

# Introduzione

Giovanni Bertin\*, Barbara Da Roit\*\*

In tutti i paesi europei si assiste ad una rapida ed intensa trasformazione demografica: l'aumento della speranza di vita associata al calo della natalità si traduce in un progressivo invecchiamento della popolazione. Questi sviluppi contribuiscono significativamente a determinare problemi di sostenibilità dei sistemi di protezione sociale costruiti nel secolo scorso e segnalano la necessità di un ripensamento di quei sistemi di welfare. L'invecchiamento della popolazione, però, non può essere ricondotto solo alla preoccupazione sulla tenuta dei sistemi di welfare ma richiede una seria riflessione sull'organizzazione degli spazi urbani, sulle forme della mobilità, sull'organizzazione del lavoro e sul rapporto fra il tempo e le forme del lavoro e quelle della vita quotidiana, sul sistema delle interdipendenze e delle relazioni di solidarietà nella famiglia e nella comunità. Le cure di lunga durata o *long-term care* (LTC) – il sostegno a favore di coloro che vedono ridursi la loro autonomia nella vita quotidiana spesso a seguito di un insieme di condizioni croniche – vanno viste in questa prospettiva. Il numero crescente ed il mutato rapporto numerico rispetto alla popolazione adulta hanno fatto emergere, nel dibattito europeo e delle società occidentali più in generale, il problema del “*care deficit*” (European Commission, 2014). Peraltro, il crescente “squilibrio” demografico ha luogo in un quadro, da un lato, di importanti trasformazioni delle relazioni familiari e della posizione delle donne (tradizionali erogatrici di cure informali) nel mercato del lavoro e nelle famiglie e, dall'altro, di diminuita capacità di spesa e legittimazione delle politiche di welfare. Il timore è che i bisogni di cura di una popolazione anziana sempre più vasta faticino a trovare una risposta adeguata sia nelle solidarietà intergenerazionali all'interno delle famiglie, sia nella solidarietà sociale più ampia. Non è quindi sorprendente che il tema delle cure di lunga durata abbia acquisito un'importanza crescente nei dibattiti e nelle politiche di welfare nazionali ed europei. Tutte le società Europee si trovano a fare i conti con la necessità di (ri)definire i confini della responsabilità pubblica e privata nelle risposte al problema della non autosufficienza degli anziani, con riferimento a chi fornisce le cure e a chi ne assume gli oneri (Da Roit, 2010; Szebehely, 2018; Le Bihan *et al.*, 2019). Il tema della cura delle persone anziane nelle sue diverse

\* Università Ca' Foscari di Venezia. [giovanni.bertin@unive.it](mailto:giovanni.bertin@unive.it)

\*\* Università Ca' Foscari di Venezia. [barbara.daroit@unive.it](mailto:barbara.daroit@unive.it)

forme – la cura familiare informale, l’assistenza fornita da organizzazioni pubbliche e private non profit, quella acquisita a pagamento – sono entrate prepotentemente nel dibattito politico europeo.

Questo numero intende focalizzare l’attenzione su come questi problemi siano stati tematizzati ed affrontati in Italia, prendendo a riferimento alcuni contesti regionali e collocando l’evoluzione delle politiche in un contesto europeo. A premessa dell’analisi proposta nei singoli contributi è opportuno sottolineare la prospettiva da cui il lavoro si è mosso: la necessità di problematizzare il nesso affatto scontato tra età e malattia/problema/bisogno e la diversità che caratterizza l’invecchiamento.

Nonostante le dimensioni inedite assunte dal fenomeno dell’invecchiamento nei paesi occidentali e la nota associazione tra età avanzata e limitazioni nell’autonomia, sarebbe semplicistico associare automaticamente l’invecchiamento della popolazione all’aumento del disagio, del bisogno, del rischio. In altre parole, occorre indagare (e non dare per scontato) se una popolazione che invecchia comporti necessariamente un incremento del numero di persone che necessitano di politiche di welfare, o se l’effetto principale sarà un numero crescente di persone che si trovano ad affrontare una fase di transizione e di uscita dal mercato del lavoro ma non necessariamente ad una contemporanea significativa perdita della capacità psico-fisica di svolgere una vita autonoma. Negli ultimi decenni numerose ricerche hanno tentato di stimare e prevedere se, ed in che misura, l’invecchiamento si accompagna ad un incremento del tempo (anni di vita) trascorso dagli individui in buona salute ed autonomia (compressione della morbilità) e in che misura, invece, l’allungamento della vita comporti un’estensione del periodo in cui gli individui devono convivere con malattie croniche e disabilità (espansione della morbilità). I risultati indicano in modo prevalente che la gran parte delle persone anziane vive in condizioni psico-fisiche positive e con una buona qualità della vita fino ad un’età avanzata (Crimmins *et al.*, 2011; Fries, 1989; Avolio *et al.*, 2013). L’ipotesi che il processo d’invecchiamento si accompagni ad una “compressione della morbilità” prende piede fin dagli anni 1980 (Fries, 1989): si assisterebbe ad uno spostamento verso età più avanzate dell’inizio della presenza di condizioni di cronicità e fragilità dell’anziano. In molti paesi occidentali questo fenomeno si va confermando e si sostiene che l’insorgenza della non autosufficienza riguarda gli anziani over 80, mentre per gli altri si profila una condizione di vita relativamente autonoma, caratterizzata da condizioni di benessere personale. Del resto l’aumento della speranza di vita ed il contestuale miglioramento delle condizioni di salute e sociali delle persone anziane sta modificando le categorie e le immagini con

le quali si pensa abitualmente all'anziano. Accanto all'immagine dell'anziano malato, povero ed emarginato, si sta affermando quella dell'anziano come soggetto attivo, consumatore di servizi per il tempo libero e per la cura di sé. Queste immagini così antitetiche associate allo stesso concetto (anziano) richiedono una riflessione sul concetto stesso di invecchiamento e sulla natura dei processi che lo accompagnano (Bugental, Hehman, 2007).

In secondo luogo, la ricerca sottolinea come l'associazione tra malattia cronica e perdita di autonomia, da un lato, ed età, dall'altro, abbia un gradiente socioeconomico e sia differente in relazione alla società di appartenenza. Esiste, infatti, un'ampia evidenza empirica della diversa incidenza della disabilità e della malattia cronica in relazione alle condizioni socioeconomiche (Mc Munn *et al.*, 2006; Melzer *et al.*, 2000; Ramsay *et al.*, 2008; Martin *et al.*, 2012). Inoltre, l'incidenza della disabilità e della malattia cronica non è la stessa nei paesi occidentali: a parità di altre condizioni, risulta maggiore negli Stati Uniti e in Inghilterra rispetto ai paesi Europei (Averdano *et al.*, 2009; Banks *et al.*, 2006; Clarke, Smith, 2011; Martinson *et al.*, 2011). In Europa, risultano avere un vantaggio gli anziani dei paesi dell'Europa del Nord e continentale rispetto agli anziani dell'Europa del Sud e dell'Est (Tabassum *et al.*, 2009; Ploubidis *et al.*, 2012; Wahrendorf *et al.*, 2013). Tali risultati evidenziano come la disabilità e il bisogno di sostegno in età avanzata non siano il risultato inesorabile del processo di invecchiamento. La complessità che accompagna l'invecchiamento è difficilmente affrontabile con i concetti e le culture operative che hanno caratterizzato il consolidamento dei sistemi di welfare nella seconda parte del secolo scorso, a partire dalla identificazione del 65° anno di età quale soglia istituzionalizzata di ingresso nella terza età. Del resto, il dibattito ha indicato alcune piste lungo le quali riflettere sulla natura del fenomeno e incanalare le riflessioni sui cambiamenti in atto nei sistemi di welfare (Hess *et al.*, 2017). Bugental e Hehman (2007) propongono un'interpretazione del processo d'invecchiamento come risultato delle dinamiche che intrecciano la sfera biologica, quella sociale e quella cognitiva. In questa prospettiva l'età costituisce uno degli elementi che determinano la condizione di vita dei singoli individui. L'età dell'individuo non determina automaticamente il grado di deterioramento della condizione psico-fisica e sociale del singolo. La condizione di disagio che si associa all'età anziana riflette, piuttosto, il risultato del percorso di vita della persona (Combrick-Graham, 1985; Dewilde, 2003) in un dato contesto storico, sociale ed istituzionale. In definitiva, l'età anziana è il risultato di un percorso di vita, di una storia personale influenzata da eventi che hanno origine:

- nella storia sanitaria, determinata dalle patologie incontrate, dagli stili di vita avuti, dall’incontro con il sistema dei servizi sanitari, etc.;
- nella vita lavorativa, influenzata dal lavoro svolto, dai ritmi e dai carichi di lavoro, ma anche e soprattutto dallo stress, dalle frustrazioni e dalle gratificazioni, dal fatto che il lavoro abbia costituito un’occasione di realizzazione personale piuttosto che una necessità da subire;
- nella vita affettiva, nelle esperienze relazionali della vita quotidiana e nella rielaborazione delle dinamiche emozionali che le hanno accompagnate;
- nel sistema di relazioni, nella costruzione, nel consolidamento ed anche nei processi inevitabili di riduzione del sistema relazionale individuale;
- nella vita sociale, nella partecipazione alla vita della comunità, all’identità del gruppo, al ruolo svolto nelle attività di volontariato sociale e/o politico.

Questi fattori, che vedono l’incontro del personale e del sociale/istituzionale, si intersecano e si influenzandosi reciprocamente favorendo via via lo sviluppo di una vita sana e gratificante, o inducendo la necessità di affrontare e gestire situazioni di stress fisico ed emotivo. Questi fattori sono peraltro connessi, come sopra evidenziato, a *cleavages* sociali di classe, di genere ed “etnici” (o legati ai processi migratori). In questo senso le politiche, molto al di là delle politiche di LTC (le politiche educative, sanitarie, del lavoro ecc.) possono fare molto per trasformare in senso positivo o negativo i percorsi di invecchiamento degli individui ed i loro esiti.

Ne risulta un quadro di ampia e crescente differenziazione della condizione anziana e la necessità di un’attenzione al carattere plurale e diversificato della terza età. Ripensare l’invecchiamento significa anche rivedere le politiche costruite in questi anni, cercando di liberarle dallo stereotipo che spesso le ha orientate, e renderle capaci di rompere con immagine standardizzate (Levy, Banaji, 2002; Bertin, 2009).

Complessità e differenziazione dei percorsi di invecchiamento interrogano le logiche di standardizzazione dei cicli di vita che stanno alla base dell’organizzazione dei sistemi di welfare in generale e delle politiche di LTC in particolare. Peraltro, la trasformazione stessa dei sistemi di welfare avvenuta a partire dagli anni 1980 contribuisce ad un’ulteriore diversificazione della condizione degli anziani (e tutt’ora in corso). Le nuove modalità di regolazione del mercato del lavoro, divenuto meno stabile, e la revisione delle politiche di tutela dai rischi sociali (tra cui in particolare la tutela del reddito in età attiva ed oltre) consegneranno nuove generazione di anziani –

quella degli attuali adulti – meno protette e meno ricche ma anche più disomogenee e disuguali (Oecd, 2017; Da Roit, Pantalone, 2018).

La differenziazione del processo di invecchiamento pone il problema della sua definizione ed operazionalizzazione, anche istituzionale (Bertin, 2009; Levy, Banaji, 2002). Il concetto di anziano va messo in relazione all'aumentata complessità del corso di vita e delle sue conseguenze sull'esperienza dell'età anziana. La letteratura concorda nell'affermare che: il «life course è un concetto multidimensionale, un amalgama di molte ed interdipendenti traiettorie delle differenti sfere istituzionali della società. Queste traiettorie sono determinate da una sequenza di eventi e cambiamenti di stato che sono più o meno improvvisi» (Combrinck-Graham, 1985). In questa prospettiva il cambiamento è definito come socialmente determinato fra due posizioni in un particolare ambito della vita. Gli eventi che attivano questo cambiamento di stato non sono più legati in modo deterministico all'età, ma riguardano il passaggio combinato ad uno “*stage*” diverso della vita.

Tutto ciò spinge a pensare alla popolazione anziana come un insieme differenziato di gruppi di popolazione che si trovano ad affrontare una fase diversa della loro esistenza. Per alcuni, in funzione del proprio percorso di vita, si tratta di affrontare i segni di perdita della propria autonomia, mentre per altri si tratta di ridefinire la propria quotidianità liberi dai vincoli della vita lavorativa. Ovviamente le risorse disponibili (economiche, relazionali, mentali, ecc.) definiscono le opportunità di affrontare in modo soddisfacente questi processi di cambiamento.

Così come occorre prestare attenzione al carattere differenziato (e disuguale) dell'invecchiamento all'interno delle società e tra società, la riflessione sulla trasformazione delle politiche di LTC e delle pratiche di cura non può non tenere conto delle traiettorie sociali di policy che hanno caratterizzato ciascuna società

Se esistono differenze considerevoli tra paesi nei livelli, nella velocità e nelle modalità del processo di invecchiamento così come nelle condizioni di salute degli anziani, sono altrettanto cruciali le differenze nella storia delle politiche a sostegno delle persone anziane non autosufficienti tra paesi e all'interno di essi. Queste “storie” rendono le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione sostanzialmente differenti in contesti distinti. Paesi che avevano sviluppato un sistema di cure più esteso, universalistico ed accessibile ancora prima dell'emergere del problema dell'invecchiamento come problema di policy devono fare fronte ai costi crescenti, sotto la pressione crescente della domanda (Da Roit, 2010). La dichiarata necessità di rendere sostenibili le politiche di *long-term care* sfocia nel tentativo di ridurre i costi delle cure “professionali” e di dare maggiore impulso a risorse

informali/familiari o di comunità, alla ri-abilitazione, all'auto-cura (Rostgaard, Szebehely, 2012). Paesi che hanno tradizionalmente affidato le responsabilità di cura, alle famiglie in modo più o meno esplicito, si sono trovati ad interrogarsi sul possibile ruolo delle politiche pubbliche nell'offrire cure o nel sostenere la cura informale soprattutto attraverso sostegno di tipo monetario (Da Roit, Le Bihan, 2010; 2019). In Italia, caso che appartiene a questo secondo gruppo, il processo di definizione di una politica nazionale coerente ha trovato più ostacoli che altrove con esiti modesti (Da Roit, Sabatinelli, 2013). Peraltro, il contesto italiano è caratterizzato da ampie differenziazioni subnazionali nell'organizzazione e gestione delle politiche di LTC.

In che modo, con quali risorse e strumenti come le politiche stanno tenendo conto delle conseguenze dell'invecchiamento e della differenziazione e crescente complessità della condizione anziana? In che modo, in particolare, stanno rispondendo ai bisogni di cura di lunga durata? Questo numero guarda all'evoluzione delle politiche di *long-term care* in diverse regioni italiane, collocandola in quadro comparativo ed europeo.

Il contributo di Bertin fa un'analisi delle scelte delle politiche attivate in ambito europeo per affrontare i processi di invecchiamento che stanno modificando la struttura demografica e sociale dei singoli paesi. L'attenzione è qui posta prevalentemente sugli orientamenti adottati dalla Commissione Europea e sui processi attraverso i quali la Commissione ha indirizzato le scelte fatte dai singoli stati. L'analisi consente di evidenziare la duplice prospettiva adottata. Da una parte si è cercato di valorizzare il ruolo e le potenzialità delle persone over 65, e dall'altra di rendere i servizi socio-sanitari sostenibili e capaci di dare risposta all'aumento della popolazione anziana.

Nel tentativo di fornire una visione comparativa delle tendenze in atto nei diversi paesi Europei e cluster di paesi, il contributo di Da Roit si interroga sulle principali dimensioni di sviluppo delle politiche di LTC negli ultimi 20 anni: se e come abbiano comportato un'estensione (o una riduzione) della cittadinanza sociale della protezione sociale; quale equilibrio si sia stabilito tra familizzazione/defamilizzazione; quale sia il rapporto tra sviluppo delle politiche sociali, economia dei servizi e lavoro nei servizi; quale relazione esista tra politiche di spesa, austerità e sviluppo dell'LTC.

I contributi di Arlotti, Bilotti, Moro e Pantalone presentano rispettivamente il contesto e lo sviluppo delle politiche di LTC rispettivamente in Lombardia, Toscana, Puglia e Veneto. Ciascuna analisi regionale mette in evidenza le sfide poste dal processo di invecchiamento e dalla domanda di cura, i vincoli e le opportunità derivanti dall'assetto istituzionale delle politiche di welfare e le specifiche politiche messe in atto dai governi regionali.

Il quadro che ne esce evidenzia la differenziazione delle politiche adottate per fronteggiare i problemi dell'invecchiamento.

## Bibliografia

- Avendano M., Glymour M.M., Banks J., Mackenbach J.P. (2009). Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: a comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans. *American Journal of Public Health*, 99(3): 540–548. DOI: 10.2105/AJPH.2008.139469
- Avolio M., Montagnoli S., Marino M., Basso D., Furia G., Ricciardi W., De Belvis A.G. (2013). Factors influencing quality of life for disabled and not disabled elderly population: the results of a multiple correspondence analysis. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Volume 2013, Article ID 258274, 6 pages.
- Banks J., Marmot M., Oldfield Z., Smith J.P. (2006). Disease and disadvantage in the United States and in England. *Journal of the American Medical Association*, 295(17): 2037-2045. DOI:10.1001/jama.295.17.2037
- Bertin G. (2009). Processi di invecchiamento, trasformazioni sociali e impatto nel sistema di welfare. In: Bertin G., a cura di, *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*. Trento: Erickson.
- Bugental D.B., Hehman J.A. (2007). Ageism: review of research and policy implications. *Social Issues and Policy review*, 1(1): 173-216. DOI: 10.1111/j.1751-2409.2007.00007.x
- Clarke P., Smith J. (2011). Aging in a Cultural Context: Cross-national Differences in Disability and the Moderating Role of Personal Control Among Older Adults in the United States and England. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(4): 457–467. DOI: 10.1093/geronb/gbr054
- Combrinck-Graham L. (1985). A developmental model for family systems. *Family Process*, 24(2): 139-150. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1985.00139.x
- Crimmins E.M., Beltran-Sanchez H. (2011). Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity?. *The Journal of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(1): 75-86. DOI: 10.1093/geronb/gbq088
- Da Roit B. (2010). *Strategies of Care. Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press. DOI: 10.5117/9789089642240
- Da Roit B., Le Bihan B. (2010). Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *The Milbank Quarterly*, 88(3): 286-309. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x
- Da Roit B., Le Bihan B. (2019). Cash for long-term care: policy debates, visions and designs on the move. *Social Policy & Administration*, 53(4): 519-536. DOI: 10.1111/spol.12506

- Da Roit B., Pantalone M. (2018). Bisogni e risorse di cura: generazioni di anziani a confronto. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3: 129-145.
- Da Roit B., Sabatinelli S. (2013). Nothing on the move or just going private? Understanding the freeze on child- and eldercare policies and the development of care markets in Italy. *Social Politics*, 20(3): 430-453. DOI: 10.1093/sp/jxs023
- Dewilde C. (2003). A life-course perspective on social exclusion and poverty. *British Journal of Sociology*, 54(1): 109-128. DOI: 10.1080/0007131032000045923
- European Commission (2014). *Population Ageing in Europe. Facts, implications and policies*. Bruxelles: European Commission. Testo disponibile al sito: [https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy\\_reviews/kina26426enc.pdf](https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy_reviews/kina26426enc.pdf)
- Fries J.F. (1989). The compression of Morbidity: near or far?. *The Millbank Quarterly*, 67(2): 208-232. DOI: 10.2307/3350138
- Hess M., Nauman E., Steinkopf L., (2017). Population ageing, the intergenerational conflict, and active ageing policies – a multilevel study of 27 European countries. *Journal of Population Ageing*, 10: 11-23. DOI: 10.1007/s12062-016-9161-3
- Le Bihan B., Da Roit B., Sopadzhyan A. (2019). The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care and caregiving policies in Europe. *Social Policy & Administration*, 53(4): 579-595. DOI: 10.1111/spol.12505
- Levy B.R., Banaji M.R. (2002). Implicit ageism. In: Nelson T.D., a cura di, *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. MA: MIT Press, Cambridge.
- Martin L.G., Schoeni R.F., Andreski P.M., Jagger C. (2012). Trends and inequalities in late-life health and functioning in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(10): 874–880. DOI: 10.1136/jech-2011-200251
- Martinson M.L., Teitler J.O., Reichman N.E. (2011). Health across the life span in the United States and England. *American Journal of Epidemiology*, 173(8): 858-865. DOI: 10.1093/aje/kwq325
- Mc Munn A., Breeze E., Goodman A., Nazroo J. (2006). Social determinants of health in older age. In: Marmot M., Wilkinson R., a cura di, *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Melzer D., McWilliams B., Brayne C., Johnson T., Bond J. (2000). Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4): 286–292. DOI: 10.1136/jech.54.4.286
- Oecd (2017). *Preventing ageing unequally*. Parigi: Oecd Publishing.
- Ploubidis G.B., Dale C., Grundy E. (2012). Later life health in Europe: how important are country level influences?. *European Journal of Ageing*, 9(1): 5-13. DOI: 10.1007/s10433-011-0215-3
- Ramsay S.E., Whincup P.H., Morris R.W., Lennon L.T., Wannamethee S.G. (2008). Extent of social inequalities in disability in the elderly: results from a population-based study of British men. *Annals of Epidemiology*, 18(12): 896-903. DOI: 10.1016/j.annepidem.2008.09.006



- Rostgaard T., Szebehely M. (2012). Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing* 9(2): 101-109. DOI: 10.1007/s10433-011-0209-1
- Szebehely M. (2018). Care as Employment and Welfare Provision - Child Care and Elder Care in Sweden at the Dawn of the 21st Century: Continuity and Change, in Rask T., a cura di, *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare states. Continuity and Change*. Londra: Routledge.
- Tabassum F., Verropoulou G., Tsimbos C., Gjonca E., Breeze E. (2009). Socioeconomic inequalities in physical functioning: a comparative study of English and Greek elderly men. *Ageing & Society*, 29(7): 1123-1140. DOI: 10.1017/S0144686X09008812
- Wahrendorf M., Reinhardt J.D., Siegrist J. (2013). Relationships of Disability with Age Among Adults Aged 50 to 85: Evidence from the United States, England and Continental Europe. *PLoS ONE*, 8(8). DOI: 10.1371/journal.pone.0071893