuncia forzata alle cure mediche, nel rinvio di accertamenti diagnostici a pagamento o nel mancato acquisto di medicinali.

Sul fronte dei bisogni “invisibili”, emerge prepotentemente il tema della povertà e della rinuncia alle cure, un paradosso in un territorio ad alto reddito. Un esperto lancia un allarme chiaro: *“la gente smette di curarsi, non ha soldi per le cure odontoiatriche o per gli ausili acustici...questo aumenta il rischio di non autosufficienza”*(intervista 5 condotta il 22/01/2026). È una fragilità che sfugge alle statistiche ufficiali ma che si palesa agli sportelli della Caritas o dei sindacati, dove la povertà non è solo mancanza di mezzi materiali, ma *“impossibilità di avere una vita relazionale soddisfacente”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026).

6.7 PRIVATIZZAZIONE DEL WELFARE E RISPOSTE SOLIDALI

Un elemento di interesse emerso dalle interviste riguarda la rapida espansione dei servizi sanitari e sociosanitari gestiti da attori privati, come poliambulatori e centri medici specialistici. Pordenone e i comuni limitrofi (come Roveredo in Piano e Porcia) vantano redditi pro-capite tra i più alti della regione, il che permette a molte famiglie di rifugiarsi nel mercato privato per sopperire alle carenze del sistema pubblico. Questa tendenza solleva interrogativi cruciali: se da un lato risponde alla crescente domanda di efficienza e riduzione dei tempi d'attesa, dall'altro rischia di ridefinire l'accesso alle cure, creando un divario tra chi può permettersi la sanità privata e chi dipende esclusivamente da un sistema pubblico sempre più sotto pressione. Un tecnico racconta: *“La vecchiaia e la fragilità fanno paura, ma se hai i soldi è tutta un'altra storia. Chi è ricco non deve preoccuparsi di chi si prenderà cura di lui”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026).

Inoltre, emerge una preoccupazione per il futuro: la situazione potrebbe peggiorare nel momento in cui entreranno nella terza età quelle coorti di popolazione adulta che già oggi vivono una precarietà economica strutturale, aggravata dall'impossibilità di accumulare risparmi nel corso della vita lavorativa.

“Il sistema sanitario oggi non riesce a far fronte alle esigenze di tutti...chi ha i soldi riesce ad accedere ai servizi e questo ci deve far riflettere nel fare delle assicurazioni sulla salute” (intervista 2 condotta il 02/04/2026).

Il crescente impegno sul territorio nel contrastare le disuguaglianze e promuovere una medicina vicina ai cittadini sta delineando un nuovo modello di welfare comunitario, basato sul concetto di salute solidale. L'esempio più tangibile di questa sinergia è lo Studio Medico Solidale. Questa realtà, pur essendo già attiva, necessita di un

potenziamento strutturale che la integri pienamente nella rete sociosanitaria locale, superando la logica del puro assistenzialismo. Il progetto si regge su una risorsa di grande valore sociale: l'esperienza di medici specialisti in pensione che scelgono di donare le proprie competenze in forma volontaria, *“il loro intervento fa la differenza, crea una vera e propria rete di protezione diretta a persone in situazioni di fragilità socio economica”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026) garantendo l'accesso gratuito alle cure a quei cittadini che, a causa di gravi fragilità economiche, sono di fatto esclusi persino dai canali del privato sociale.

6.8 MICROCRIMINALITA' E RETI DI PROSSIMITA'

Il quadro delle criticità si amplia se si considerano le truffe e i furti in casa che non sono solo un danno economico, ma feriscono l'anziano nella sua psicologia. I malviventi prendono di mira i più anziani perché sanno che sono più fragili e spesso soli. Quando un anziano viene truffato subisce un vero trauma; a questo si aggiunge la paura ingigantita dalla televisione e dai telegiornali. Si crea così un circuito pericoloso: per paura e per vergogna, l'anziano si chiude in casa e smette di vedere le persone. Ma isolandosi diventa ancora più debole e facile preda di altre truffe.

Per rompere questo meccanismo, i testimoni propongono un'idea concreta: le *“sentinelle di quartiere”* (intervista 2 condotta il 02/04/2026), con lo slogan *“Mi sta a cuore il mio vicino”* (intervista 2 condotta il 02/04/2026) con l'obiettivo di far rinascere il buon vicinato. Significa semplicemente tenersi d'occhio l'un l'altro, fare attenzione a chi entra nel palazzo e aiutarsi tra vicini, diventando noi stessi la prima difesa contro i truffatori.

6.9 DIFFERENZA DI GENERE NELLA GESTIONE DELLA FRAGILITA'

Le interviste hanno evidenziato come la condizione di vulnerabilità anziana presenti specifiche peculiarità di genere. Dalle testimonianze raccolte si evince che, di fronte alla perdita del coniuge o alle prime avvisaglie di fragilità, la componente femminile preserva generalmente una maggiore indipendenza. I maschi, invece, manifestano una marcata tendenza a lasciarsi andare una volta rimasti soli: la trascuratezza verso la salute, la nutrizione e l'aspetto personale si traduce, in questo target, in un declino più precoce dell'autonomia residua: *"I maschi, invece, manifestano una marcata tendenza a lasciarsi andare una volta rimasti soli"* (intervista 7 condotta il 04/03/2026).

6.10 TRAUMA DEL CAREGIVER E INDEBOLIMENTO DELLA SOLIDARIETA' FAMILIARE

Il passaggio alla non autosufficienza sposta il carico assistenziale sui familiari, innescando un doppio livello di bisogno. Da un lato, l'anziano necessita di protezione e cura; dall'altro, i figli richiedono un forte sostegno informativo ed emotivo per superare il trauma dell'evento. Dall'analisi delle interviste emerge come lo smarrimento e la confusione dei caregiver familiari siano oggi accentuati da una diffusa impreparazione culturale della società nei confronti dell'invecchiamento.

Un tecnico confida: *"aumenta anche il carico emotivo della famiglia spesso accompagnato da un senso di abbandono e disorientamento. Non dimentichiamo poi che i familiari, lavorando, faticano a coprire il crescente carico assistenziale richiesto dal congiunto"* (intervista 10 condotta il 14/04/2026).

“In pochi decenni, il sistema di solidarietà familiare che storicamente assicurava l’attivazione di percorsi assistenziali ha subito un progressivo indebolimento” (intervista 1 condotta il 04/05/2026).

6.11 DETERIORAMENTO COGNITIVO E LE SFIDE DEL TERZO SETTORE

Tra le criticità più urgenti segnalate dagli intervistati emergono i bisogni legati al progressivo aumento delle demenze. Le limitazioni quotidiane causate da patologie come l’Alzheimer generano un ampio ventaglio di necessità che gravano sia sul paziente, sia sull’intero nucleo familiare. Poiché l’intensità di tali bisogni evolve con l’aggravarsi del quadro clinico, gli operatori sottolineano l’importanza di intercettare la malattia fin dalle prime fasi, così da rallentarne il decorso e mitigarne i sintomi.

A questo proposito, uno specialista del settore evidenzia:

“Individuare il deficit cognitivo nelle sue fasi iniziali è una priorità assoluta” (intervista 7 condotta il 04/03/2026).

Intervenire all’esordio significa non solo garantire dignità alla persona, ma anche alleggerire l’impatto emotivo ed economico che una gestione tardiva riversa inevitabilmente sui caregiver e sulle strutture sanitarie. Lo stesso professionista suggerisce infatti che: *“Questa patologia impone una riflessione profonda perché le sue implicazioni vanno ben oltre l’aspetto clinico, toccando nodi sociali ed economici molto delicati”* (intervista 7 condotta il 04/03/2026).

Per i nuclei familiari è fondamentale conoscere i progetti territoriali dedicati alla terza età e comprendere il valore degli stimoli extra-domestici.

Una vita di relazione attiva, infatti, allevia il carico assistenziale dei caregiver e migliora la qualità della vita dell’anziano.

Questo equilibrio diventa particolarmente delicato nella coabitazione. Se da un lato la costante presenza dei familiari garantisce sicurezza e vigilanza, dall'altro può trasformarsi in un'arma a doppio taglio: il rischio è che l'anziano si isoli e che un'attenzione eccessiva, per quanto mossa dall'affetto, si sostituisca a lui in ogni minima attività, impigrendone le abilità e accelerando la perdita di indipendenza.

In questo scenario, il contributo del Terzo Settore si rivela determinante per tradurre in pratica il paradigma dell'invecchiamento attivo. Centri diurni, eventi ricreativi e progetti di volontariato intergenerazionale agiscono come veri e propri strumenti di prevenzione primaria e secondaria, aiutando l'anziano a mantenere vive le proprie autonomie e a rallentare il decadimento cognitivo. Inoltre, la capillarità delle associazioni colma spesso quel vuoto informativo e assistenziale che le istituzioni pubbliche, da sole, non riescono a coprire. Un operatore racconta: *“Ci sono attività di ogni genere: l'università della terza età, i gruppi di cammino, i corsi di ballo, gli scacchi...e chi più ne ha, più ne metta!”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026).

Accanto al privato sociale, un ruolo cardine è rivestito dalle politiche pubbliche promosse dagli enti locali. Interventi come le *“Palestre della Memoria”* (intervista 1 condotta il 04/05/2026) o la *“Carta d'Argento”* (intervista 1 condotta il 04/05/2026) non sono semplici passatempi, ma veri e propri dispositivi di sanità pubblica dedicati alla prevenzione.

Nonostante la ricchezza delle iniziative, la ricerca sul campo fa emergere alcune precise carenze strutturali:

- I centri sociali e diurni attivi sul territorio non riescono a coprire interamente il volume della domanda.

- Nasce l'esigenza di ridefinire le regole di ingresso per includere anche la coorte degli anziani più giovani.
- Sul fronte delle demenze e delle patologie complesse che richiedono una forte integrazione sociosanitaria è urgente riattivare un servizio ambulatoriale dedicato, supportato dalla presenza costante di un neurologo.

6.12 DIFFICOLTA' NELL'ASSUNZIONE DI FARMACI

Un ulteriore elemento di rilievo emerso dalle interviste riguarda la gestione della terapia farmacologica. La quasi totalità della popolazione anziana assume quotidianamente uno o più medicinali, riscontrando tuttavia significative criticità nel rispettare la corretta aderenza terapeutica e le modalità di assunzione prescritte.

“Ultimamente è emerso un nuovo e chiaro bisogno assistenziale: la preparazione della terapia personalizzata sconfezionare i farmaci per riorganizzarli in dosi singole pronte all'uso, raggruppate per orario di somministrazione” (intervista 9 condotta il 29/04/2026).

6.13 CRISI DEGLI ORGANICI E MODELLO DI RECLUTAMENTO

Il sistema sociosanitario pordenonese, storicamente considerato un'eccellenza, si trova oggi in forte affanno di fronte alle sfide dell'andamento demografico: l'aumento dell'età anagrafica della popolazione genera infatti una domanda di assistenza sempre più complessa e numericamente schiacciante. In questo contesto, il personale in prima linea rappresenta l'unico argine concreto contro la solitudine e il decadimento degli assistiti.

L'architettura istituzionale dell'Ambito poggia su una struttura definita, caratterizzata dalla *“presenza di 22 operatori attivi nei sei Comuni”* (intervista 1 condotta il

04/05/2026), dal supporto del SAD e dall'apporto sussidiario delle sentinelle di quartiere. Eppure, questa rete non sembra bastare: chi coordina i servizi sul campo, infatti percepisce un equilibrio costantemente precario tra le risorse disponibili e i bisogni crescenti. Un professionista definisce la dotazione organica limitata rispetto ai bisogni, specificando come questa pressione incida direttamente sulla tempestività e sulla sostanza delle risposte *“Il livello medio di assistenza è buono, ma la pressione della domanda fa sì che non sempre riusciamo a garantire tempi e intensità pienamente adeguati.”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026).

Questa tensione si acuisce drammaticamente nelle strutture residenziali, ormai trasformate in presidi sanitari avanzati ad alta complessità clinica. Come descritto da un osservatore, la quasi totalità dei posti disponibili (112 su 113) è saturata da anziani non autosufficienti con *“bisogni alti, cronici, di elevata necessità socio-assistenziale ma anche sanitaria”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026). Si tratta di soggetti con quadri clinici estremamente compromessi e comorbidità importanti che, *“difficilmente possono essere gestite al domicilio”*, (intervista 10 condotta il 14/04/026) rendendo il ricovero in struttura il canale di accesso conclusivo.

Per rispondere a questa transizione epidemiologica, l'approccio si è evoluto in chiave multidisciplinare attraverso i Piani Assistenziali Individuali (PAI), che integrano valutazioni cognitive, riabilitative e nutrizionali. Tuttavia, la consapevolezza che *“il rapporto uno ad uno non è fattibile”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026) impone una riorganizzazione strategica dei servizi, orientata verso la creazione di nuclei di degenza omogenei per patologia.

Di fronte alla drammatica carenza di organico evidenziata da più voci, gli intervistati suggeriscono una strategia per superare la crisi:

- Investire su università, corsi OSS comunali e regionali e percorsi promossi dalle associazioni per intercettare nuovi candidati.
- Trasformare le esperienze presso le strutture sociosanitarie in reali opportunità di orientamento e crescita professionale.
- Abbandonare le deroghe contrattuali e l'impiego di personale non specializzato che, in alcuni casi, costringe le strutture a *“guardare anche all'estero”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026).
- Ridare dignità al lavoro con l'anziano, trasformandolo nuovamente in una vocazione professionale riconosciuta e adeguatamente retribuita.

Un esempio virtuoso e di grande interesse, che merita di essere analizzato, proviene dall'esperienza di una struttura privata accreditata del vicino Veneto. Per fare fronte alla cronica carenza di personale, l'ente ha implementato una strategia di reclutamento internazionale lungimirante e strutturata: ha avviato direttamente in India dei percorsi formativi mirati, focalizzati sia sull'apprendimento della lingua italiana sia sulle competenze sanitarie specifiche richieste dal nostro sistema. Una volta completata la formazione, la struttura ha supportato il trasferimento di questi professionisti in Italia, agevolandone l'inserimento attraverso la copertura iniziale delle spese di vitto e alloggio. Questo approccio non rappresenta soltanto una risposta efficace all'emergenza organici, ma si configura come un modello di migrazione circolare e assistita. Investire nella formazione in loco e garantire un pacchetto di accoglienza iniziale dignitoso permette infatti di superare lo scoglio della burocrazia e della barriera linguistica, trasformando il reclutamento estero in un percorso di reale integrazione professionale e sociale, a tutela sia del lavoratore sia della qualità delle cure erogate agli anziani.

“Trovo estremamente interessante l’iniziativa portata avanti da una struttura privata accreditata nel vicino Veneto... sono andati direttamente in India e hanno organizzato dei veri e propri corsi per insegnare l’italiano e i nostri protocolli” (intervista 9 condotta il 29/04/2026).

Le interviste evidenziano una diffusa preoccupazione per la carenza di Medici di Medicina Generale, il cui sovraccarico assistenziale limita la capacità di risposta sul territorio. In particolare, si rileva una diminuzione delle visite a domicilio, motivata da fattori temporali o da strategie operative dei singoli MMG. Questo vuoto assistenziale, non colmato dalle guardie mediche, contribuisce a spiegare l’aumento degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso. Una figura di riferimento riporta:

“Gli anziani ci raccontano che rispetto al passato, il medico a casa non si vede quasi più...e sono costretti a recarsi al Pronto Soccorso” (intervista 6 condotta il 27/02/2026).

Una analoga scarsità di risorse colpisce il comparto infermieristico e riabilitativo domiciliare. Per fronteggiare la carenza di risposte pubbliche, si sviluppa un welfare informale: operatori in pensione o cittadini con competenze minime garantiscono piccoli interventi domiciliari, fornendo una risposta sussidiaria e difficilmente quantificabile ai bisogni primari della popolazione anziana. Lo stesso osservatore riferisce: *“C’è una rete sommersa di pensionati o cittadini volenterosi che entra nelle case degli anziani per fare piccoli interventi”*(intervista 6 condotta il 27/02/2026).

6.14 CARENZA DI FIGURE RELIGIOSE

Dall'analisi emerge come oltre al deficit di personale medico e paramedico si accompagni, parallelamente, una contrazione delle figure religiose sul territorio; l'invecchiamento di queste ultime ha comportato una significativa riduzione delle visite a domicilio, privando gli anziani di un importante presidio contro l'isolamento sociale e psicologico. Tale vuoto relazionale emerge con forza soprattutto nella gestione del lutto, dove si ha più bisogno di ascolto e conforto. La necessità di mantenere un legame con i familiari scomparsi si traduce, inoltre, in precise istanze di mobilità (es. recarsi al cimitero o alle funzioni religiose) che l'anziano fragile non è più in grado di autogestire, richiedendo l'attivazione di reti assistenziali sussidiarie.

A Pordenone e provincia, molte realtà del Terzo Settore si muovono attivamente per colmare il vuoto relazionale che spesso circonda gli anziani soli. Tra le iniziative spiccano la banca del tempo o le telefonate solidali nate durante il COVID, *“in quel periodo in cui eravamo tutti bloccati in casa e non ci si poteva spostare”*, (intervista 6 condotta il 27/02/2026) un servizio di ascolto che va ben oltre la semplice telefonata di cortesia: si tratta di un presidio quotidiano contro la solitudine poiché il mantenimento di *“una voce amica”*, (intervista 6 condotta il 27/02/2026) capace di funzionare come un sensore relazionale sul territorio, non solo migliora la qualità della vita dell'assistito, ma alleggerisce il carico emotivo delle famiglie, dimostrando come la solidarietà comunitaria possa trasformarsi in una vera e propria risorsa di salute pubblica.

Un altro aspetto cruciale evidenziato è la ricaduta positiva che queste iniziative offrono ai servizi sociosanitari territoriali *“Grazie ai nostri interventi riusciamo a dare un feedback alle istituzioni...una segnalazione partita da un volontario del Telefono Amico può attivare tempestivamente un assistente sociale o un medico di base”* (intervista 6

condotta il 27/02/2026). Spesso, la burocrazia o la rigidità dei canali istituzionali impediscono di cogliere le prime avvisaglie del disagio, che rimane così invisibile. Le associazioni locali, grazie alla loro flessibilità, riescono ad arrivare dove il pubblico si ferma e moltiplicare le risorse e gli strumenti a disposizione.

6.15 BISOGNI DI SOCIALIZZAZIONE E INVECCHIAMENTO ATTIVO

La ricerca mette in luce un dato fondamentale: il bisogno di stare insieme e di socializzare non è un semplice passatempo, ma un'esigenza vitale che attraversa l'intera filiera della cura, coinvolgendo gli anziani che godono ancora di autonomia, quelli che l'hanno persa e i loro caregiver familiari, i quali spesso vivono un isolamento drammatico a causa del carico assistenziale. Trascurare questa dimensione relazionale significa compromettere seriamente la qualità della vita delle persone, poiché la solitudine agisce come un vero e proprio acceleratore del decadimento cognitivo e della depressione.

Parallelamente, si sta diffondendo una nuova visione dell'invecchiamento attivo che punta tutto su strategie capaci di rallentare i processi di invecchiamento biologico e mentale, cercando un benessere psicofisico globale. Questa attenzione non si limita più soltanto a chi sta bene, ma si estende alle fasi di pre-fragilità ovvero quando compaiono i primissimi segnali di cedimento fisico o di memoria e ai percorsi di riabilitazione. Per questo motivo, la richiesta di infrastrutture dedicate, come parchi urbani attrezzati e programmi motori o cognitivi guidati da professionisti, diventa un'esigenza urgente come sottolinea un esperto: *“La nostra associazione fa sempre il pieno per tutti i corsi di ginnastica, lo yoga, le camminate al parco e le cure termali”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026). Questi interventi rappresentano una forma cruciale di

prevenzione che frena il peggioramento delle patologie, riducendo a lungo termine i costi della sanità pubblica e garantendo dignità alla terza età. Le associazioni rivendicano un ruolo di *“soggetti attivi nell’attenzione al benessere della persona”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026).

Il fenomeno dell’invecchiamento non è omogeneo e risente fortemente del contesto di vita. Come evidenziato da un intervistato, esistono profonde disuguaglianze territoriali nella perdita dell’autonomia, tanto che *“ci sono zone d’Italia dove si diventa anziani a 54 anni e altre dove lo si diventa a 68”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026). Questo divario di ben 14 anni dimostra che l’anzianità non è un dato meramente cronologico; di conseguenza, l’obiettivo strategico dei servizi deve essere quello di comprimere la morbilità, posticipando il più possibile l’esordio della non autosufficienza.

Tra le molteplici opportunità previste dalle politiche per la non autosufficienza offerte dall’Ambito si colloca lo sviluppo di iniziative divulgative e interventi formativi mirati, volti a sostenere l’autonomia residua e la socialità degli anziani. Questi interventi sono rivolti oltre che agli anziani anche ai loro familiari (caregiver) per fornire loro gli strumenti psicologici e pratici per gestire la quotidianità senza andare in burnout.

6.16 FRAMMENTARIETA’ ISTITUZIONALE E GOVERNANCE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

Dall’analisi delle interviste emerge un sistema socioassistenziale colto in una fase di transizione critica, in cui l’integrazione tra i Comuni e l’Azienda Sanitaria non rappresenta semplicemente una sfida amministrativa, ma richiede un profondo mutamento di paradigma culturale e professionale. Se da un lato le istituzioni dichiarano una cooperazione in crescita, dall’altro gli operatori sul campo e gli osservatori

privilegiati rilevano barriere strutturali che continuano a frammentare la continuità della cura.

Per superare questa parcellizzazione dei servizi territoriali, tutti gli attori della ricerca concordano sull'urgenza di implementare nuove strategie di governance. Si sollecita, in particolare, l'attivazione di reti di coordinamento stabili capaci di connettere in modo sinergico la rete formale (composta da operatori sociali, sanitari e Medici di Medicina Generale) con quella informale (caregiver e realtà del Terzo Settore). La finalità sottesa è la strutturazione di un sistema realmente integrato, in grado di accompagnare l'utente in modo "fluidico" lungo l'intero asse della fragilità: dalle prime risposte domiciliari fino alla lungodegenza o alla residenzialità protetta.

La presenza di così tanti servizi diversi sul territorio rende indispensabile un dialogo costante tra gli operatori, che devono scambiarsi informazioni sia all'interno dei propri uffici, sia con le altre associazioni. A questa migliore organizzazione interna, bisogna poi unire un forte impegno per rendere le informazioni chiare e facilmente accessibili ai cittadini. Gli intervistati sottolineano come una comunicazione preventiva, tempestiva e trasparente sull'offerta esistente costituisca il prerequisito essenziale per orientare correttamente la domanda delle famiglie, permettendo così di superare quelle barriere e quei vuoti di conoscenza che oggi pesano drammaticamente sul territorio.

Uno degli ostacoli più profondi, risiede nella diversa lente con cui il bisogno viene letto. Infatti, si identifica nelle *"diverse letture dei bisogni, legate alle specificità professionali del settore sanitario e di quello sociale"* (intervista 1 condotta il 04/05/2026) la radice delle criticità. Questo significa che, mentre il sistema sanitario tende a focalizzarsi sulla patologia e sulla prestazione clinica, il settore sociale guarda alla persona nel suo contesto di vita.

Per superare questa dicotomia, il territorio pordenonese punta sulle UVD (Unità di Valutazione Distrettuale), che hanno la funzione di *“superare la diversità di approccio attraverso un lavoro congiunto in chiave collaborativa”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026). Tuttavia, il passaggio da una collaborazione episodica a un’integrazione strutturale resta complesso a causa dei *“tempi dei passaggi amministrativi tra enti diversi”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026), che spesso rallentano la risposta al cittadino.

Nonostante gli sforzi, la percezione di un sistema che procede per binari paralleli rimane forte. Un tecnico è molto diretto nel denunciare che *“servizi sociali e sistema sanitario lavorano ancora troppo per compartimenti stagni”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026). Questa separazione è definita come un problema strutturale: *“Il sistema è ancora costruito per rispondere a bisogni separati, mentre oggi i bisogni sono integrati”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026).

Sebbene sulla carta esistano equipe multiprofessionali, la realtà operativa svela criticità strutturali, specialmente nel raccordo tra il sociale e il sanitario. Uno degli intervistati usando il condizionale afferma che *“sono presenti equipe multi professionali...che dovrebbero costruire un PAI (piano assistenziale individuale) e che rivalutino periodicamente la situazione”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026). Lo stesso descrive un modello di cura dove esiste un *“case manager (spesso infermiere) che coordina i diversi interventi in base agli obiettivi concordati con famiglia e Medico di Medicina Generale”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026) in modo da attuare una strategia unitaria di cura.

La frammentazione è evidente anche nelle strutture residenziali, dove la presenza di molteplici medici di base per i singoli pazienti parcellizza gli interventi, rendendo

complessa la gestione ordinaria della struttura. Un testimone racconta *“ogni anziano ha un suo medico di riferimento territoriale...rendendo difficoltosa la gestione con trenta medici di base che accedono alla struttura...tuttavia arrivano al bisogno però non hanno una presenza assidua”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026).

Come suggerito dagli intervistati una sfida per il futuro è quella di riconoscere l’anziano come un cittadino con dei diritti integrati, riducendo l’ansia di non riuscire a badare a sé stessi *“attraverso una rete che sia un unico organismo comunicante”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026). Per superare la frammentazione attuale, è necessario adottare un modello organizzativo di tipo *“orchestrale”*. In questa prospettiva, la multidisciplinarietà non deve tradursi in interventi isolati, bensì in un’azione corale dove le singole competenze professionali si integrano sinergicamente per dare vita a un percorso di cura unitario e condiviso: *“Dovremmo essere come un’orchestra: ognuno suona il proprio strumento, ma con l’obiettivo di produrre un’unica melodia”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026).

Per armonizzare questa complessa rete territoriale e tradurre nei fatti il principio dell’integrazione sociosanitaria, emerge la proposta di una figura professionale: il *“Manager della Terza Età”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026). Questo profilo multidisciplinare dovrebbe superare la frammentazione tra l’asse clinico e quello assistenziale, agendo contemporaneamente come un regista dei servizi, pianificatore della sostenibilità economica e progettista di soluzioni abitative e di contesto.

L’introduzione di questa figura risponde alla necessità, di perseguire la massima integrazione del sistema, supportata dall’innovazione tecnologica e dalla telemedicina come strumenti di raccordo tra il domicilio e i presidi sanitari. Tuttavia, l’analisi dei dati qualitativi fa emergere alcune perplessità sistemiche: il timore diffuso è che questo

profilo possa tradursi nell'ennesimo filtro amministrativo, col rischio di *“creare una ulteriore figura burocratica nella catena decisionale”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026) e appesantire un percorso di accesso ai servizi che le famiglie sperimentano già come profondamente faticoso.

6.17 IL SUPPORTO AL CAREGIVER FAMILIARE E L'INTERCETTAZIONE DEI BISOGNI SILENTI

L'analisi del sistema di welfare pordenonese rivela che la tenuta complessiva dei servizi non dipende esclusivamente dalla capacità ricettiva ospedaliera o residenziale, ma si regge sulla resilienza psicofisica di una rete invisibile di caregiver familiari e assistenti domiciliari. In questa prospettiva, il supporto a chi cura non è più configurabile come un atto di assistenza accessoria, bensì come il pilastro fondamentale e la condizione necessaria alla sopravvivenza stessa dell'intero impianto sociosanitario. L'equilibrio del modello è infatti globale, poiché, come osservato da un intervistato: *“quando il caregiver cede, cede tutto il sistema”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026).

Il burnout si configura come un rischio trasversale, capace di colpire indistintamente il familiare, l'operatore professionale e l'assistente familiare. Uno intervistato definisce questa condizione di saturazione emotiva e fisica come la *“fatica di aiutare”*, (intervista 8 condotta il 26/03/2026) un corto circuito che insorge quando le richieste assistenziali e di accudimento quotidiano eccedono le risorse psicologiche disponibili.

Per arginare questo fenomeno, l'amministrazione e il distretto hanno strutturato strategie diversificate incentrate sul cosiddetto *“Format Sollievo”* (intervista 1 condotta il 04/05/2026), ovvero l'accoglienza temporanea dell'anziano in strutture residenziali (si tratta di quattro posti letto presenti in una casa di riposo comunale) con il fine di

mitigare il forte stress psicofisico e l'affaticamento dei caregiver familiari sottoposti a un carico assistenziale intenso e prolungato.

“Posti a disposizione per un massimo di 30 giorni...per dare supporto ai caregiver e respiro alle famiglie impegnate nell'assistenza di fronte a criticità temporanee” (intervista 1 condotta il 04/05/2026). Inoltre, sono stati attivati sportelli informativi, consulenze psicologiche, gruppi di auto-mutuo aiuto e percorsi formativi sulla movimentazione dell'assistito per prevenire infortuni fisici. Una voce autorevole sottolinea come tali misure mirino a valorizzare la scelta domiciliare, riconoscendo il fatto che le famiglie: *“auto producono cura, facendosi carico dei propri cari”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026) e agendo come una risorsa cruciale che alleggerisce la pressione sui presidi pubblici.

Un nodo critico e fortemente contraddittorio della narrazione territoriale riguarda la figura delle assistenti familiari (badanti), le quali spesso sostituiscono di fatto l'istituzione nel lavoro di cura diretta e compagnia. La gestione di questo comparto evidenzia una profonda tensione economica e sociale. Se da un lato un testimone pone l'accento sulla necessità di *“far emergere il lavoro sommerso delle assistenti familiari”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026), dall'altro l'onere economico di una badante regolarmente contrattualizzata è stimato in circa 2000 euro al mese rappresenta per molti nuclei una spesa insostenibile, spesso non compensata dall'assegno di accompagnamento o dai contributi regionali.

Dalle interviste è emerso che le assistenti familiari provenienti in gran parte dall'Est europeo, e talvolta esse stesse in età avanzata, si trovino a gestire casi di altissima complessità clinica senza alcuna preparazione specifica. Le evidenze empiriche sottolineano il bisogno di una formazione continua ed evoluta per l'intera rete

assistenziale (familiari, badanti, amministratori di sostegno). Questo intervento deve guardare con decisione all'innovazione tecnologica, trasferendo competenze digitali capaci di snellire i processi di cura e qualificare l'assistenza quotidiana. Una figura di riferimento avverte che l'assenza di verifiche rischia di trasformare questo bisogno primario in un *“business privato”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026) privo di garanzie qualitative. Le proposte si orientano verso una maggiore detraibilità dei costi, l'uso di strumenti contrattuali protetti (come la Cassa Colf) e la promozione di una formazione gratuita mirata a superare le barriere linguistiche e tecniche.

Nonostante la volontà politica di sostenere la domiciliarità attraverso l'erogazione di contributi specifici da 300 euro mensili per i caregiver emerge un netto dissenso tra la programmazione istituzionale e i reali bisogni della cittadinanza. Lo stesso intervistato denuncia una situazione drammatica legata alla limitata capienza dei fondi: *“Su 100 domande solo 17 sono state accolte...è una disperazione, la gente si deve arrabbiare...non bisogna dare soldi, bisogna dare servizi”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026).

La semplice erogazione del contributo economico, seppur rilevante, si dimostra insufficiente a risolvere la solitudine o la complessità della gestione quotidiana se non inserita all'interno di una rete strutturata di interventi.

Il benessere del caregiver deve essere inteso come il risultato di un'integrazione sinergica tra contributi economici, supporti tecnici e inclusione relazionale. A queste condizioni la scelta di assistere un familiare tra le mura domestiche potrebbe configurarsi come una scelta di equità e dignità, e non come un obbligo forzato dalla carenza di alternative.

In tale contesto, gli uffici sociali e i servizi territoriali come lo sportello “*Si.Con.Te*” (Sistema di Conciliazione Integrato) (intervista 8 condotta il 26/03/2026) diventano punti di riferimento fondamentali per i cittadini. Il loro compito è fare chiarezza nel settore del lavoro domestico privato, aiutando le famiglie a orientarsi nella scelta delle assistenti familiari (badanti e colf) e fornendo informazioni precise sugli aspetti legali, come la gestione dei contratti e l'utilizzo dei libretti famiglia.

6.18 AUTO-ESCLUSIONE E DISINFORMAZIONE SUI SERVIZI

Secondo diversi intervistati, uno dei principali fattori che ostacolano l'emersione del bisogno è di matrice culturale: sussiste infatti la tendenza a occultare il più a lungo possibile le patologie o le condizioni di fragilità proprie e dei conviventi. A questo atteggiamento si unisce una radicata cultura dell'autosufficienza, improntata sulla gestione autonoma delle criticità all'interno del nucleo familiare e sulla ritrosia a chiedere aiuto all'esterno. Tale dinamica è ulteriormente aggravata da un deficit informativo: i cittadini mostrano una scarsa conoscenza dei propri diritti e dei livelli essenziali delle prestazioni (sia sanitari, LEA, sia sociali, LEPS). Di conseguenza, una quota significativa di anziani e di caregiver non è in grado di valutare se le proprie necessità configurino un bisogno legittimo e socialmente riconoscibile dal sistema dei servizi territoriali, ignorando come tali istanze rappresentino, in molti casi, veri e propri diritti esigibili.

La scarsa informazione dei cittadini sui servizi sociosanitari genera spesso domande inappropriate, disperdendo le richieste tra uffici non competenti; molte famiglie, infatti, vivono in uno stato di vero e proprio “analfabetismo” assistenziale finché l'emergenza non bussa alla porta. In questo contesto, un intervistato chiarisce che la funzione

primaria del sistema risiede proprio nell'orientamento: *“La prima risposta offerta a tutti è una consulenza orientativa...per individuare l'assistenza più adeguata e collegare tutte le risorse disponibili”* (intervista 1 condotta il 04/05/2026). Questo supporto è essenziale poiché, come sottolinea un professionista, molti cittadini *“non sanno quali sono i propri diritti esigibili”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026), rischiando di restare esclusi dalle reti di cure palliative, domiciliari o specialistiche.

Per evitare che l'anziano si perda nel passaggio tra ospedale e territorio, il centro nevralgico del sistema è rappresentato dal PUA (Punto Unico di Accesso). Qui, come evidenziato dall'intervistato, gli infermieri *“prendono le prime informazioni e attivano tutti gli attori necessari”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026), strutturando un piano multidisciplinare che garantisce che il rientro a domicilio e non si traduca in una forma di abbandono. L'obiettivo di fondo è trasformare il momento del bisogno in una presa in carico globale che sia, citando la visione dei servizi sociali, un *“vestito su misura”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026) per la fase di vita che la persona sta attraversando.

Questo deficit di orientamento iniziale si inserisce, tuttavia, in un sistema di cura domiciliare già fortemente sollecitato e sottofinanziato. Da un lato, la medicina generale non riesce più a esercitare una funzione di filtro efficace, mentre l'assistenza domiciliare pubblica sconta la grave carenza di infermieri e fisioterapisti. Dall'altro, il settore privato soffre la precarietà del lavoro di cura, segnato da un elevato turnover e dalle competenze limitate delle assistenti familiari; lo stesso programma regionale “Si.Con.Te”, inoltre, registra scarsi successi gestionali.

Anche le misure di supporto economico e assistenziale mostrano forti criticità: i contributi come il FAP attenuano ma non azzerano il carico finanziario sulle famiglie, mentre il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) sconta una deriva prestazionale

basata sulla rigida quantificazione del tempo d'intervento. Infine, anche l'assistenza tecnologica nel territorio viene descritta come un potenziale non ancora pienamente espresso. Se da un lato esistono strumenti salvavita consolidati, dall'altro manca una capillarità omogenea. Un intervistato rileva, infatti, che i servizi di teleassistenza e telemonitoraggio, come il controllo a distanza dei parametri o gli allarmi, *“sono presenti ma non ancora diffusi in modo omogeneo”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026).

6.19 CONFLITTUALITA' CON I CAREGIVER

Dalle interviste emerge come la presa in carico domiciliare dell'anziano fragile presenti notevoli criticità sul piano relazionale e identitario. L'introduzione di un caregiver nel contesto abitativo viene frequentemente vissuta come una limitazione della libertà di scelta individuale, alterando l'equilibrio della vita quotidiana. *“Portare un assistente a casa di un anziano rompe l'equilibrio delicatissimo, la badante o il familiare non devono fare tutto al posto dell'anziano per fare prima”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026). Questo supporto continuo esaspera la consapevolezza del proprio deterioramento fisico e cognitivo. Sulla base di tali evidenze, gli operatori riscontrano la necessità di modulare l'assistenza in ottica riabilitativa e non meramente sostitutiva, al fine di valorizzare le funzioni residue dell'utente. Va infine considerata la complessa dinamica psicologica che si attiva nei contesti di cura familiare, dove l'anziano tende a percepirsi come un carico assistenziale ed economico per i propri cari; un simile vissuto mina profondamente l'autostima del soggetto, costituendo un forte fattore di rischio per lo sviluppo di stati depressivi.

6.20 CASE DI RIPOSO E LISTE DI ATTESA

Un tema cruciale emerso dalle interviste è la necessità di scardinare l'immagine della casa di riposo intesa come parcheggio o luogo di abbandono. Come evidenziato nel corso di una intervista, il successo della presa in carico dipende dalla capacità dei professionisti di costruire un ponte di fiducia con i familiari, trasformando l'ingresso in struttura in un percorso consapevole: *“Accogliere persone che hanno trovato precedentemente fiducia rispetto ai servizi è mezzo lavoro fatto per scardinare quelle idee negative e malsane sulle case di riposo”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026). L'obiettivo è ridefinire la struttura come un *“luogo di comunità, servizi e relazioni, una struttura aperta dove l'anziano non sia un soprammobile”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026), ma una persona che continua a partecipare alla vita cittadina, frequentando il mercato e ricevendo al contempo cure impossibili da garantire a domicilio.

Pertanto, se da un lato, la casa di riposo si è trasformata in un presidio sanitario complesso, dove lo staff multidisciplinare opera attraverso valutazioni cognitive, riabilitative e nutrizionali, dall'altro, l'impossibilità di garantire un rapporto uno a uno a causa della scarsità di personale specie nella gestione dei disturbi del comportamento legati alle demenze, costringe a un'organizzazione per nuclei omogenei. A questa rigidità strutturale si sommano dati territoriali impietosi sulla copertura dei bisogni: lo stesso intervistato evidenzia che, se l'assistenza domiciliare intercetta una buona fetta di utenza, sul fronte residenziale *“solo il 16% delle richieste delle non autosufficienze sopra i 75 anni ha risposta”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026).

Il quadro è ulteriormente aggravato da un divario economico insostenibile tra i costi di gestione e la capacità di spesa delle famiglie. Gli oneri operativi e i controlli introdotti nel post-Covid hanno fatto lievitare i costi del servizio senza un parallelo aumento delle

entrate: *“Da un lato sono aumentati i costi ma non i ricavi...con aumento delle rette e difficoltà per le famiglie...non avendo budget i servizi si riducono”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026).

A peggiorare le cose c'è una forte spinta verso il privato, che preoccupa molto chi lavora sul campo. Un testimone, infatti, avverte chiaramente sui rischi di questa privatizzazione estrema: *“Una volta l'unica risposta ai bisogni era la casa di riposo pubblica. Oggi invece anche lì si è privatizzato tutto: il risultato è che il primo obiettivo è diventato produrre profitto, non fare assistenza”* (intervista 5 del 22/01/2026). La gravità della situazione è confermata dalla rappresentanza sul territorio, che quantifica i costi per i nuclei familiari in *“circa 2000 euro mensili”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026), a fronte di liste d'attesa talmente lunghe che le persone in coda sono spesso *“tante quante i posti disponibili”* (intervista 9 condotta il 29/04/2026). In questo scenario, uno degli intervistati ha segnalato il rischio di dissesto economico per le famiglie e chiede *“tariffe regolate in base all'ISEE”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026), evitando così che la residenzialità si trasformi in un privilegio per pochi. Inoltre, secondo un professionista, una sfida del futuro è ripensare l'architettura della cura: attraverso la tecnologia e la riorganizzazione degli spazi, i servizi devono diventare più simili a case e meno a ospedali: *“Gli architetti devono pensare di rivoluzionare le case di riposo le immagino piccole case di quartiere...occorre la capacità di dare più risposte, più forme organizzative per permettere a tutti a seconda del bisogno di avere delle risposte adeguate e dignitose”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026) e personalizzando la cura proponendo di inserire *“camere matrimoniali perché le emozioni vanno vissute a qualsiasi età”* (intervista 4 condotta il 20/02/2026).

6.21 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Di recente, lo sportello dell'Amministratore di Sostegno ha registrato un forte aumento e una maggiore varietà delle domande di aiuto. Molte di queste richieste, tuttavia, risultano improprie rispetto alle reali competenze del servizio: per gli intervistati, questo fenomeno è il sintomo evidente di un bisogno sociale profondo che non trova risposte negli altri uffici del territorio. Secondo un intervistato l'amministratore di sostegno *"E' un buon padre di famiglia che aiuta una persona fragile...non sono solo compiti di gestione patrimoniale ma anche compiti di assistenza e ordinamento dei servizi"* (intervista 8 condotta il 26/03/2026). Tale figura coordina i servizi e assicura che le volontà dell'assistito siano rispettate, fungendo da garante legale e umano affinché i fondi e i servizi attivati si traducano in una reale ed efficace presa in carico della persona fragile.

6.22 CASI SOCIALI

Di particolare gravità appaiono le testimonianze relative a episodi di mancato ascolto e a segnalazioni rimaste inevase da parte della rete dei servizi. Vengono segnalate situazioni di grave marginalità e solitudine, riconducibili primariamente a un deficit strutturale nella capacità di intercettare precocemente il bisogno. *"Noi sul territorio vediamo le situazioni degenerare"* (intervista 6 condotta il 27/02/2026). A questa carenza si sommano ritardi o inadeguatezze nella formulazione delle diagnosi, specialmente nell'ambito delle demenze; la mancanza di tempestività clinica preclude la possibilità di riconoscere la patologia nella sua fase d'esordio e di strutturare una risposta assistenziale tempestiva. Ciò determina la cronicizzazione delle domande, le quali, giungendo ai servizi in una fase già avanzata, esigono prestazioni ad alta intensità

assistenziale, nettamente diverse e più onerose rispetto agli interventi preventivi o di supporto attivabili nelle fasi iniziali. Da questo quadro emerge un ulteriore e profondo bisogno latente, sintetizzato da uno degli intervistati *“imparare a farsi aiutare”* (intervista 6 condotta il 27/02/2026).

6.23 ABITARE SOCIALE

Una sfida della transizione assistenziale nel territorio pordenonese è rappresentata dall'abitare condiviso.

Come sottolineato nel corso delle interviste, l'obiettivo si traduce in un'offerta differenziata che supera la logica istituzionale per abbracciare formule quali il Senior Cohousing in contesti a protezione leggera, le case-famiglia e le case albergo. Questa visione è supportata da una cornice normativa regionale che permette a piccoli gruppi di anziani (fino a cinque soggetti) di aggregarsi in progetti comuni assistiti dal Terzo Settore.

E' stato inoltre evidenziato come *“la sfida è dimostrare che anche per persone che perdono la propria autonomia è possibile garantire sostegni in forme più familiari...viene data enfasi al progetto personalizzato che ci dice di cosa ha bisogno quella persona”* (intervista 8 condotta il 23/03/2026).

Il vero cambio di rotta riguarda la quota sanitaria: cioè il fondo tradizionalmente riconosciuto dallo Stato alle sole RSA per abbattere la retta dovrebbe seguire la persona anche in queste sperimentazioni, garantendo il contributo economico a prescindere dal luogo di residenza.

Sono state messe in risalto esperienze come quella di “via San Quirino” e la promozione dei “Condomini Solidali” dove si fondano l'urbanistica e solidarietà, traducendosi in

patti di vicinato e spazi comuni, dove si realizza una vera e propria *“risposta sartoriale”* (intervista 4 condotta il 20/02/2026), per *“dovere morale e per garantire una vita dignitosa”* (intervista 4 condotta il 20/02/2026) attraverso ecosistemi sociali che superino l’isolamento.

Per intercettare i bisogni e orientare i cittadini, il territorio si avvale di dispositivi dinamici e itineranti, come lo Sportello Cohousing, concepito per informare la popolazione direttamente nelle piazze e nei mercati. E’ stato evidenziato come la vera sfida consista nel colmare tempestivamente le lacune strutturali della rete pubblica:

“Il volontariato colma queste lacune...talvolta sostitutivo della funzione pubblica con ricadute in termini sociali ed economici... è un antidoto allo sfaldamento dei legami comunitari” (intervista 4 condotta il 20/02/2026).

Dalle interviste emerge un forte interesse verso modelli esterni in grado di rafforzare lo scambio intergenerazionale. Viene identificato come potenziale modello da emulare il progetto milanese “Prendi in casa”, un sistema di coabitazione basato sulla convivenza tra studenti universitari e anziani, articolato su uno scambio reciproco di compagnia e piccoli aiuti in cambio di alloggi a canone calmierato. Tale approccio risponderebbe simultaneamente alla solitudine della terza età e all’emergenza abitativa giovanile, generando sicurezza percepita e risparmio economico per entrambi gli attori.

Nonostante la spinta istituzionale, l’analisi delle interviste fa emergere precise criticità, in particolare per chi ha tentato la strada del co-housing in autonomia, scontrandosi con l’assenza di supporto degli enti pubblici: *“Il privato non è in grado di attingere alle informazioni corrette per poter attingere ai finanziamenti ed essere sostenuto e neanche l’azienda sanitaria o gli assistenti sociali hanno questa corretta sensibilità per favorire questa progettualità”* (intervista 4 condotta il 20/02/2026).

Emerge la necessità di un facilitatore di co-housing, una figura ponte in grado di guidare il privato nel labirinto dei servizi regionali e aziendali, evitando che le iniziative autonome si esauriscano prematuramente per insostenibilità organizzativa.

Viene dato risalto al Budget di Salute: una dotazione finanziaria e di servizi personalizzata e tarata sulle reali necessità dell'anziano, concepita per sostenere i progetti sia nelle microstrutture di prossimità sia direttamente al domicilio, integrandosi con le potenzialità della telemedicina.

Questo strumento risulta fondamentale per arginare un rischio sistemico ricorrente: il *“precipitare degli eventi clinici”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026), che costringe le famiglie a ricorrere all'istituzionalizzazione d'urgenza solo quando l'autonomia è ormai drammaticamente svanita. Per progettare il tempo della vecchiaia in modo preventivo, il sistema pordenonese schiera una rete di orientamento e supporto che include gli sportelli *“Si con te”* (per l'incontro trasparente tra domanda e offerta di assistenti familiari regolarizzate), il Fondo Autonomia Possibile (FAP) come sostegno economico per la contrattualizzazione delle badanti, e lo Sportello Cohousing.

L'abitare inclusivo, come testimoniato da un intervistato, si configura come *“rigenerazione anche urbana delle comunità”* (intervista 5 condotta il 22/01/2026). Trasferire la cura dalla solitudine delle case private ad appartamenti protetti e familiari contrasta l'isolamento e rigenera la vita dei quartieri. Nel modello pordenonese, tecnologia, economia e urbanistica dovrebbero convergere per far sì che la non autosufficienza non comporti una traumatica rottura identitaria o il *“passaggio dal paradiso all'inferno della casa di riposo”* (intervista 10 condotta il 14/04/2026), ma un'evoluzione dignitosa e umana del percorso di vita.

6.24 I COSTI E LA SOSTENIBILITA' ECONOMICA

Dalle interviste si è constatato come la garanzia del diritto alla cura sia legato con la capacità contributiva del nucleo familiare e la complessità delle normative regionali. Le risorse economiche orientano la cura dell'anziano, decretando se l'assistenza avverrà tra le mura domestiche o in una struttura residenziale.

Emerge una netta divisione tra l'assistenza sanitaria, vissuta come un diritto gratuito per tutti, e quella sociale, legata invece al reddito e a criteri di equità. Un intervistato chiarisce questa ripartizione spiegando che *“la componente sanitaria è in gran parte a carico del Servizio Sanitario, salvo eventuali ticket, mentre l'accesso a servizi di accudimento e residenziali, prevede una compartecipazione definita tramite l'indicatore ISEE”* (intervista 3 condotta il 08/01/2026).

Sul fronte della domiciliarità, il modello si basa sul *“diritto d'essere riconosciuto come disabile che comporta una serie di percorsi facilitati e la possibilità di ottenere protesi ed ausili gratuitamente”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026). In questo contesto, il Fondo Autonomia Possibile (FAP) diventa la leva economica fondamentale alternativa al ricovero, utile per *“pagare una badante che garantisca un certo numero di assistenza oltre a quelle fornite dalla rete sociale e sanitaria”* (intervista 8 condotta il 26/03/2026).

CONSIDERAZIONE DI SINTESI

Nonostante l'eterogeneità dei profili intervistati, da quanto emerso nel corso delle interviste è possibile identificare una sorta di “filo” comune, che mette in risalto quattro concetti cardine:

- Rete: non una semplice somma di servizi, ma un legame profondo capace di unire il settore sanitario e quello sociale, per arrivare a una presa in carico in cui Comune, Azienda Sanitaria e Terzo Settore lavorino insieme come un unico organismo.
- Comunità: la risposta alla solitudine e alla povertà invisibile richiede di andare oltre le istituzioni. Il territorio deve riscoprirsi come una rete di aiuto reciproco, in cui la prossimità diventa la prima forma di prevenzione e sicurezza per l'anziano.
- Dignità: termine che ricorre soprattutto nel trattare le patologie dementigene e il fine vita. Gli intervistati hanno sottolineato che l'assistenza non deve limitarsi alla sopravvivenza biologica, ma deve preservare il valore della persona, garantendo risposte che non umilino l'anziano nella sua fragilità.
- Intervento “sartoriale”: la complessità dell'anziano dal punto di vista clinico, sociale, digitale e abitativo, non può più essere gestita con pacchetti di servizi standardizzati. Ogni situazione richiede una progettualità su misura, capace di adattarsi ai cambiamenti nel tempo della fragilità, proprio come un abito cucito addosso alle specifiche necessità e risorse di quel nucleo familiare.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di tesi si è proposto di indagare il fenomeno della non autosufficienza negli anziani secondo una prospettiva multidimensionale, mossa dalla necessità di analizzare l'efficacia reale dei modelli di protezione sociale e l'equità nell'accesso alle cure di fronte a una delle sfide strutturali più complesse del nostro tempo: l'invecchiamento demografico. Al centro della ricerca sono stati posti tre interrogativi speculari: come si configuri oggi il quadro dei bisogni connessi alla perdita dell'autonomia; in che misura il sistema di welfare italiano nelle sue articolazioni nazionale, regionale e locale riesca a fornire risposte adeguate e quali innovazioni stiano ridisegnando l'architettura dei servizi, con un focus imprescindibile sul grado di reale integrazione tra la sfera sociale e quella sanitaria.

Per rispondere a queste domande, la ricerca ha combinato un approfondimento teorico e normativo con un'indagine empirica di natura qualitativa condotta nel territorio pordenonese, specificamente all'interno dell'Ambito Noncello. La scelta del Friuli-Venezia Giulia come caso di studio risponde a una duplice motivazione, scientifica e di radicamento territoriale. Da un lato il Friuli-Venezia Giulia è la quarta regione più anziana d'Italia, con un indice di vecchiaia del 244% (versus il 200% della media nazionale, anno 2024) 27% della popolazione (oltre 324.000 persone) ha più di 64 anni (14% ha più di 74 anni) (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia 2025). Dall'altro, la scelta è maturata dal mio stesso legame con il territorio in quanto attuale residente in questa regione: una vicinanza che ha alimentato il forte interesse personale e professionale nel comprendere da vicino quali risposte concrete, strategie e politiche si stiano effettivamente attuando nel contesto in cui vivo.

I primi cinque capitoli hanno tracciato la cornice teorica, l'evoluzione normativa e il quadro regolativo di riferimento, sia su scala nazionale ed europea sia nel contesto specifico regionale. La parte empirica ha poi dato voce direttamente al campo attraverso dieci interviste semistrutturate rivolte a testimoni privilegiati con profili professionali differenti: amministratori, coordinatori socio-sanitari, medici, rappresentanti sindacali, operatori del Terzo Settore e referenti di strutture residenziali. L'incrocio tra l'analisi della letteratura condotta e il materiale documentale raccolto sul territorio consente di formulare alcune considerazioni conclusive.

Sul piano demografico e sociale, la ricerca conferma l'accelerazione del processo di invecchiamento italiano: l'età media salita a 46,6 anni, la quota di over 65 al 24,3 per cento e le proiezioni al 34,5 per cento nel 2050 (Istat 2024) tratteggiano uno scenario strutturale destinato ad approfondirsi nei prossimi decenni. A questa dinamica puramente anagrafica si sovrappone un mutamento qualitativo della domanda di cura: l'anziano non autosufficiente di oggi è un soggetto "multiproblematico", nel quale la dimensione clinica dominata dalle patologie dementigene, si intreccia con la fragilità relazionale, l'inadeguatezza abitativa e la povertà invisibile.

I dati raccolti sul campo testimoniano il passaggio da un bisogno prevalentemente motorio-funzionale a uno cognitivo e psicosociale, con un incremento del 23,6% delle diagnosi sociali di non autosufficienza nell'Ambito Noncello tra il 2024 e il 2025 e una crescita del sostegno sul Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP, +27,14%) e sul Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD, passato da 410 a 581 utenti) (Nota: dati raccolti nel corso delle interviste). Tale pressione evidenzia la crisi del modello "familista" italiano, acuita dalla progressiva frammentazione dei nuclei familiari. L'indagine qualitativa ha messo in luce come la traiettoria della fragilità non sia lineare,

bensi scandita da eventi critici: la perdita del coniuge, una caduta o l'insorgere del deterioramento cognitivo che innescano un rapido declino laddove la rete di protezione circostante sia debole.

A confermarlo sono le proiezioni ISTAT, secondo cui le famiglie mononucleari passeranno dal 36,8% al 41,1% entro il 2050 (Fondazione Metes 2025): questa destrutturazione riduce drasticamente la capacità delle reti informali di assorbire il bisogno, trasferendo un carico crescente sul sistema pubblico e sul Terzo Settore.

Sul piano istituzionale, l'analisi comparata dei modelli regionali e il focus sul Friuli-Venezia Giulia hanno confermato il persistere di un sistema di Long Term Care frammentato e privo di una cornice unitaria nazionale. La gestione locale delle politiche, se da un lato ha consentito risposte relativamente rapide e calibrate sui contesti locali, dall'altro ha generato disuguaglianze profonde: le differenze nella spesa per presa in carico dai 679 euro del Veneto ai 6.200 della Calabria ne rappresentano la manifestazione più eloquente (Noli 2021). Le riforme recenti come, la Legge Delega n. 33/2023, il D.lgs. n. 29/2024, il DM 77/2022, il PNRR, delineano un disegno di ricomposizione ambizioso, ma le evidenze raccolte segnalano una distanza significativa tra la programmazione normativa e la sua attuazione territoriale. Il caso della Prestazione Universale, ridotta a sperimentazione per meno di 30.000 soggetti a fronte di 1,5 milioni di percettori dell'indennità di accompagnamento, è emblematico di questa tensione tra aspirazione universalistica e vincoli di finanza pubblica.

Il caso del Friuli-Venezia Giulia e dell'area pordenonese offre un esempio di programmazione regionale. La regione ha saputo costruire un'architettura normativa innovativa dal Fondo per l'Autonomia Possibile alla disciplina del caregiver familiare,

fino alle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria che potrebbero anticipare le linee guida a livello nazionale.

Tuttavia, l'indagine empirica ha evidenziato come anche in un contesto ad alto reddito e con un tessuto istituzionale solido persistano criticità rilevanti: solo il 16 per cento delle richieste di residenzialità per over 75 trova risposta (intervista 10 condotta il 14/04/2026); ogni 100 domande per il contributo caregiver, ne vengono accolte mediamente 17 (intervista 5 condotta il 22/01/2026); il SAD registra contrazioni di utenza che interrogano sulla capacità del servizio di intercettare la crescente complessità dei bisogni.

Dall'indagine emerge che la qualità dell'assistenza dipende sia dalle risorse economiche, sia da come i servizi vengono progettati. Il passaggio a un welfare generativo richiede infatti di superare le decisioni unilaterali della pubblica amministrazione. La programmazione diventa così un processo partecipato dove il Terzo Settore non è un semplice esecutore, ma un partner attivo nella definizione delle politiche.

Dall'insieme degli esiti emergono alcune implicazioni operative e di policy che meritano di essere esplicitate.

Appare prioritario un investimento strutturale sull'integrazione socio-sanitaria. L'indagine ha documentato come il sistema continui a funzionare “per compartimenti stagni”, con letture divergenti del bisogno tra l'asse clinico e quello sociale. Gli strumenti formalmente previsti, come le Unità di Valutazione Distrettuale, le équipes multiprofessionali, i Piani Assistenziali Individualizzati, operano in modo discontinuo e risentono dei tempi dei passaggi amministrativi tra enti diversi. La metafora dell’“orchestra” emersa dalle interviste, dove ogni professionista suona il proprio

strumento, con l'obiettivo di produrre un'unica melodia indica la necessità di passare da una cooperazione episodica a una governance strutturale, sostenuta da sistemi informativi condivisi e da figure di coordinamento reali. La proposta del "Manager della Terza Età", pur sollevando legittime preoccupazioni circa il rischio di un ulteriore appesantimento burocratico, intercetta un bisogno reale di regia unitaria che il sistema attuale non riesce a soddisfare.

La ricerca ha, inoltre, evidenziato l'urgenza di rafforzare la domiciliarità non come alternativa residuale all'istituzionalizzazione, ma come modello di cura primario e di pari dignità. Ciò richiede azioni convergenti su più fronti: l'adeguamento degli alloggi, oggi spesso inadatti alla permanenza domestica dell'anziano fragile; il potenziamento della telemedicina e del telemonitoraggio, il sostegno economico e formativo ai caregiver familiari, la cui resilienza costituisce il vero pilastro su cui regge l'intero sistema. L'esperienza del "Format Sollievo", che offre accoglienza temporanea per alleggerire il carico assistenziale, rappresenta una buona prassi che meriterebbe una diffusione sistematica. Analogamente, le sperimentazioni di abitare condiviso come senior cohousing, condomini solidali e case-famiglia, aprono una via intermedia tra il domicilio e la residenzialità istituzionale che risponde alla crescente domanda di soluzioni flessibili e personalizzate, a condizione che la quota sanitaria segua la persona indipendentemente dal luogo di residenza.

Emerge inoltre, la questione del personale. La cronica carenza di operatori sociosanitari, infermieri, fisioterapisti e medici di medicina generale compromette la capacità di risposta del sistema a tutti i livelli: dal domicilio alla residenzialità, dall'ADI al Pronto Soccorso. Le strategie suggerite dagli intervistati come l'investimento nella formazione universitaria e nei corsi OSS, la dignità retributiva e professionale del lavoro con

l'anziano e i percorsi strutturati di reclutamento internazionale come il modello Veneto di formazione in India, delineano un approccio multilivello che richiede un impegno congiunto di istituzioni, università e mondo del lavoro.

Infine, l'indagine segnala la necessità di ripensare le politiche di prevenzione e di intercettazione precoce della fragilità. L'auto-esclusione dai servizi, alimentata dalla cultura dell'autosufficienza e dall'analfabetismo assistenziale documentato nelle interviste, rappresenta un ostacolo strutturale che impedisce al sistema di intervenire nelle fasi iniziali del declino. Strumenti come il Punto Unico di Accesso, le Palestre della Memoria, i programmi di invecchiamento attivo e la Carta d'Argento costituiscono risposte promettenti, ma devono essere inseriti in una strategia comunicativa capillare e proattiva, capace di raggiungere gli anziani e le famiglie prima che il bisogno degeneri in emergenza. In questa prospettiva, il Terzo Settore e le reti di prossimità, dalle sentinelle di quartiere alle telefonate solidali, svolgono una funzione insostituibile di antenna territoriale che il sistema pubblico deve riconoscere, integrare e sostenere.

Lo studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, l'indagine empirica si è concentrata su un unico territorio, l'Ambito Noncello, caratterizzato da un livello di reddito pro capite superiore alla media nazionale e da un tessuto istituzionale e associativo particolarmente sviluppato. Tale specificità contestuale limita la generalizzabilità dei risultati ad aree con caratteristiche socioeconomiche diverse, in particolare alle regioni del Mezzogiorno, dove la frammentazione dei servizi e la debolezza delle reti di welfare comunitario raggiungono dimensioni ben più acute.

In secondo luogo, la scelta metodologica di un'indagine qualitativa basata su interviste a testimoni privilegiati, se da un lato ha consentito di cogliere la profondità e la complessità delle dinamiche in atto, dall'altro non permette una quantificazione

sistematica dei fenomeni osservati. La prospettiva degli operatori, degli amministratori e degli stakeholder, per quanto ricca e articolata, non include la voce diretta degli anziani non autosufficienti e dei loro caregiver familiari, i quali avrebbero potuto arricchire l'analisi con narrazioni esperienziali di prima persona.

In terzo luogo, il lavoro non ha potuto approfondire in modo sistematico l'impatto delle riforme nazionali più recenti, in particolare il D.lgs. n. 29/2024 e le disposizioni attuative della Legge n. 33/2023 la cui implementazione è ancora in una fase iniziale e i cui effetti sul sistema territoriale dei servizi potranno essere valutati solo nei prossimi anni.

A partire da questi limiti, è possibile individuare alcune piste di ricerca futura. Una prima direzione potrebbe riguardare la comparazione sistematica tra territori con caratteristiche socioeconomiche differenti: replicare l'indagine in contesti del Sud Italia consentirebbe di verificare in che misura le criticità e le buone prassi emerse nel pordenonese trovino riscontro in realtà dove la pressione demografica si combina con una maggiore fragilità del tessuto istituzionale. Un altro filone di ricerca per i prossimi anni potrebbe riguardare il monitoraggio longitudinale delle riforme in corso, fondamentale per misurare la distanza tra le previsioni normative e i risultati reali sul territorio. In particolare, sarà necessario verificare empiricamente l'implementazione delle Case e degli Ospedali della Comunità (D.M. 77/2022) e l'applicazione del D.Lgs. 29/2024 sulla non autosufficienza. In questo scenario, l'analisi dovrebbe valutare l'effettiva capacità del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNAA, Legge n. 33/2023) e della sperimentazione della Prestazione Universale di ricomporre un sistema assistenziale oggi fortemente frammentato.

Una terza direzione di ricerca dovrebbe includere, tramite metodologie partecipative, il punto di vista diretto di anziani e caregiver familiari, superando il filtro degli operatori utilizzato in questo lavoro. Sotto il profilo metodologico, combinare questa analisi di costo-efficacia potrebbero fornire indicazioni concrete per la analisi qualitativa con dati quantitativi, in particolare gli indicatori di risultato e la programmazione dei servizi sul territorio.

Un'ulteriore linea di approfondimento potrebbe riguardare le proposte operative emerse dalle interviste e non ancora verificate nella loro fattibilità: la figura del “Manager della Terza Età” come regista multidisciplinare dei servizi, i modelli di co-housing e abitare condiviso come alternativa alla istituzionalizzazione, il ruolo della telemedicina e delle competenze digitali nel qualificare l'assistenza domiciliare, il budget di salute come strumento per superare la frammentazione tra risorse sanitarie e sociali. Ciascuna di queste proposte meriterebbe uno studio dedicato che ne valuti la sostenibilità economica, organizzativa e normativa.

L'invecchiamento demografico non è un'emergenza passeggera, ma una trasformazione strutturale che richiede un radicale cambio di paradigma. Attualmente, il sistema italiano di Long Term Care vive una forte contraddizione: a fronte di un impianto di riforme ambizioso, la realtà operativa è ancora segnata dalla frammentazione socio-sanitaria, da disomogeneità territoriali e dalla delega del carico assistenziale alle famiglie. L'indagine nel pordenonese conferma che, anche in contesti organizzativamente avanzati, l'integrazione reale resta un obiettivo incompiuto a causa di barriere culturali, burocratiche e professionali.

La non autosufficienza deve essere sottratta alla dimensione privata delle famiglie per diventare una responsabilità collettiva. Questo richiede un sistema pubblico capace di

garantire percorsi personalizzati, investire sulla prevenzione della fragilità e smettere di dare per scontato il lavoro di cura (svolto da famiglie, caregiver e assistenti familiari). Tale sforzo, che rappresenta un valore sociale e una risorsa di salute pubblica, va strutturalmente riconosciuto, formato e sostenuto attraverso una volontà politica coerente.

In conclusione, i risultati principali di questa tesi evidenziano la necessità di rimettere al centro l'umanizzazione delle cure e la dignità dell'anziano fragile, specialmente nei casi di demenza e fine vita. L'assistenza non può ridursi a una prestazione tecnico-sanitaria finalizzata alla sola sopravvivenza biologica. Umanizzare la cura significa valorizzare la biografia e le relazioni della persona, trasformando l'assistenza in ascolto e calore. Politicamente, ciò impone il superamento di logiche industriali che cronometrano i minuti dei servizi, promuovendo, invece, pratiche e approcci basati sul benessere percepito e sulla natura relazionale ed etica dell'accompagnamento.

ALLEGATO

TRACCIA PER LE INTERVISTE

Inquadramento generale

- 1) Come definirebbe oggi l'anziano non autosufficiente e la sua situazione in Italia e in particolare nel nostro territorio/Comune/Distretto? Quali sono le principali cause dell'aumento dei casi di non autosufficienza? La situazione è peggiorata dopo la Pandemia da Covid? Se sì perché?
- 2) Quanti sono e quali sono le principali tipologie di bisogno nel nostro territorio (assistenziale, sanitario, riabilitativo, cognitivo)? Quali sono le principali difficoltà emotive e relazionali che vivono gli anziani non autosufficienti? Quanto pesa la situazione in questa condizione?

Ambiti di intervento

- 1) Quanti anziani non autosufficienti sono attualmente in carico nei servizi sociali/sanitari nel nostro Comune/Distretto/Associazione? E quante sono le domande in attesa? Esistono delle equipe multidisciplinari che seguono le persone nel tempo?
- 2) Qual è la tipologia/attività più richiesta: assistenza domiciliare (SAD, ADI), centri diurni, strutture residenziali (RSA), semiresidenziali, consegne dei pasti caldi a domicilio, spesa e farmaci a casa, assistenza nella compilazione di documenti...

- 3) Quali sono i principali ostacoli burocratici o organizzativi che impediscono una perfetta integrazione tra i servizi del Comune e quelli dell'Azienda Sanitaria?
- 4) Qual è la dotazione di personale (assistenti sociali, infermieri, OSS, volontari etc) dedicata ai servizi per gli anziani non autosufficienti? Qual è il livello medio di assistenza fornita? E' adeguata rispetto alla domanda?
- 5) In che misura vengono utilizzati i servizi di teleassistenza o assistenza tecnologica per migliorare l'autonomia? Esistono programmi di assistenza personalizzata? Se sì come funzionano?

Finanziamento

- 1) Ci sono fondi o bandi specifici (nazionali/regionali/comunitari) a cui il Comune/Distretto/Associazione partecipa per potenziare i servizi per gli anziani non autosufficienti?
- 2) Esistono tariffe o costi a carico degli utenti o delle famiglie? Su che basi? (ISEE, contribuzione sanitaria/sociale).
- 3) In che modo si pianificano gli investimenti futuri (nuovi servizi, formazione del personale, tecnologia)?

Prospettive future

- 1) Come istituzione ci sono piani strategici, tavoli di lavoro, progetti, investimenti, innovazioni (tecnologiche, organizzative e sociali) che potrebbero migliorare e cambiare l'offerta dei servizi degli anziani non autosufficienti nel nostro territorio?

- 2) Nel nostro territorio fra le politiche attuate quali potrebbero essere adottate anche da altre province come esempio? Cosa potrebbe essere importato?
- 3) Rispetto alle altre province della regione, nel nostro territorio di Pordenone c'è stata una politica/progetto che è fallita e perché? Cosa si sarebbe potuto fare?
- 4) Spesso il welfare poggia interamente sulle spalle delle famiglie. Senza un supporto ai familiari, il sistema crolla. In che modo il sistema territoriale supporta il benessere psicofisico dei familiari che assistono l'anziano a casa? Esistono interventi per prevenire il loro burnout?
- 5) Oggi si cerca di evitare il ricovero in RSA il più possibile. Il futuro è essere assistiti a casa. Oltre alle classiche RSA e all'assistenza domiciliare, vede spazio nel nostro territorio per modelli abitativi innovativi (co-housing, appartamenti protetti) che ritardino l'istituzionalizzazione?
- 6) Non bisogna intervenire solo quando l'anziano è già non autosufficiente. La sfida è mantenere l'autonomia il più a lungo possibile. Quanto si investe oggi nella prevenzione della non autosufficienza? Esiste una rete efficace che intercetti l'anziano "fragile" prima che diventi "non autosufficiente"?
- 7) Qual è il messaggio che vorrebbe lanciare? Noi cittadini su cosa dovremmo riflettere a riguardo della non autosufficienza?

BIBLIOGRAFIA

Alamy (2023), *Population pyramid of Italy 2023: age structured diagram and graphical illustration of the distribution of almost 59 million people* (<https://www.alamy.com/population-pyramid-of-italy-2023-age-structure-diagram-and-graphical-illustration-of-the-distribution-of-almost-59-million-people-image621645195.html>)

Allievi, S. (2020), *La spirale del sottosviluppo: perché (così) l'Italia non ha futuro*, Bari – Roma, Laterza

Andreani, T. (2024), “L’assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime

considerazioni d’insieme intorno alla legge delega 33 del 2023”, *Corti supreme e salute*, n° 1

Angela, P. e R. Pinna (2008), *Perché dobbiamo fare più figli: le impensabili conseguenze del crollo delle nascite*, Milano, Bruno Mondadori

Arbia, G., A. Rosina, V. Nardelli, I. Valentini (2025), *DM 77 istruzioni per l’uso. Strumenti e metodi per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale*, Torino, G. Giappichelli Editore

Arlotti, M., L. Catena e A. Genova (2015), *La dimensione territoriale dell’integrazione: non-autosufficienze e politiche socio-sanitarie in Italia*, Roma, Carocci

Arlotti, M., A. Parma e C. Ranci (2017), “Una proposta di riforma dell’indennità di accompagnamento”, *Welform*

Arlotti, M., A. Parma e C. Ranci (2020), “Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma”, *Politiche sociali*, n° 7

Arlotti, M. e C. Ranci (2020), *Un’emergenza nell’emergenza: cosa è accaduto alle case di riposo nel nostro Paese?*, Milano, Politecnico di Milano

Ascoli, U. (1999), *Il welfare futuro: manuale critico del terzo settore*, Roma, Carocci

Barbabella, F., A. Poli, C. Chiatti, L. Pelliccia e F. Pesaresi (2017), “La bussola di NNA: lo stato dell’arte basato sui dati”, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: il tempo delle risposte*, 6° rapporto del Network non-autosufficienza

Barberis, E. e L. Catena (2026), “Regioni a confronto”, in C. Gori (a cura di), *Le politiche del welfare sociale*, Milano, Mondadori Università

Barsanti, S. (2021), “I servizi residenziali – II: Un’agenda per il dibattito”, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: punto di non-ritorno*, 7° rapporto del Network non-autosufficienza

Barsanti, S., A. Burnea, G. Colombini e E. Pardini (2019), “Efficiency and quality in services: empirical results from data envelopment analysis in nursing home in Italy”, articolo presentato alla conferenza *Excellence in services* (Salonico, 29-30 agosto)

Bartoli, Velia (2021), “Invecchiamento demografico e conseguenti bisogni socio-economici in Italia”, *Prospettive sociali e sanitarie*, anno 51, n° 2 (primavera)

- Bauman, Z. (2011), *Modernità liquida*, Bari – Roma, Laterza
- Bertoni, F. (2018), “La frammentazione delle risorse del welfare italiano”, *Welforum*
- Betti M., De Tommaso C.V. & Maino F. (2023). *HealthInequalities in Italy. Comparingregionsamongprevention, community healthservices and hospital assistance*. Social Development Issues
- Bevilacqua, R., G. Melchiorre, E. Felici, S. Bustacchi, L. Rossi, A. De Aleas F. Lattanzio (2017), “La tecno-assistenza”, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: il tempo delle risposte*, 6° rapporto del Network non-autosufficienza
- Borelli, D. (2012), “Intervista a Luciano Gallino”, *Sociologia italiana*, n° 0
- Briggs, A. (1961), “The Welfare State in Historical Perspective”, *European Journal of Sociology*, anno 2, n° 2
- Cangini, A., Falasca, G., Cicchetti, A., (2025). *DM 77 istruzioni per l’uso. Strumenti e metodi per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale*. Torino Giappichelli
- Carrosio, G. (2019), *I margini al centro*, Roma, Donzelli
- Castel, R. (2004), *L’insicurezza sociale: che significa essere protetti*, Torino, Einaudi
- Cicchetti, A., Morandi, F. (2025). *DM 77 istruzioni per l’uso. Strumenti e metodi per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale*. Torino Giappichelli
- Colombo, F. (2017), “La vecchiaia non è un destino: stereotipi e ideologie dell’età anziana”, *Problemi dell’informazione*, anno 42, n° 1
- Cook, L.J. (2007), *Post-communist welfare states: reform politics in Russia and Eastern Europe*, Ithaca – Londra, Cornell University Press
- Crouch, C. e Streeck, W. (a cura di) (1997), *Political economy of modern capitalism: mapping convergence and diversity*, Londra, Sage
- Da Col, P., & Trimarchi, A. (2024, 11 dicembre). *Anziani. La riforma incompiuta. Salute Internazionale*. <https://www.saluteinternazionale.info/2024/12/anziani-la-riforma-incompiuta/>
- Da Col P., L. Plettie A. Trimarchi (2018), “Verso nuove prospettive di homecare: l’assistenza domiciliare integrata”, *Centro studi e presidenza CARD Italia*
- Damiani, G., A. Acampora e L. Sicuro (2018), “Assistenza territoriale”, *Rapporto Osservasalute*
- Da Roit, B. (2006), “La riforma dell’indennità di accompagnamento”, in C. Gori (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non-autosufficienti: ipotesi e proposte*, Bologna, Il mulino
- Da Roit, B. e M. Pantalone (2018), “Bisogni e risorse di cura: generazioni di anziani a confronto”, *La rivista delle politiche sociali*, n° 3
- De Tommaso, C.V. (2022), “Come ripensare i modelli europei di long term care dopo il Covid”, *Percorsi di secondo welfare*
- De Tommaso, C. V., & Maino, F. (2024). “Decreto Anziani: (dis)illusioni e possibili ripartenze per la non autosufficienza”. *Percorsi di Secondo Welfare*.

- EspingAndersen, G. (1999), *Social foundations of post-industrialeconomies*, Oxford, Oxford universitypress
- Eurostat (2025), *Populationstructure and ageing* (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing)
- Ferrera, M. (1996), “Il modello sud-europeo di welfare state”, *Rivista italiana di scienza politica*, n° 1 (aprile)
- Ferrera, M. (2006), *Le politiche sociali: l'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, Il mulino
- Ferrera, M. (2007), “Trent’anni dopo: il welfare state europeo tra crisi e trasformazione”, *Stato e mercato*
- Ferrera, M. (2012), *Alle radici del welfare all'italiana: origine e futuro di un modello sociale squilibrato*, Venezia, Marsilio
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2022). *DM 77/2022: Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*. Roma: FNOPI. www.fnopi.it (ultimo accesso 19/04/2026)
- Fondazione Metes (2025), *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, anno 2024* (ultimo accesso: 09/04/2026)
- Fosti, G. eE. Notaricola (a cura di) (2018), *L'innovazione ed il cambiamento nel settore della long term care*, in 1° rapporto dell'Osservatorio Long term care
- Fosti, G., Longo, F., Manfredi, S., Miraglia, E., Notarnicola, E., Perobelli, E., & Rotolo, A. (2025). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e nuovo percorso di valutazione unica del bisogno*. Rapporto OASI, Milano: CERGAS - Università Bocconi
- Fratto, F. (2004), *Il terzo settore nelle politiche sociali in Toscana*, Firenze, IRPET
- Gallino, L. (2012), “Il modello sociale europeo e l'unità della UE”, *Quaderni di sociologia*, anno 59
- Garavaglia, E., Arlotti, M., & Ranci, C. (2025). *La “riforma tradita”. Le ragioni dell'inerzia istituzionale del sistema di long-term care italiano*. Welforum.it - Osservatorio nazionale sulle politiche sociali.
- Garavagli, G., E.Lettieri, T. Agasistie S. Lopez (2011), “Efficiency and quality of care in nursing homes: an Italian case study”, *Healthcare management science*, vol. 14, n° 1
- Gatta, R., Nobili, A., & Barbato, A. (2023). *La riforma della sanità territoriale: il nuovo Distretto sanitario e le Case della Comunità*. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS.
- Giunco, F.(2014), “Abitare leggero: verso una nuova generazione di servizi per anziani”, *Quaderni dell'Osservatorio Fondazione Cariplo*, n° 17 (disponibile su [www.fondazione cariplo.it/static/upload/qua/qua/-abitareleggero_def/qua_-abitareleggero-def.pdf](http://www.fondazione_cariplo.it/static/upload/qua/qua/-abitareleggero_def/qua_-abitareleggero-def.pdf))
- Gori, C. (a cura di)(2006), *La riforma dell'assistenza ai non-autosufficienti: ipotesi e proposte*, Bologna, Il mulino

Gori, C. e E. Gubert(2021), “L’indennità di accompagnamento”, , in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: punto di non-ritorno*, 7° rapporto del Network non-autosufficienza

Gori, C., M. Morciano, O. Paccagnella e V. Rebba (2019), “Assistenza alle persone non autosufficienti il nodo ineludibile dell’indennità di accompagnamento”,in G. Arachie M. Baldini (a cura di),*La finanza pubblica italiana*, Bologna,Il mulino

Governo Italiano (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). "Italia Domani"*, Roma, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> [ultimo accesso: 17/04/2026]

Guaita, A. e M. Trabucchi (2017), “La residenzialità”, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: il tempo delle risposte*, 6° rapporto del Network non-autosufficienza

ISTAT(2014),9° censimento delle istituzioni no profit

ISTAT (2024), *Rapporto annuale 2024: la situazione del Paese*

ISTAT (2025), *Bes dei territori Il benessere equo e sostenibile dei territori Friuli Venezia Giulia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica

Istituto per la ricerca sociale (2016), “Gli interventi e i servizi per il sostegno delle persone non autosufficienti”,*Prospettive sociali e sanitarie*, n° 2

Italia (2023) *Profilo della sanità*, disponibile online presso: (https://health.ec.europa.eu/document/download/1f348745-341f-425a-8dd6-28ff2fbd8ea3_en?filename=2023_chp_it_italian.pdf.)[ultimo accesso: 19/04/2026]

Kazepov, J. e E. Barberis (2017), “The territorialdimension of social policies and the new role of cities”, in P. Kennett e N. Lendvai-Bainton (a cura di), *Handbook of European social policy*, Cheltenham, EdwardElgar

Leira, A. e Saraceno, C. (2002), “Care: actors, relationships and contexts”, in B. Hobson, J. Lewis e B. Siim(a cura di), *Contestedconcepts in gender and social politics*, Cheltenham, EdwardElgar

Longoni B. (a cura di)(2014),*I servizi domiciliari: raccontare e raccontarsi*,Sant’Arcangelo di Romagna,Maggioli

Luppi, M.(2015), “Non autosufficienza e impoverimento”, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: un futuro da ricostruire*, 5° rapporto del Network non-autosufficienza

Marshall T.H. (2002), *Cittadinanza e classe sociale*, Bari – Roma, Laterza

Martelloni, M. (2024). *La complessità ignorata nel governo delle questioni della assistenza sociosanitaria del Paese Italia: Quale rapporto sussiste tra il D.M. 77/2022 e le riforme in materia di disabilità ed anziani?*. Toscana medica

Meghini, V. e R. Tidoli (2019), “La presa in carico dell’anziano non autosufficiente a domicilio”,*Luoghi di cura*

Motta, M.(2020), “Come potenziare l’assistenza domiciliare per i non autosufficienti?”, *Welforum*

- Neri S. (2020). Più Stato e più Regioni. *L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia*. Autonomie locali e servizi sociali
- Noli, M. (2021), "I servizi domiciliari", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 7° rapporto del Network non-autosufficienza
- Parrella, V.(2025), "Il ruolo del Caregiver familiare in Italia", *Makingpharmaindustry*
- Pasquinelli, S.(2019), "SAD 2.0: perché abbiamo bisogno di nuovi servizi domiciliari", *Welforum*
- Pasquinelli, S. e G. Assirelli (2020), "L'Italia che aiuta e chiede servizi", *Welforum*
- Pasquinelli, S. e G. Rusmini (2021), "Le assistenze familiari ed il lavoro privato di cura", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: punto di non-ritorno*, 7° rapporto del Network non-autosufficienza
- Pavolini, E. (2019), "La non autosufficienza nelle Marche: una valutazione del sistema di intervento pubblico fra domanda di cura ed offerta di servizi all'interno del quadro italiano", in *La non-autosufficienza nelle Marche*, Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche
- Pelliccia, L.(2019a), *Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari*, www.luoghicura.it (ultimo accesso: 14/04/2026)
- Pelliccia L.(2019b), *Presidi residenziali per anziani: quali figure professionali operano nelle varie regioni?*, www.luoghicura.it (ultimo accesso: 14/04/2026)
- Pelliccia, L.(2021), "Politiche per la non autosufficienza e politiche per la cronicità", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: punto di non-ritorno*, 7° rapporto del Network non-autosufficienza
- Pelliccia, L. e C. Gori (2013), "I territori davanti alla crisi", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2° rapporto del Network non-autosufficienza
- Pesaresi, F. (2018), *Le tariffe delle residenze protette per anziani*, www.luoghicura.it (ultimo accesso: 14/04/2026)
- Pesaresi, F. (2019), *Le tariffe nelle residenze sanitarie assistenziali*, www.luoghicura.it (ultimo accesso: 14/04/2026)
- Pesaresi, F. (2022), *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale: La norma, gli approfondimenti, le valutazioni*, con un capitolo di P. Da Col & A. Trimarchi, «Welfare eBook», n. 7, www.welforum.it (ultimo accesso 19/04/2026)
- Piccinini, F., C. Gagliardi, G. Lamura e S. Fabbiatt (2020), *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie*, Ancona, Centro studi ricerche economico-sociali per l'invecchiamento
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per il programma di Governo, *Focus. Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33 (D.lgs. n. 29/2024)*, Roma, 2024.
- Provvedi, B. (2015), *Disuguaglianze sociali e fragilità degli anziani: analisi dei problemi e mappatura delle soluzioni innovative*, Fondazione Roberto Franceschi ONLUS

Ranci, C. (a cura di)(2010), *Social vulnerability in Europe: the new configuration of social risks*, Basingstoke, PalgraveMacmillan

Rapporto Fnomceo-Censis(2023),*Il valore economico e sociale del Servizio sanitario italiano*, disponibile online presso: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2024/05/RAPPORTO-FINALECENSIS-FNOMCEO_16.10.2023.pdf. (ultimo accesso 19 aprile 2026)

Razetti, F. (2021), *I nuovi bisogni sociali tra invecchiamento della popolazione, trasformazione delle famiglie e solitudine crescente*, Fondazione Marco Vigorelli

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2022),*Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Rapporto Sociale Regionale 2022* Aggiornamento dati. A cura di Ortis M. e Spagnul I., con il supporto tecnico dell'Area Welfare di Comunità e dell'ASUGI

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2023), *Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza. Documento programmatico della Regione Friuli-Venezia Giulia per il triennio 2022-2024*, Allegato alla Delibera della Giunta Regionale n. 929 del 16 giugno 2023

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2025), *Salute, Autonomia e Qualità della Vita della popolazione ultra 64enne delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia*. I dati PASSI d'Argento 2022-2023. A cura del Centro di Riferimento Regionale Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento presso ASUGI. Trieste

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Direzione generale. (2026). *La popolazione residente in Friuli Venezia Giulia: Analisi dei dati relativi alle caratteristiche della popolazione* (Dati al 1° gennaio 2025). Ufficio di statistica del Servizio programmazione, pianificazione strategica, controllo di gestione e statistica (SPPS).

Reyneri E.(2020),“Troppi pochi lavoratori nel welfare italiano”,www.lavoce.info(ultimo accesso: 14/04/2026)

Ritter, G.A. (2010), *Der Sozialstaat: Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*, Monaco, Oldenbourg

s.a. (2012), “La presa in carico degli anziani non autosufficienti”,*Monitor*, anno 30

s.a. (2016a), “Costruiamo il welfare dei diritti: ridefinire le politiche sociali sui criteri di equità ed efficacia”,*Prospettive sociale e sanitarie*, n° 2

s.a. (2016b), “La cultura della domiciliarità, il sistema di welfare, l’assistenza domiciliare”,*La bottega del possibile*

s.a. (2017), *Annuario statistico del servizio sanitario nazionale*, Roma, Ministero della Salute

s.a. (2020a), *Il lavoro domestico durante l'emergenza da Covid-19*, Organizzazione internazionale del lavoro

s.a. (2020b),*Whocares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, Parigi, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

s.a. (2026), “Caregiver: contributi, bonus e agevolazioni per chi assiste un o una familiare disabile”, *Vidas*

Saraceno, C. (a cura di)(2008), *Families ageing and social policy: intergenerational solidarity in European welfare states*, Cheltenham, Edward Elgar

Saraceno, C. (2013), *Il welfare*, Bologna, Il mulino

Taylor Gooby, P. (a cura di)(2004), *New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state*, Oxford, Oxford university press

Tidoli, R. (a cura di)(2016), “Il SAD anziani: un servizio da ripensare?”, *Lombardia sociale*

Tidoli, R.(2017), “La domiciliarità”, in *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: il tempo delle risposte*, 6° rapporto del Network non-autosufficienza

Tomka, B. (2013), *A social history of 20th-century Europe*, Milton Park, Routledge

Van Kersbergen, K.e P. Manow (a cura di) (2009), *Religion, Class Coalitions, and Welfare States*, Cambridge, Cambridge University Press

Vetrano, D.L. e K. Vaccaro (2017), “La Babele dell’assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa”, *Italia longeva*

Vogliotti S. e S. Vattai (2014), “Modelli di welfare state in Europa”, in *Welfare state*, AFI-IPL

Wilensky, H.L. (1975), *The Welfare State and Equality*, Berkeley, University of California press